

Osservatorio civico sul federalismo in sanità

Rapporto 2019



Indice

	Pag.
Introduzione	2
1. Una nuova centralità per il SSN	5
1.1 Prima della pandemia	9
1.2 Il monitoraggio dei LEA	15
1.3 Quanto abbiamo speso per la sanità (prima della emergenza)	30
1.4 Tecnologie e investimenti	
2. Prevenzione: Vaccinazioni e screening oncologici organizzati	34
2.1 La prevenzione secondo il nuovo sistema di garanzia dei LEA	34
2.2 Le vaccinazioni	36
2.3 Le vaccinazioni in tempi di covid 19	41
2.4 Screening oncologici organizzati	52
2.5 Lo screening in tempo di covid: tra sospensioni e volumi	60
2.6 Quadro regionale di confronto sulle politiche regionali: vaccini e screening - una Roadmap delle priorità	69
3. Assistenza ospedaliera	70
3.1 L'assistenza ospedaliera nel nuovo sistema di garanzia LEA	70
3.2 I dati del PiT salute sull'assistenza ospedaliera	71
3.3 L'offerta dei servizi per l'emergenza: Pronto soccorso DEA I e II Livello	72
3.4 I tempi d'attesa per gli interventi chirurgici	74
3.5 Emergenza Covid 19: le sospensioni dei ricoveri	76
3.6 L'annoso caso dei posti letto e del personale sanitario tra programmazione ed emergenza Covid 19	78
3.7 La mobilità sanitaria: un esame del fenomeno	89
3.8 La dotazione di apparecchiature per la diagnosi nelle Regioni	91
3.9 Il raccordo tra ospedale e territorio	92
4. Assistenza territoriale	96
4.1 La medicina generale	97
4.2 L'assistenza residenziale	112
4.3 L'assistenza domiciliare integrata	120
4.4 La farmacia dei servizi: il ruolo della rete delle farmacie nell'assistenza territoriale alla luce dell'emergenza covid-19	128
4.5 Liste d'attesa	137
4.6 La partecipazione civica nell'ambito dell'assistenza territoriale: due esperienze	158
5. Accesso ai farmaci	166
5.1 Spesa e governance farmaceutica	166
5.2 Farmaci innovativi e accesso ai fondi	192
5.3 Tetti di Spesa Regionali	199
5.4 L'impatto del Covid-19	202
5.5 Il FSE	208
5.6 La distribuzione dei farmaci	214
5.7 Valorizzazione della qualità di un farmaco	215
6. Le cronicità in Italia	223
6.1 Piano Nazionale della cronicità: cosa prevede e cosa è stato fatto	225
6.2 La presa in carico del paziente cronico e fragile in Italia	231
6.3 Le regioni e la gestione della cronicità	233
6.4 Presa in carico dei pazienti cronici	234
7. Malattie rare	244
7.1 Lo screening neonatale esteso	245
7.2 Le criticità per i pazienti rari	249
7.3 L'indagine civica sulle malattie rare	250
Conclusioni e proposte	267
Ringraziamenti	



Fare “informazione civica” è una delle attività ordinarie di Cittadinanzattiva e il filo conduttore di questa collana che porta la sua firma. Informazione civica è 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 capacità 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, è 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 l'Osservatorio Civico sul Federalismo in sanità, ha proseguito per ottavo anno consecutivo l'analisi dei Servizi Sanitari Regionali, per coglierne e restituire al Paese la complessità, l'articolazione organizzativa, la capacità di amministrare e fornire risposte in termini di servizi e assistenza per i cittadini.

I contenuti del presente Rapporto sono stati messi a punto attraverso l'analisi sistematica delle informazioni, prodotte da cittadini o da altri soggetti del mondo istituzionale, accademico o della ricerca, per mostrare come si traduce oggi il federalismo in sanità nella vita quotidiana dei cittadini.

I temi centrale e fil rouge dell'osservazione sono gli elementi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale: universalità, solidarietà ed equità intesa come "l'assenza di differenze ingiuste e evitabili".

Giunto alla ottava edizione, il Rapporto sull'Osservatorio Civico sul Federalismo in sanità vuole rappresentare la "sentinella civica" che restituisce la fotografia del sistema da un punto di vista (stand point) dei cittadini. È in corso un processo di trasformazione del rapporto che vuole rappresentare ancora di più il punto di vista civico attraverso un modello che intende valutare le Regioni in una prospettiva multidimensionale; una matrice di analisi insomma 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.

La struttura del rapporto

Il presente rapporto, affronta sette temi, scelti per la loro capacità di rappresentare le differenze di offerta e di soddisfazione dei bisogni di tutela della salute tra le regioni. L'articolazione del rapporto prevede pertanto una parte iniziale che analizza il tema **del finanziamento e della spesa nel SSN**, una parte centrale, **costruita sui tre assi previsti dal nuovo sistema di garanzia dei LEA:** prevenzione, assistenza ospedaliera, assistenza territoriale, che tenta di proporre una lettura più coerente con quelli che sono i bisogni e le aspettative dei cittadini in questi ambiti ed una terza parte, che propone dei **focus su alcune tematiche di grande rilevanza:** accesso ai farmaci, le cronicità e le malattie rare. **L'emergenza sanitaria che stiamo vivendo ha inoltre permeato l'intero rapporto** ed in ogni capitolo abbiamo provato a raccontare in che modo le regioni hanno reagito, in modo più o meno tempestivo ed in modo più o meno coerente con quanto previsto e con quanto fosse opportuno per i cittadini.

Prima parte

Il primo capitolo Stefano Inglese intende offrire una visione d'insieme che guarda alla situazione italiana ed europea. L'analisi mette a confronto il SSN con la dimensione internazionale e mostra una panoramica sulla spesa sanitaria e il finanziamento del SSN e delle Regioni, affrontando il tema della capacità di garantire i LEA nelle regioni.

Seconda parte

Prevenzione: Il secondo capitolo a cura di Valeria Fava analizza il tema della prevenzione facendo uno spaccato sulle vaccinazioni e sugli screening oncologici organizzati. Dopo un quadro sulla spesa per i vaccini da parte delle regioni, si fotografa lo stato dell'arte sulle adesioni vaccinali obbligatorie e raccomandate e si ripercorre quanto avvenuto durante l'emergenza covid 19 in merito alla sospensione delle vaccinazioni e in merito alla campagna antinfluenzale. In conclusione si affronta il tema dei programmi di screening organizzati presentando i livelli di adesione e le strategie regionali volte a favorirli. Anche in questa parte si analizza quanto avvenuto sul tema degli screening durante l'emergenza sanitaria.

Assistenza ospedaliera: Nel Terzo capitolo Valeria fava affronta il tema dell'assistenza ospedaliera proponendo un ipotetico percorso del paziente attraverso l'offerta dei servizi per l'emergenza, il ricovero, le dimissioni, il raccordo tra l'ospedale ed il territorio, la mobilità sanitaria. Anche in questo capitolo cerchiamo di dare uno spaccato in merito ai comportamenti delle regioni in relazione all'emergenza sanitaria.

Assistenza territoriale: Nel quarto capitolo Michela Liberti e Maria Vitale affrontano il tema dell'assistenza territoriale. In questo capitolo si analizzano i servizi del territorio passando in rassegna i temi più rilevanti per i cittadini: i MMG, l'assistenza domiciliare, l'assistenza residenziale, le liste d'attesa. Anche qui si tenta di dare riscontro di quanto avvenuto durante l'emergenza sanitaria, di come l'organizzazione dei servizi territoriali abbia favorito o al contrario ostacolato una ottimale gestione dei pazienti.

Terza parte

Accesso ai farmaci: Nel quinto capitolo Alessia Squillace e Carla Mariotti passano in rassegna il tema dell'accesso all'assistenza farmaceutica. I temi trattati sono quelli sulla spesa per i farmaci e sul consumo dei farmaci, evidenziando importanti difformità regionali rispetto all'accesso ai farmaci innovativi, equivalenti e biosimilari. Si passano in rassegna poi alcuni provvedimenti e buone pratiche assunti durante l'emergenza covid per sostenere l'accesso ai farmaci, che possono rappresentare modelli da rendere stabili anche per il futuro.

Le cronicità: Il sesto capitolo curato da Tiziana Nicoletti mostra lo stato dell'arte rispetto all'implementazione del Piano nazionale Cronicità nelle regioni italiane. Si passano poi in rassegna alcuni modelli di gestione delle cronicità proposti dalle Regioni.

Le malattie rare: In ultimo Maria Teresa Bressi propone il tema delle malattie rare attraverso una ricognizione dello status quo dell'implementazione regionale degli screening neonatali estesi e mostrando l'esito di una survey appositamente realizzata per mostrare le difficoltà nell'accesso alle cure per i pazienti con patologia rara nell'ordinario e durante l'emergenza sanitaria da Covid 19.

Prima parte

1. Una nuova centralità per il SSN

Di Stefano A. Inglese

Il 2020 sarà ricordato come l'anno della pandemia, una delle più grandi emergenze del pianeta, per le sue implicazioni economiche e sociali, oltre che sanitarie.¹ La pandemia è entrata nelle nostre vite, ha cambiato le nostre abitudini, ci ha obbligati a convivere con l'insicurezza, l'ansia, la paura. Ci ha anche consentito di riscoprire, come singoli e come collettività, alcuni elementi del nostro sistema di convivenza che davamo per scontati, anche se scontati non sono.

Così il 2020 è stato l'anno della ritrovata attenzione per la centralità del SSN, con un recupero di consapevolezza in larghe fasce della opinione pubblica della sua importanza e indispensabilità all'interno del sistema di welfare, impensabile solo qualche mese prima.

Questa consapevolezza ha decretato, almeno per il momento, il superamento di annose querelle che hanno animato il dibattito tra addetti ai lavori, e non solo, nel corso dell'ultimo decennio su una serie di questioni.

Prima fra tutte quella riguardante il finanziamento o, meglio, il definanziamento del SSN. Nonostante i dati, le statistiche, i confronti con altri Paesi occidentali elaborati da istituti di ricerca e agenzie internazionali documentino in maniera evidente, a partire dalla crisi finanziaria del 2008 in poi, il decremento delle risorse messe a disposizione del SSN e la distanza da altri Paesi con situazioni demografiche ed epidemiologiche vicine, se non sovrapponibili, a quella italiana, il tema è stato oggetto di infinite polemiche, all'insegna del "non possiamo permetterci di più", "non possiamo pensare solo alla sanità", "siamo più bravi e riusciamo a fare bene con meno", solo per citare alcune delle considerazioni più frequenti. Probabilmente ciascuna di queste affermazioni contiene qualche elemento di verità, soprattutto per quanto attiene alla individuazione, di volta in volta, delle priorità per l'agenda delle politiche pubbliche. A patto di aver chiaro il limite oltre il quale non si può e non si deve andare. Non è stato così, i Documenti di programmazione economico finanziaria, anno dopo anno, hanno continuato a prevedere riduzioni della spesa sanitaria pubblica rispetto al Pil. E il Ministro della Salute, Roberto Speranza, ha dovuto dedicare una parte significativa della sua comunicazione pubblica nel primo anno di mandato proprio al tentativo di riportare al centro della attenzione il servizio sanitario, riconoscendolo come patrimonio collettivo e bene comune prezioso e insostituibile. La pandemia, con l'unica eccezione di qualche strenuo e isolato tentativo di negare l'evidenza applicandosi alla crescita annua della spesa sanitaria pubblica di qualche decimale, neanche sufficiente a controbilanciare l'inflazione, ha spento di colpo questa disputa. L'opinione pubblica ha compreso rapidamente che, al di là dei margini di miglioramento della efficienza in alcune aree del Paese, il servizio sanitario necessita di maggiori risorse, i media hanno incominciato a

¹ Questo Rapporto è costruito sui dati del 2019, ma è evidente che pur rispettando questa impostazione non possiamo non misurarci con le ricadute di un evento che ha avuto ed avrà un impatto significativo sulla gran parte delle questioni delle quali ci occuperemo nel seguito.

parlare di un SSN *impoverito* nel corso dell'ultimo decennio e anche tra gli addetti ai lavori non si sentono più voci discordi. Sembra definitivamente acclarato, quindi, che al SSN si debbano dedicare risorse adeguate.

La seconda questione sulla quale la pandemia sembra aver fatto definitivamente chiarezza riguarda il personale. Una parte dell'impoverimento del SSN nel corso degli ultimi anni riguarda proprio le risorse umane. Il blocco degli organici, introdotto nel 2007, che vincolava le regioni ad una spesa per il personale non superiore a quella sostenuta nel 2004, diminuita dell'1,4%, pur essendo stato introdotto come misura temporanea è rimasto in vigore per tredici anni, sino a qualche mese fa. La contrazione del numero degli addetti, medici, infermieri, amministrativi e tecnici che ne è derivata è stimata in circa 46.000 unità. Tra il 2010 e il 2017 l'età media è passata da 50,8 a 52,9 per i medici, e da 44,9 a 48,5 per gli infermieri, entrambe tra le più alte nell'ambito dei sistemi sanitari dei paesi occidentali più avanzati. Ad aggravare ulteriormente la situazione è arrivato il provvedimento che ha consentito l'anticipo del pensionamento (il cosiddetto *quota cento*), i cui effetti si sono riverberati anche sul SSN. Completano questo quadro gli errori di programmazione, se di questo si tratta, riguardanti l'accesso dei medici alle scuole di specializzazione, per cui si fa fatica a reperire, per esempio, medici d'urgenza, anestesisti, chirurghi generali, solo per citare alcuni esempi. E poi c'è lo strabismo con il quale guardiamo alla *questione infermieristica*. È diffusa, soprattutto tra gli addetti ai lavori, la consapevolezza del ruolo crescente che queste figure professionali assumeranno all'interno del SSN, ma i numeri ci parlano di altro. Nel 2017² in Italia disponevamo di 20,0 infermieri per 100.000 abitanti, nel Regno Unito erano 29,4, in Francia 40,8, in Austria 43,5, in Germania 54,5.

La terza questione riguarda il territorio, e i suoi ritardi. Ne abbiamo parlato per anni, e anche nella scorsa edizione di questo Rapporto avevamo avviato le nostre riflessioni facendo riferimento alle difficoltà di accesso alla assistenza territoriale segnalate dai cittadini, riconducibili alle differenze nella capacità di risposta dei diversi servizi sanitari regionali. Ma anche su questo terreno, spesso, le riflessioni critiche sulla inadeguatezza dei modelli organizzativi e della capacità complessiva di garantire continuità delle cure e della assistenza al di fuori dell'ospedale sono state accompagnate dal controcanto di chi enfatizzava le tante realizzazioni, i progressi, alcuni risultati significativi. Tutto assolutamente vero e incontrovertibile, a patto di non nascondersi l'insostenibile lentezza di questo processo, a maggior ragione dopo la stagione di riorganizzazione delle strutture ospedaliere, che avrebbe avuto assolutamente bisogno di appoggiarsi ad un forte, e parallelo, potenziamento della dimensione territoriale. Così non è stato, e abbiamo dovuto continuare a verificare, con le solite eccezioni virtuose in alcune aree del Paese, una integrazione insufficiente con l'ospedale e con il sociale, assai meno assistenza domiciliare di quanto sarebbe stato utile, meno infermieri, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, le forme organizzative che avrebbero dovuto svilupparsi sul territorio, e previste perfino dalle norme³, assai poco diffuse. La pandemia ha messo definitivamente in evidenza che un servizio sanitario universalista che opera nel contesto demografico, epidemiologico, sociale ed economico attuale non può più prescindere dalla presenza e dalla efficienza della sua dimensione territoriale. Considerazioni che sono

² OECD, Health at a glance 23019. Oecd Indicators, 2019.

³ D.L. n. 158 del 13 settembre 2012, cosiddetto Decreto Balduzzi (dal nome del Ministro della Salute dell'epoca, che lo aveva promosso).

diventate di dominio pubblico in pochi mesi, a seguito della emergenza, ma che valevano già prima e ancor di più si proporranno per la stagione post-pandemica.

La quarta questione riguarda il rapporto con le tecnologie e il superamento, speriamo definitivo, di inerzie e ritardi storici. Tra addetti ai lavori, nel corso degli anni, si era ormai smesso di fare riferimento alla telemedicina e a tutte le progettualità che ruotano intorno all'idea di monitorare a distanza alcune classi di pazienti e di patologie, in preda al disincanto dopo decenni di annunci ai quali, per ragioni diversissime, non avevano mai fatto seguito progressi effettivi. La pandemia ha sbloccato tutto ciò, e nel corso della fase più acuta e dura della cosiddetta prima ondata molte realtà sanitarie del Paese si sono sperimentate in forme di controllo da remoto dei pazienti, sia affetti da COVID-19 che non, utilizzando tecnologie semplici ma anche progettando modelli di presa in carico attraverso il ricorso a tecnologie digitali di ultima generazione e, soprattutto, immaginando di farvi ricorso nella ordinarietà, una volta usciti dalla emergenza. Non ci sono elementi per affermare che siamo in presenza di un fenomeno diffuso omogeneamente in tutto il Paese, o che sia partita, finalmente, una rivoluzione digitale, ma c'è da augurarsi di essere di fronte ad un punto di non ritorno.

La quinta questione attiene alle strutture di sanità pubblica e al tema, ben più ampio della prevenzione. Quelle strutture possono vantare, nel nostro Paese, una tradizione di tutto rispetto, che risale ad altre epoche, precedenti alla stessa istituzione del SSN. Si trattava, ovviamente, di strutture disegnate per rispondere ad esigenze diverse, tanto per il quadro demografico ed epidemiologico al quale si riferivano, che per la governance con la quale si misuravano, piuttosto diversa da quella attuale. Il loro ancoraggio progressivo alle Aziende sanitarie, le continue riorganizzazioni che hanno investito il numero e la dimensione delle stesse, hanno finito per frantumare una organizzazione che già avrebbe avuto bisogno di essere ripensata in relazione ai cambiamenti demografici ed epidemiologici. Né c'è mai stata una attenzione progettuale adeguata a farne la guida di strategie integrate di prevenzione, delle quali sappiamo di non poter fare più a meno. Anche in questo caso l'emergenza pandemica, con il suo bisogno improvviso e intenso di tracciamento e di specialisti in grado di occuparsene, per citare l'esempio più immediato, ha avuto il merito di sgombrare il campo da tutte le controversie di scuola, sui modelli organizzativi e di governance e di imporci l'urgenza del fare, qui ed ora, ma anche nei prossimi mesi ed anni.

Infine, sin dall'avvio della pandemia abbiamo dovuto assistere a fastidiosi rimpalli di responsabilità tra i diversi livelli di governo, nazionale e regionale, e a richiami continui alle competenze, vere o presunte, dell'uno o dell'altro. Ciò ha provocato, da più parti, la richiesta di un improbabile e irrealistico ritorno a forme di centralizzazione del sistema sanitario al livello nazionale. La discussione sulla richiesta di autonomia differenziata da parte di tre regioni settentrionali, in un contesto di questo genere, si è inabissata, per riemergere poi all'improvviso, qualche giorno fa, in occasione della presentazione in Parlamento del testo della Legge di Bilancio, dal quale mancherebbe un articolo necessario al rinvio della entrata in vigore delle norme applicative del cosiddetto federalismo fiscale. Sabino Cassese ha individuato nella presa d'atto che "divisione dei compiti tra le istituzioni non vuol dire che esse non debbano lavorare insieme"⁴, all'insegna della leale collaborazione, l'unica via d'uscita realistica. Pur concordando, temiamo che anche un monito così autorevole non sortirà grandi risultati. Le questioni della

⁴ Sabino Cassese, *La nostra anarchia di Stato*, Corriere della Sera, 2 Dicembre 2020.

governance del sistema sono sul tappeto, e prima o poi bisognerà riaprire questa riflessione, con tutto l'equilibrio e la decisione necessari.

La pandemia ci ha messo di fronte ad una rottura tanto inaspettata quanto poderosa del precedente ordine delle cose. La sanità italiana, il Servizio sanitario pubblico, sono stati investiti da questa turbolenza come mai in passato e hanno dimostrato di saper reagire. La resilienza - termine ormai abusato - del Paese è stata, prima di tutto, la resilienza del SSN.

In questo momento il SSN è destinatario di risorse e investimenti importanti, dei quali non c'era traccia ormai da alcuni, tanti, anni a questa parte. Altre risorse, consistenti, potrebbero arrivare attraverso il Recovery Fund. Una parte di queste risorse dovrà essere destinata al contrasto dell'impovertimento del sistema, una parte dovrà concentrarsi sugli scenari del futuro e sulla capacità di innovare. Non è detto, infatti, che vecchie ricette, che peraltro non hanno dato grande prova di sé, siano adatte ad interpretare al meglio questa stagione. Ma è fuor di dubbio che abbiamo bisogno di spendere bene, e non sprecare, questa opportunità e queste risorse, preparandoci sin d'ora con una riflessione di ampio respiro e aprendo un dibattito nel Paese. E questo può aiutarci a costruire una parte del *sensò* di tutta questa storia, metterlo in relazione al passato e, soprattutto, utilizzarlo per guardare oltre.

1.1 Prima della pandemia

Il contesto demografico ed epidemiologico pre-pandemico non è mutato, ovviamente, nel corso di un anno, quindi i dati⁵ dai quali muove la nostra riflessione, anche per questa edizione del Rapporto, confermano un quadro già noto, e sul quale avevamo già avuto occasione di soffermarci lo scorso anno. La tabella successiva, dedicata alla speranza di vita alla nascita, conferma differenze rilevanti tra le diverse aree del Paese e le regioni meridionali si collocano per questo indicatore al di sotto della media nazionale. Tra chi nasce in Lombardia e in Campania, per esempio, ci sono due anni di differenza in termini di speranza di vita.

Tab. 1 - Speranza di vita alla nascita (numero Medio di anni) per regione. 2017-2018

Regione	2017	2018
Abruzzo	82,6	83,0
Basilicata	82,3	82,6
Bolzano/Bozen	83,7	83,8
Calabria	82,1	82,5
Campania	81,1	81,4
Centro	82,9	83,4
Emilia-Romagna	83,2	83,5
Friuli-Venezia Giulia	83,0	83,1
Italia	82,7	83,0
Lazio	82,5	83,0
Liguria	82,7	82,7
Lombardia	83,3	83,4
Marche	83,3	83,7
Mezzogiorno	81,9	82,3
Molise	82,3	82,7
Nord	83,2	83,3
Piemonte	82,5	82,6
Puglia	82,7	83,0
Sardegna	82,8	83,1
Sicilia	81,6	81,9
Toscana	83,3	83,6
Trentino-Alto Adige/Südtirol	83,8	84,0
Trento	83,9	84,0
Umbria	83,3	83,8
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	82,0	81,9
Veneto	83,4	83,6

Fonte: Istat, Rapporto Bes 2019, modificato

⁵ I dati utilizzati in questo capitolo del Rapporto sono i più recenti a disposizione. La gran parte di essi si riferisce al 2018, alcuni al 2017, pochi al 2019.

Differenze confermate anche se consideriamo la speranza di vita in buona salute, tanto nel confronto tra il dato medio nazionale e quello delle regioni meridionali che, ancora più evidente, nel raffronto tra singole regioni. Un cittadino nato in Calabria nel 2018 ha una aspettativa di vita in buona salute inferiore di più di 14 anni rispetto a chi è nato, nello stesso anno, in Trentino Alto-Adige.

Tab. 2 - Speranza di vita in buona salute alla nascita per regione

Regione	2017	2018
Abruzzo	60,5	57,2
Basilicata	54,4	55,9
Bolzano/Bozen	70,5	70,0
Calabria	52,2	52,9
Campania	56,4	56,0
Centro	59,7	60,1
Emilia-Romagna	61,3	59,2
Friuli-Venezia Giulia	61,3	60,0
Italia	58,7	58,5
Lazio	58,9	59,3
Liguria	60,4	58,5
Lombardia	59,9	58,8
Marche	59,1	60,1
Mezzogiorno	56,2	56,3
Molise	59,7	57,6
Nord	60,2	59,3
Piemonte	58,4	59,2
Puglia	57,4	57,5
Sardegna	55,1	57,6
Sicilia	55,7	56,0
Toscana	61,2	61,7
Trentino-Alto Adige/Südtirol	67,1	67,7
Trento	64,1	65,4
Umbria	58,5	58,2
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	60,1	61,1
Veneto	59,6	59,0

Fonte: Istat, *Rapporto Bes 2019*, modificato

Una ulteriore conferma di questi dati la troviamo in un altro indicatore, la speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni, la cui portata è evidente tanto in termini di qualità della vita per il singolo individuo che per l'impatto sulla collettività, in particolare sui servizi socio-sanitari. Anche in questo caso le regioni meridionali si collocano al di sotto del dato medio nazionale, e un cittadino residente in Basilicata o in Calabria a 65 anni ha una speranza di vita senza limitazioni nelle attività inferiore di più di 3 anni rispetto ad uno residente in Trentino Alto-Adige.

Tab. 3 - Speranza di vita senza limitazioni nelle attività a 65 anni

Regione	2017	2018
Abruzzo	10,0	10,5
Basilicata	7,9	7,9
Bolzano/Bozen	10,0	10,7
Calabria	6,6	7,9
Campania	6,8	8,1
Centro	10,0	10,3
Emilia-Romagna	10,3	10,0
Friuli-Venezia Giulia	10,5	10,2
Italia	9,6	9,9
Lazio	9,2	10,4
Liguria	10,6	11,2
Lombardia	10,8	10,7
Marche	11,1	10,3
Mezzogiorno	8,1	8,6
Molise	10,4	10,1
Nord	10,5	10,6
Piemonte	10,4	10,8
Puglia	9,9	9,0
Sardegna	9,7	9,0
Sicilia	7,3	8,3
Toscana	10,9	10,5
Trentino-Alto Adige/Südtirol	10,7	11,0
Trento	11,4	11,3
Umbria	8,8	8,7
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	11,9	10,6
Veneto	10,3	10,7

Fonte: Istat, *Rapporto Bes 2019*, modificato

Non ci sfugge, ovviamente, la molteplicità dei fattori che incidono su questi risultati, e la necessità di non incedere alla tentazione di trarre conclusioni semplicistiche. Ma la nostra riflessione è, come è ovvio, particolarmente interessata alle disuguaglianze e all'impatto che il sistema di welfare, nelle sue diverse articolazioni e in forma integrata, può avere su di esse.

È questo il filo rosso che seguiamo, in buona compagnia, peraltro, se guardiamo alla ricca e ormai consolidata letteratura scientifica sul tema.

Proseguendo nel nostro ragionamento, vogliamo citare ancora un paio di indicatori, a mero titolo di esempio, il primo riguardante la mortalità per malattie cerebrovascolari, il secondo la mortalità per diabete mellito. È evidente che la "dimensione e tipologia di questi indicatori dipendono, in modo significativo, dalla composizione per genere ed età della popolazione, dalla

morbosità e dalla mortalità per causa”⁶, oltre che da aspetti economici, sociali, culturali. Ma rappresentano, al tempo stesso, anche indicatori che ci consentono di comprendere la “capacità del sistema sanitario, sia in termini di prevenzione che di cura”⁷ e di ricavare indicazioni di policy per individuare i correttivi necessari.

Tab. 4 - Mortalità per malattie cerebrovascolari. Maschi

Regioni	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,91	2,55	7,91	81,05	9,33
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	1,20	4,29	63,95	6,97
Lombardia	0,46	1,73	6,74	59,04	7,00
Bolzano-Bozen	0,23	0,66	4,67	52,86	5,71
Trento	0,23	2,30	9,11	51,29	6,17
Veneto	0,73	1,37	5,99	58,99	6,78
Friuli Venezia Giulia	1,19	1,38	7,25	66,27	7,68
Liguria	0,95	2,14	7,67	62,13	7,04
Emilia-Romagna	0,56	2,15	7,55	59,94	6,76
Toscana	0,84	1,79	8,11	75,42	8,32
Umbria	0,74	2,87	6,18	71,72	7,82
Marche	0,42	1,84	7,34	66,83	7,21
Lazio	0,80	2,40	8,59	57,56	6,90
Abruzzo	1,16	2,36	7,11	70,61	7,75
Molise	1,26	3,33	11,55	73,75	8,56
Campania	1,33	3,58	10,64	90,02	10,73
Puglia	0,66	1,89	7,20	53,54	6,23
Basilicata	1,36	4,24	8,97	73,31	8,47
Calabria	0,98	2,54	8,49	80,06	8,94
Sicilia	0,90	3,24	10,84	90,34	10,30
Sardegna	0,81	2,00	8,16	61,42	7,16
Italia	0,78	2,27	7,97	68,12	7,85

Fonte: Rapporto Osservasalute 2019

Per quanto riguarda la mortalità per malattie cerebrovascolari per la popolazione maschile, per esempio, è immediatamente evidente lo scarto tra il tasso standardizzato di mortalità dei cittadini di Bolzano (5,71) o residenti in Emilia-Romagna (6,76) e quelli campani (10,73). Altrettanto evidente, per la popolazione femminile, lo scarto tra il dato di Trento (4,49) o dei cittadini pugliesi (5,41) e quelli dei residenti in Sicilia (9,66) o in Campania (10,01).

⁶ Cfr. Rapporto Osservasalute 2019, Malattie cardio e cerebrovascolari.

⁷ Ibidem.

Tab. 5 - Mortalità per malattie cerebrovascolari. Femmine

Regioni	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,33	1,72	5,62	93,08	8,32
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	1,17	5,46	85,29	7,28
Lombardia	0,54	0,91	4,35	66,53	6,05
Bolzano-Bozen	0,00	0,32	1,52	60,03	5,00
Trento	0,46	0,28	3,09	54,75	4,49
Veneto	0,32	0,74	4,11	63,35	5,58
Friuli Venezia Giulia	0,60	0,96	5,48	77,38	6,70
Liguria	0,30	1,45	4,55	74,21	6,42
Emilia-Romagna	0,36	1,11	4,08	65,74	5,70
Toscana	0,49	1,38	5,03	85,20	7,37
Umbria	0,56	0,83	3,14	78,47	6,55
Marche	0,16	2,01	3,59	73,32	6,20
Lazio	0,81	1,26	4,97	64,32	6,16
Abruzzo	1,04	0,55	5,44	75,83	6,64
Molise	0,83	0,92	6,38	82,88	7,38
Campania	1,10	2,20	7,68	103,48	10,01
Puglia	0,47	1,18	4,10	57,23	5,41
Basilicata	1,10	1,76	6,91	77,81	7,36
Calabria	0,53	1,74	5,79	89,46	8,14
Sicilia	0,54	1,72	7,84	101,89	9,66
Sardegna	0,65	0,50	3,21	61,05	5,51
Italia	0,56	1,29	5,09	76,07	6,90

Fonte: Rapporto Osservasalute 2019

Analogamente, tenuto conto delle dovute differenze, se consideriamo i tassi standardizzati di mortalità per diabete mellito nella popolazione maschile sono evidenti le differenze tra Friuli Venezia Giulia (2,21) e Calabria (4,84) e Campania (5,58).

Tab. 6 - Mortalità per Diabete mellito. Maschi

Regioni	2015					2016				
	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std	45-54	55-64	65-74	75+	Tassi std
Piemonte	0,49	1,45	6,32	19,96	2,63	0,57	1,33	4,20	21,22	2,72
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	1,21	12,94	17,77	2,95	0,00	0,00	4,29	15,55	2,00
Lombardia	0,28	1,13	4,79	17,91	2,24	0,24	1,11	4,27	16,74	2,31
Bolzano-Bozen	0,00	0,68	1,27	11,85	1,28	0,00	0,66	2,97	11,86	1,48
Trento	0,00	0,88	4,07	19,31	2,18	0,23	1,15	4,01	15,89	2,11
Veneto	0,44	1,62	6,38	21,07	2,74	0,39	1,56	6,30	20,83	2,95
Friuli Venezia Giulia	0,20	3,06	6,09	18,11	2,57	0,20	1,76	3,63	16,49	2,21
Liguria	0,40	2,37	5,77	22,81	2,81	0,39	1,56	6,27	21,00	2,88
Emilia-Romagna	0,45	2,41	5,59	21,90	2,76	0,33	1,46	4,60	20,25	2,58
Toscana	0,20	1,34	4,35	22,33	2,51	0,34	1,75	4,83	21,57	2,80
Umbria	0,60	1,64	5,79	23,19	2,75	0,74	1,62	5,15	19,89	2,68
Marche	0,25	2,18	4,53	19,26	2,36	0,33	1,23	4,85	21,29	2,68
Lazio	0,49	2,22	5,74	26,91	3,25	0,65	1,81	5,51	27,13	3,50
Abruzzo	0,98	2,26	6,62	20,90	2,81	0,87	1,77	6,09	25,84	3,33
Molise	2,09	3,86	4,34	28,48	3,51	0,42	3,33	5,47	20,17	3,07
Campania	1,08	4,02	11,33	40,50	5,29	1,17	3,27	11,24	39,34	5,58
Puglia	0,46	1,75	6,78	32,25	3,69	0,49	2,45	7,87	29,89	4,04
Basilicata	0,45	2,15	10,28	31,08	3,97	0,68	1,85	6,10	26,95	3,42
Calabria	0,77	3,38	10,36	43,27	5,20	0,84	3,02	7,45	38,74	4,84
Sicilia	0,79	2,37	10,16	39,97	4,83	0,46	2,75	7,84	41,32	5,09
Sardegna	0,45	2,02	4,94	23,12	2,80	0,44	1,39	5,73	21,26	2,88
Italia	0,51	2,07	6,58	25,51	3,17	0,50	1,85	5,99	24,78	3,29

Fonte: Rapporto Osservasalute 2019

Altrettanto si può rilevare esaminando i tassi standardizzati di mortalità per diabete mellito nella popolazione femminile e confrontando, per esempio, il dato dell'Umbria (1,76) e quelli di Sicilia (4,30) e, ancora una volta, Campania (4,91).

Tab. 7 - Mortalità per Diabete mellito. Femmine

Regioni	2015				Tassi std	2016				Tassi std
	45-54	55-64	65-74	75+		45-54	55-64	65-74	75+	
Piemonte	0,25	0,54	2,91	20,54	1,87	0,06	0,53	2,26	18,90	1,86
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	0,00	1,18	4,09	16,60	1,73	0,00	0,00	4,09	17,50	1,82
Lombardia	0,12	0,42	1,76	16,78	1,48	0,20	0,60	1,70	15,92	1,60
Bolzano-Bozen	0,24	0,33	1,51	8,81	0,86	0,00	0,00	0,38	13,19	1,11
Trento	0,00	0,58	2,08	17,59	1,43	0,00	0,00	1,37	14,52	1,25
Veneto	0,22	0,63	2,28	20,26	1,78	0,20	0,37	2,09	20,14	1,89
Friuli Venezia Giulia	0,00	0,48	2,23	16,83	1,48	0,00	0,24	2,37	12,63	1,25
Liguria	0,23	1,10	3,38	24,45	2,21	0,23	1,18	2,04	20,07	1,96
Emilia-Romagna	0,28	0,69	2,24	19,14	1,70	0,05	0,78	2,47	19,36	1,90
Toscana	0,10	0,80	2,29	22,78	1,94	0,10	0,63	2,05	22,23	2,07
Umbria	0,28	0,84	1,49	18,13	1,58	0,14	0,50	3,14	17,78	1,76
Marche	0,08	0,19	3,05	20,71	1,79	0,00	0,48	3,37	22,75	2,21
Lazio	0,24	0,75	3,68	25,48	2,42	0,12	0,51	2,82	24,83	2,45
Abruzzo	0,19	0,45	3,64	25,60	2,26	0,38	0,88	3,72	23,35	2,42
Molise	0,41	0,00	5,87	22,07	2,38	0,41	0,92	1,16	27,76	2,48
Campania	0,37	1,98	7,63	47,96	4,78	0,19	1,78	7,85	44,25	4,91
Puglia	0,16	1,35	4,69	37,50	3,54	0,16	1,11	3,71	31,94	3,22
Basilicata	0,66	2,32	4,34	37,14	3,58	0,22	1,26	6,25	34,69	3,70
Calabria	0,33	1,54	6,21	38,63	3,83	0,46	1,21	4,73	38,08	3,89
Sicilia	0,31	1,93	6,60	42,06	4,15	0,36	1,36	5,84	40,54	4,30
Sardegna	0,29	0,42	2,53	20,86	1,88	0,15	0,66	0,90	20,13	1,86
Italia	0,22	0,93	3,55	25,73	2,40	0,17	0,82	3,18	24,35	2,46

Fonte: Rapporto Osservasalute 2019

1.2 Il monitoraggio dei LEA

Il monitoraggio dei LEA mette a nostra disposizione uno strumento utile per verificare quanto i diversi SSR hanno messo a disposizione dei cittadini. I dati del 2018 riferiscono di un miglioramento che ha consentito a tutte le Regioni in Piano di rientro di superare il punteggio minimo per raggiungere lo status di *adempiente* rispetto alla cosiddetta “Griglia LEA”. Quanto alle Regioni non in Piano, hanno conseguito tutte un punteggio complessivo superiore alla soglia, con valori compresi tra i 191 punti della Basilicata e i 222 del Veneto.⁸

Tab. 8 - Griglia LEA. Valutazione finale. 2018

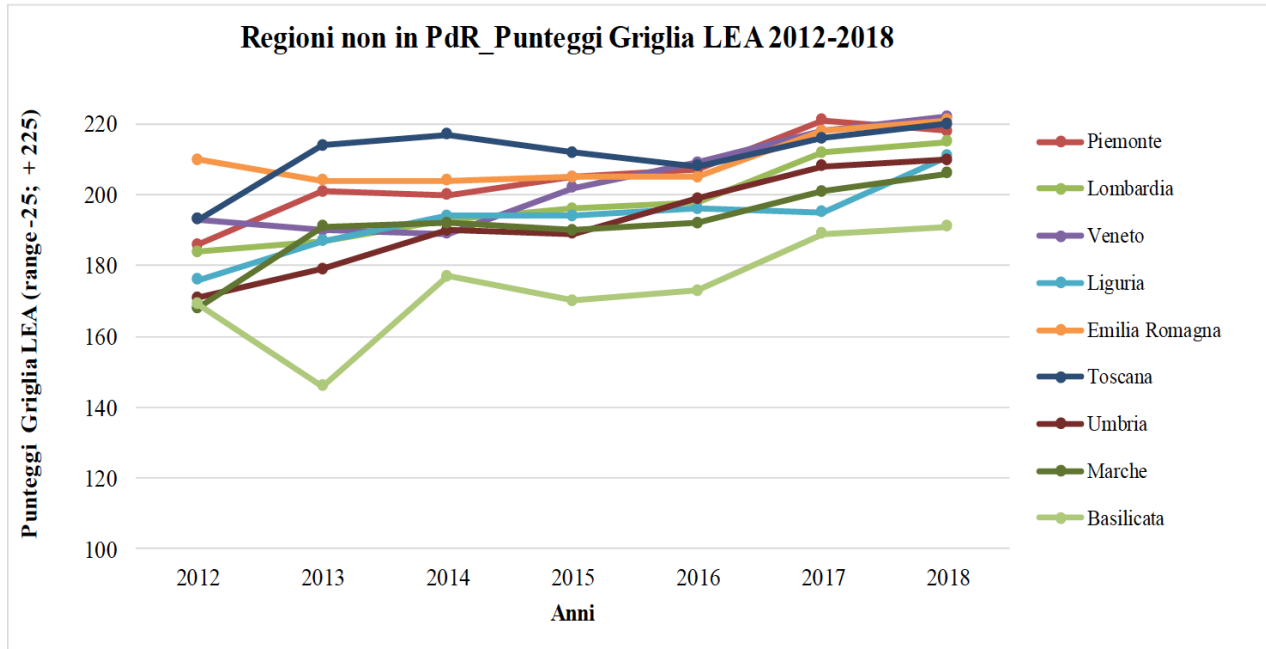
Valutazione	Regione	Punteggio 2018
Adempiente	Veneto	222
	Emilia Romagna	221
	Toscana	220
	Piemonte	218
	Lombardia	215
	Liguria	211
	Umbria	210
	Abruzzo	209
	Marche	206
	Basilicata	191
	Lazio	190
	Puglia	189
	Molise	180
	Sicilia	171
	Campania	170
Calabria	162	

Fonte: Ministero della Salute

⁸ L'analisi non include i risultati di Friuli Venezia Giulia, Sardegna e Valle d'Aosta, oltre che delle Province Autonome di Trento e Bolzano, poiché essendo regioni a statuto speciale non sono sottoposte alla verifica degli adempimenti LEA.

Il miglioramento delle prestazioni offerte ha portato tutte le regioni in piano a raggiungere lo status di *adempienti* secondo la “Griglia” LEA, e l’Abruzzo con 209 punti si avvicina alle regioni del Centro Nord. I grafici successivi mettono in evidenza il trend dell’andamento dei punteggi riportati dai due gruppi di regioni, *in Piano di rientro* e *non in Piano di rientro*, tra il 2012 e il 2018.

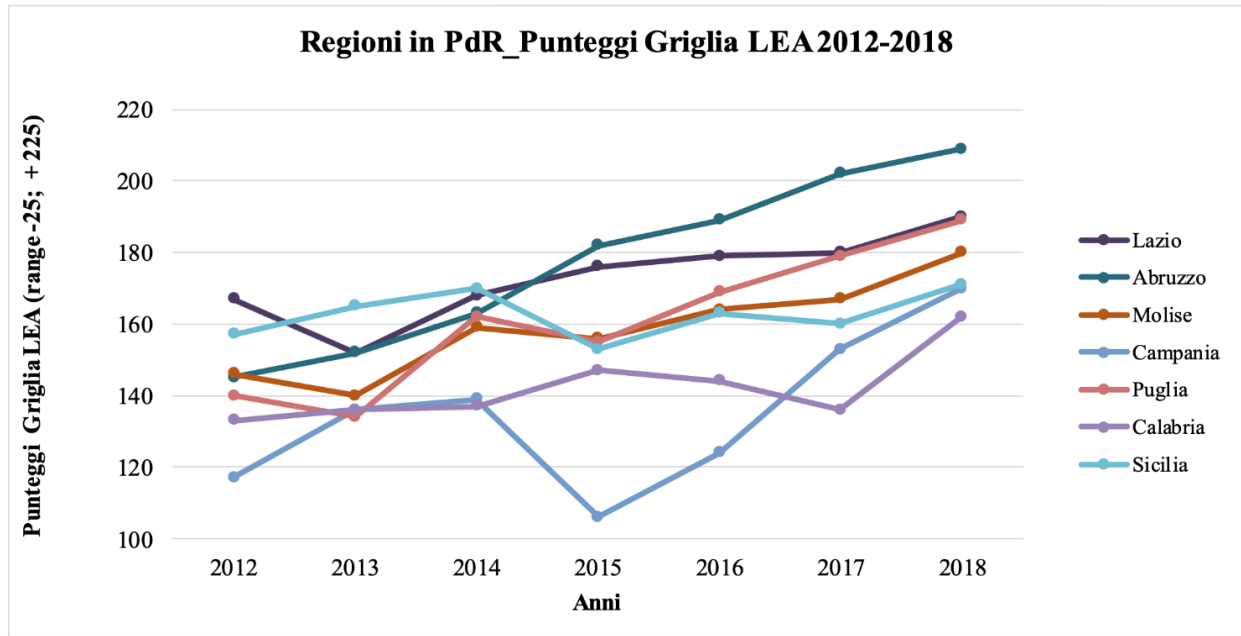
Fig. 1 – Trend dei punteggi medi della Griglia LEA 2012-2018. Regioni non in Piano di rientro



Fonte: Ministero della Salute

Il trend 2012-2018 dei punteggi della Griglia LEA evidenzia il miglioramento del punteggio medio globale, passato da 191 nel 2017 a 199 nel 2018, con una crescita superiore al 4%. Nelle Regioni non in Piano di rientro il punteggio medio è passato da 209 a 213, con una crescita del 2% circa.

Fig. 2 – Trend dei punteggi medi della Griglia LEA 2012-2018. Regioni in Piano di rientro

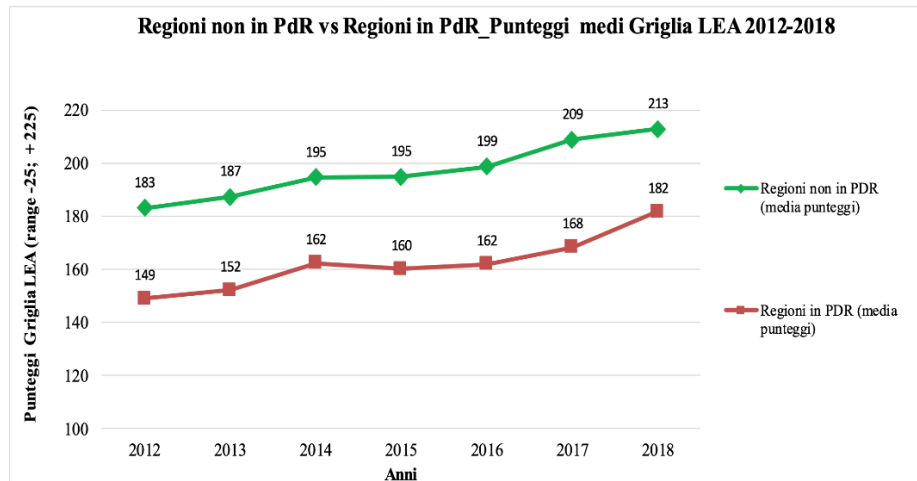


Fonte: Ministero della Salute

Calabria e Campania raggiungono nel 2018 il punteggio che gli ha consentito di essere *adempienti*. Si confermano su punteggi di *adempienza* per il 2018 anche Lazio, Puglia, Molise, Sicilia e Abruzzo. Nelle Regioni in Piano di rientro il punteggio medio è passato da 168 a 182, con una crescita dell'8%.

Confrontando il trend dell'andamento dei punteggi medi riportati dai due gruppi di Regioni, *in Piano di rientro* e *non in Piano di rientro* tra il 2012 e il 2018 si può verificare nel corso dell'ultimo anno il miglioramento della capacità di convergenza da parte del gruppo delle Regioni in Piano di rientro, con una riduzione della distanza tra i punteggi medi dei due gruppi.

Fig. 3 - Trend punteggi medi Griglia LEA 2012-2018, Regioni non in Piano di Rientro (PdR) vs Regioni in PdR



Fonte: Ministero della Salute

Il 2020, peraltro, sarà l'ultimo anno di applicazione della vecchia Griglia LEA. Dal prossimo anno il monitoraggio dei LEA sarà effettuato, infatti, utilizzando il Nuovo Sistema di Garanzia⁹, approvato in Conferenza Stato-Regioni nel dicembre 2018 e già sperimentato dal Ministero della Salute sugli esercizi 2016 e 2017.

La nuova metodologia valuta distintamente le tre aree (prevenzione, distrettuale e ospedaliera) e attribuisce loro un valore compreso in un *range* 0 -100. La garanzia di erogazione dei LEA si intende raggiunta se viene raggiunto, entro ciascun livello, 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 di 22 indicatori *core* (con un peso pari a 1 qualora la soglia sia data dalla mediana dei valori regionali, e un peso pari a 2 se è fissato dalla normativa di riferimento).

Dalla prima rilevazione con la nuova Griglia, effettuata sul 2016, sono risultate adempienti solo 9 regioni, Piemonte, Lombardia, P.A. di Trento, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche. Dalla seconda rilevazione sul 2017 è emerso un miglioramento rispetto all'esercizio precedente. Sono risultati adempienti, infatti, 11 regioni, Piemonte, Lombardia, P.A. di Trento, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Marche, le stesse che si trovavano nell'anno in testa alla classifica della vecchia Griglia LEA, alle quali si sono aggiunte Abruzzo e Puglia. Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Basilicata e Sicilia non raggiungono il punteggio minimo in una sola area, mentre nelle altre due presentano un valore compreso tra i 70 e gli 86 punti. Per quanto riguarda il Friuli-Venezia Giulia, è risultata carente la prevenzione per l'insufficiente copertura vaccinale a fronte di valori di screening oncologici elevati, per Lazio e Basilicata, invece, la distrettuale. Per la Sicilia risulta carente la prevenzione, a causa dell'insufficiente copertura dei vaccini e di un livello degli screening al di sotto della soglia critica. Anche in Valle d'Aosta e Sardegna l'assistenza distrettuale riporta punteggi inferiori alla soglia di garanzia di 60, ma va ricordato che per queste Regioni anche il punteggio complessivo della Griglia non raggiungeva nell'anno il valore minimo richiesto (149 e 140, invece che 160). Nelle

⁹ Così come previsto dall'art. 3, comma 6 del DM 12 marzo 2019, pubblicato sulla G. U. del 14 giugno 2019.

altre due aree il punteggio risulta compreso, invece, tra 64 e 76. Livelli insufficienti in due livelli di assistenza si riscontrano per la P.A. di Bolzano (prevenzione e distrettuale), in Molise e Campania (ospedaliera e distrettuale) e Calabria (prevenzione e distrettuale). Inadempienze confermate per il 2017 anche dalla vecchia Griglia, con l'eccezione del Molise che risultava adempiente.

Il Nuovo Sistema di Garanzia sembra confermare quindi, che le inadempienze di maggior rilievo e più diffuse si riscontrano per l'assistenza territoriale e per la prevenzione, mentre l'attività ospedaliera mostra punteggi generalmente più alti.

Fig. 4 - Griglia LEA, punteggi medi. 2012-2018

Regione	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012
Veneto	222	218	209	202	189	190	193
Emilia R.	221	218	205	205	204	204	210
Toscana	220	216	208	212	217	214	193
Piemonte	218	221	207	205	200	201	186
Lombardia	215	212	198	196	193	187	184
Liguria	211	195	196	194	194	187	176
Umbria	210	208	199	189	190	179	171
Abruzzo	209	202	189	182	163	152	145
Marche	206	201	192	190	192	191	168
Friuli Venezia Giulia*	206	193					
Basilicata	191	189	173	170	177	146	169
Lazio	190	180	179	176	168	152	167
Puglia	189	179	169	155	162	134	140
P.A. Trento*	185	185					
Molise	180	167	164	156	159	140	146
Sicilia	171	160	163	153	170	165	157
Campania	170	153	124	106	139	136	117
Calabria	162	136	144	147	137	136	133
Valle d'Aosta*	159	149					
Sardegna*	145	140					
P.A. Bolzano*	142	120					

* Regioni a statuto speciale non sottoposte alla verifica degli adempimenti LEA

Fonte: Ministero della Salute

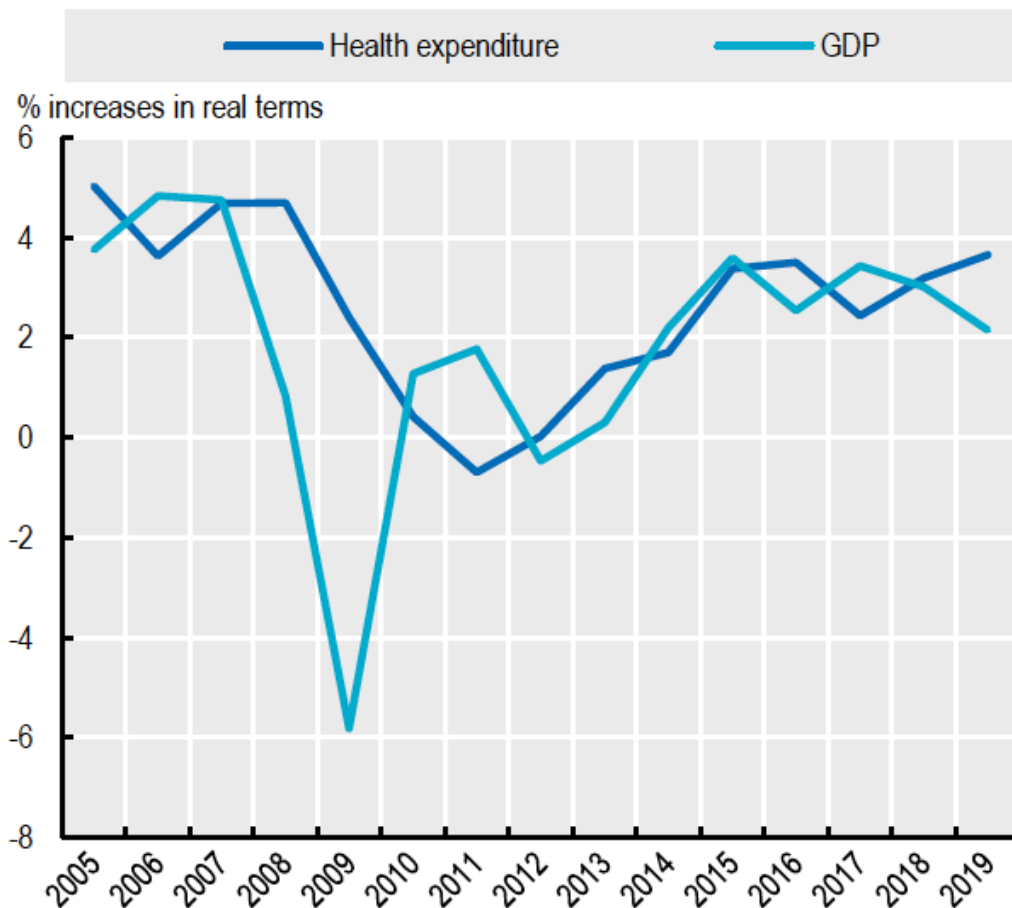
Un indicatore generale che concorre a valutare la qualità dei servizi messi a disposizione dei cittadini dai diversi SSR è la mobilità sanitaria. In entrata misura il grado di attrazione della regione, in uscita rende conto della propensione della popolazione ad allontanarsi dalla regione di residenza per usufruire delle prestazioni. Il Nuovo Patto della Salute precisa, a tal proposito, che la mobilità sanitaria è espressione del principio di unitarietà del Servizio sanitario nazionale e del diritto dei cittadini di scegliere il luogo di cura. L'evoluzione del fenomeno ha consentito di rilevare, come è noto, criticità nelle aree di confine tra regioni e nei flussi interregionali, in particolare dal Sud al Nord del Paese. Si tratta di una evidente risposta da parte dei cittadini a carenze nella offerta di prestazioni, tanto dal punto di vista organizzativo che della qualità, che comporta ricadute in termini di accesso e costi per i pazienti e incide sugli equilibri economico-finanziari delle regioni.

1.3 Quanto abbiamo speso per la sanità (prima della emergenza)

La pandemia ha reso necessaria una serie innumerevole di provvedimenti di natura economico-finanziaria a sostegno del SSN, via via implementati. I dati riguardanti questi aspetti incideranno certamente in maniera significativa sulla spesa del SSN, ma sono ancora solo parzialmente noti, riguardano il 2020 e saranno, ragionevolmente, oggetto di studio della edizione del prossimo anno di questo Rapporto. In questa sede esamineremo dati e informazioni riguardanti la spesa sanitaria prima della irruzione sulla scena della pandemia da COVID-19.

Nel 2019, la spesa sanitaria pubblica è stata di 115,4 miliardi, con un incremento dell'1,39% rispetto al 2018, attestandosi al 6,46% del Pil, sostanzialmente invariata rispetto all'anno precedente (6,45%), e confermando la tendenza già mostrata negli ultimi due anni alla stabilizzazione rispetto al prodotto interno lordo. Si tratta, peraltro, di un approccio comune ai paesi dell'Unione Europea, tenuto conto delle dovute differenze, come dimostra il grafico successivo.

Fig. 6 – Crescita annua della spesa sanitaria pro capite e andamento del PIL nei Paesi dell'Unione Europea a 27. 2005-2019



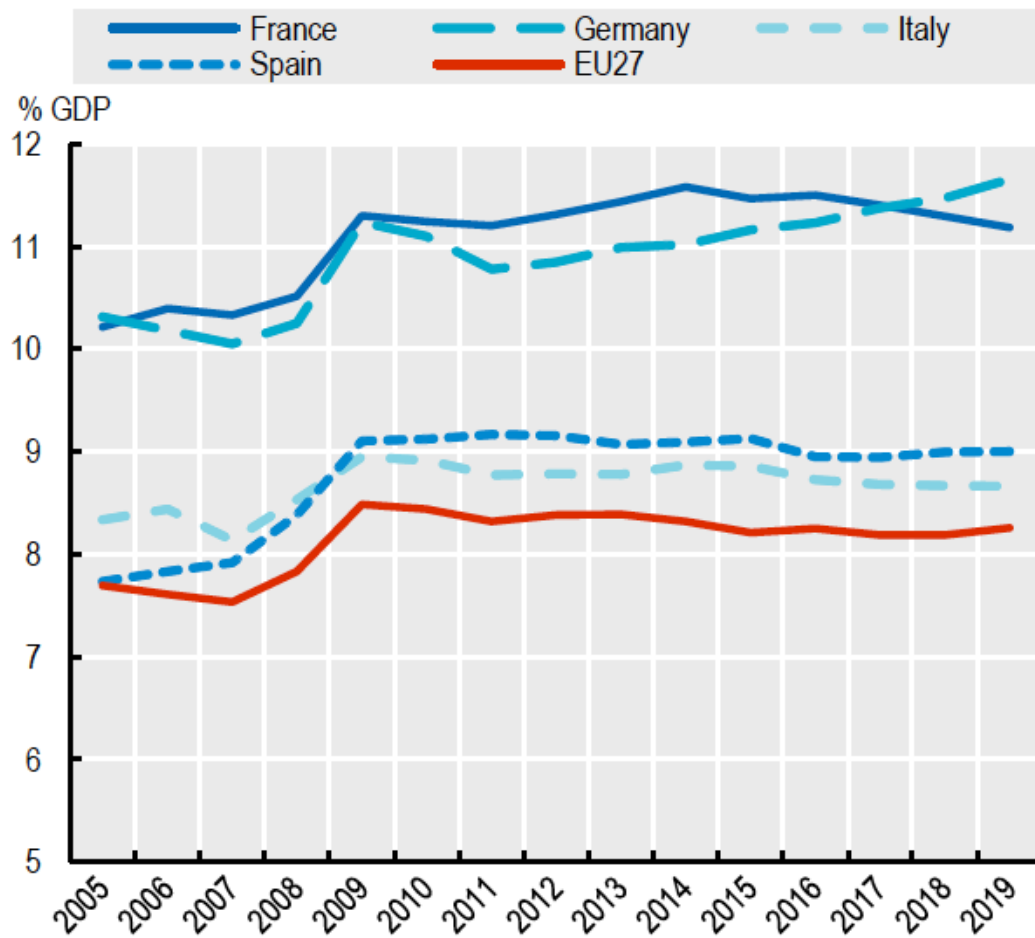
Nota: media EU non ponderata.

Fonte: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database

Non va dimenticato, tuttavia, che l'Italia aveva fatto registrare una correzione significativa del rapporto tra spesa sanitaria pubblica e Pil negli anni precedenti, passando dal 7,1% del 2010 al 6,6% del 2018, mantenendosi sino al 2019, prima della esplosione della emergenza pandemica, ben al di sotto di Paesi come Regno Unito (7,6%), Francia (9,5%) e Germania (9,6%). Tra il 2010 e il 2019 la spesa pro capite a prezzi costanti (2010) ha subito una riduzione media annua, in termini reali, dello 0,8%, passando da 1.893 a 1.746 euro. Nello stesso periodo lo stesso dato è cresciuto, in media annua, dello 0,5% in Olanda, del 2% in Francia, del 2,2% in Germania. Queste considerazioni valgono, nel confronto

internazionale, anche se prendiamo in considerazione il rapporto tra spesa sanitaria totale e Pil. Per il 2019 il dato italiano si attesta all'8,7% del Pil, con una media europea dell'8,3%. Il grafico successivo rende conto del confronto con Germania, Francia e Spagna.

Fig. 7 – Spesa sanitaria totale in percentuale del PIL. 2005-2019

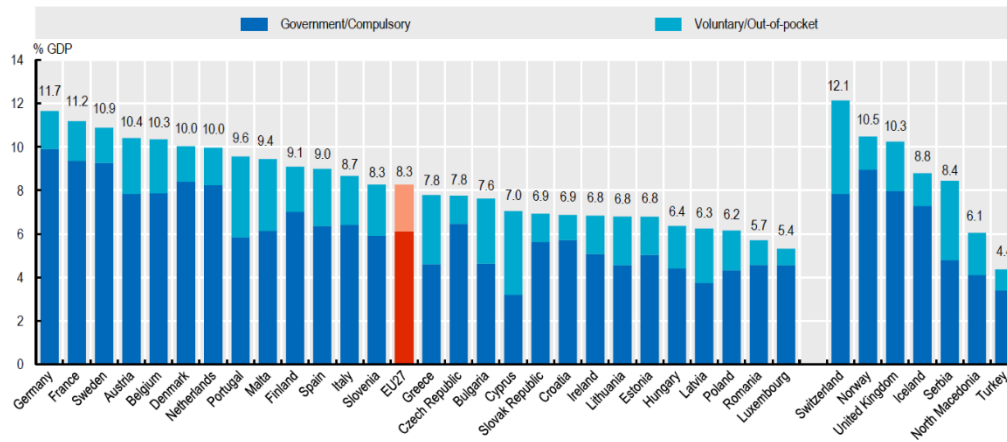


Nota: media EU non ponderata.

Fonte: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database

Il grafico sottostante estende il confronto ai paesi dell'OCSE. Da notare il dato di Germania, Francia, Svezia, Austria, Belgio, Svizzera, Norvegia e Regno Unito, tutti al di sopra del 10%.

Fig. 8 Spesa sanitaria totale in percentuale del Pil. 2019

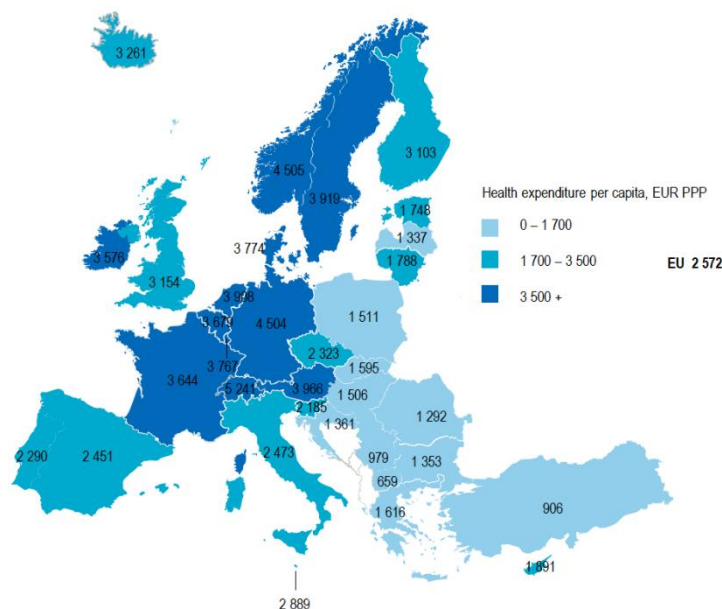


Nota: media EU non ponderata.

Fonte: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.

Il grafico che segue illustra la mappa della spesa sanitaria pro capite nel 2019. Quella italiana è fissata a 2.473 euro e si conferma inferiore alla media europea (2.572 euro), oltre che a quella di Germania, Olanda, Francia, Regno Unito, solo per citare alcuni esempi.

Fig. 9 Spesa sanitaria pro capite. 2019



Nota: media EU non ponderata.

Fonte: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database

Le tensioni prolungate sul controllo della spesa sanitaria pubblica, la riorganizzazione delle strutture sanitarie, le difficoltà di adeguamento dell'offerta a bisogni di cura ed assistenza in rapido mutamento hanno contribuito a far lievitare la spesa sanitaria a carico dei cittadini, in crescita del 14,1% tra il 2012 e il 2018, anno nel quale raggiunge il valore di 39,8 miliardi di euro (23,1% della spesa sanitaria totale).¹⁰ La quota relativa alla spesa sanitaria privata raggiunge nel 2018 il 2,3% del Pil, più di quanto accada in Germania (1,7%) e in Francia (1,9%), meno che in Spagna (2,6%) e Portogallo (3,1%).

La Pubblica amministrazione è sempre il maggiore finanziatore della spesa per tutte le funzioni. Nel periodo considerato, tuttavia, la flessione del 3,1% della spesa pubblica, prevalentemente legata al calo della componente relativa alla funzione di assistenza ospedaliera in regime di ricovero ordinario ha determinato la crescita parallela della spesa sanitaria privata in misura del 25,1%. Le variazioni più significative riguardano la spesa privata per l'assistenza ambulatoriale (+30%) e domiciliare (+32,3%), conseguenza dell'allungamento delle liste di attesa e dell'aumento delle compartecipazioni, e della parallela riduzione della differenza tra le tariffe pagate dal cittadino nel pubblico e nel privato.

Anche la spesa per l'assistenza a lungo termine è coperta dal pubblico per più di $\frac{3}{4}$, ma a fronte di un aumento del 10,4% dell'impegno pubblico, la spesa privata è cresciuta del 14%, a causa dell'aumento della componente ospedaliera (+11,5%), ambulatoriale (+32,3%) e domiciliare (+32,9%).

Quanto alla spesa per farmaci e apparecchiature terapeutiche, è stata a carico della pubblica amministrazione per il 56,3% e dei cittadini per il 43%. Incidono sulle dinamiche di questa voce l'aumento dell'acquisto di farmaci innovativi e di dispositivi medici, una voce a carico della spesa privata per oltre il 75% relativa a presidi non ricompresi nei LEA (come apparecchi ortodontici, lenti correttive, lenti a contatto, ecc.). Il ruolo crescente delle detrazioni fiscali per bilanciare la crescita della spesa privata ha garantito benefici, in realtà, solo in parte.

¹⁰ Corte dei conti, *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica*.

Tab. 10- Spesa sanitaria per tipo di finanziamento e funzione di assistenza

Tipi di finanziamento/Tipologia di funzione	2018				variazione 2018/2012			
	PA	regimi di finanz. volontari	spesa diretta delle famiglie	Totale	PA	regimi di finanz. volontari	spesa diretta delle famiglie	Totale
assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	67952	1313	15592	84857	0,78	18,50	25,12	4,77
<i>assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione</i>	41342	196	1431	42969	-1,35	20,25	2,14	-1,15
<i>assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione</i>	5423	31	444	5898	-10,69	-20,51	-12,94	-10,92
<i>assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione</i>	20862	1020	13586	35468	8,92	19,30	29,98	16,44
<i>assistenza domiciliare per cura e riabilitazione</i>	325	66	131	522	10,17	29,41	32,32	17,30
assistenza (sanitaria) a lungo termine (LTC)	12430	145	3608	16183	10,48	81,25	13,71	11,58
servizi ausiliari	9323	362	2931	12616	3,72	0,28	-5,30	1,37
prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici	17770	228	13540	31538	16,85	-0,44	8,04	12,76
<i>prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli</i>	16857	0	10280	27137	17,32		7,39	13,34
<i>apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli</i>	913	228	3260	4401	8,82	-0,44	10,17	9,29
servizi per la prevenzione delle malattie	5811	721	70	6602	11,51	43,91	12,90	14,34
governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento	1654	1386	0	3040	-13,63	57,32		8,73
tutte le funzioni	114940	4155	35741	154836	4,49	31,49	14,10	7,16

Fonte: Corte dei conti, Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica.

Il quadro della spesa privata per macroaree regionali risulta articolato. Il dato medio nazionale si attesta nel 2018 intorno ai 612 euro pro capite, con differenze significative tra i 720 euro delle regioni del Nord Ovest e i 458 del Sud. Se in media poco più della metà della spesa sanitaria privata pro capite è destinata all'acquisto di farmaci, nelle regioni del Sud questa voce assorbe più dei $\frac{3}{4}$ della spesa complessiva.

Tab. 11- Spesa sanitaria privata pro capite per macroaree regionali. 2017-2018

Italia	537,5	611,9
Nord	654,6	708,2
Nord-Ovest	647,7	720,2
Nord-Est	664,2	691,5
Centro	529,6	628,1
Mezzogiorno	383,0	471,8
Sud	387,7	458,3
Isole	372,4	498,9

Fonte: Corte dei conti, Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica, modificato

Le rilevazioni relative al 2018 segnalano, inoltre, la crescita più elevata della quota di spesa assorbita dalla sanità nelle regioni a più basso reddito, mentre solo quattro anni prima, nel 2014, questa stessa quota era inferiore del 5% alla media nazionale. Pur facendo riferimento a

volumi di risorse significativamente inferiori a quelle impiegate nelle aree più ricche del Paese, è evidente che questo dato rappresenta un ulteriore elemento di riflessione sulla insostenibilità di eventuali nuovi trasferimenti di oneri a carico della spesa sanitaria privata per i cittadini di alcune regioni.

Anche i dati relativi alla compartecipazione alla spesa fanno registrare forti differenze tra regioni e macro aree territoriali. La compartecipazione alla spesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale e di pronto soccorso ammontano nel 2019 a 1.354 milioni di euro, 22,4 euro pro capite, con una lieve flessione (0,7%) rispetto al 2018 legata alla diminuzione delle prestazioni di pronto soccorso, mentre il dato relativo alla specialistica ambulatoriale è praticamente stabile (+0,2%).

Tab. 12 – Compartecipazione alla spesa (dati in milioni di euro). 2018-2019

REGIONE	2019 - (in milioni di euro)						2018 - (in milioni di euro)					
	Totale compartecipazioni	Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Ticket sul pronto soccorso	Ticket su altre prestazioni	Totale compartecipazioni	Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Ticket sul pronto soccorso	Ticket su altre prestazioni
	A+B	A	B=1+2+3	(1)	(2)	(3)	A+B	A	B=1+2+3	(1)	(2)	(3)
Piemonte	184,4	64,7	119,7	118,9	0,5	0,3	186,6	69,9	116,7	115,2	1,2	0,3
Valle d'Aosta	11,3	3,2	8,2	6,4	0,2	1,5	11,3	3,3	8,0	6,2	0,2	1,6
Lombardia	479,0	272,0	207,0	202,2	4,8	0,0	489,3	277,7	211,6	206,8	4,9	0,0
P.A. Bolzano	30,8	10,4	20,4	18,2	1,8	0,4	31,1	10,5	20,6	18,2	1,9	0,4
P.A. Trento	32,1	10,3	21,8	17,9	1,9	2,0	31,8	10,1	21,7	17,7	1,9	2,1
Veneto	303,9	128,4	175,5	156,8	16,0	2,6	305,3	130,3	175,0	147,6	16,0	11,5
Friuli V.G.	65,1	19,2	45,9	40,6	0,5	4,8	65,7	19,7	46,0	40,6	0,5	5,0
Liguria	88,8	44,8	44,1	43,6	0,5	0,0	88,8	45,3	43,5	43,0	0,5	0,0
Emilia Romagna	213,5	58,4	155,1	146,6	8,6	0,0	247,8	81,4	166,3	156,7	9,6	0,0
Toscana	199,5	71,1	128,4	124,1	3,8	0,5	209,0	74,6	134,5	131,0	3,3	0,1
Umbria	51,1	21,2	29,9	29,5	0,4	0,0	50,1	21,1	29,1	28,7	0,3	0,0
Marche	74,7	31,1	43,5	43,2	0,3	0,0	72,9	31,4	41,5	41,3	0,2	0,0
Lazio	271,5	171,2	100,3	100,1	0,2	0,0	271,7	169,8	101,9	101,5	0,3	0,0
Abruzzo	71,4	35,6	35,8	35,0	0,7	0,1	70,6	36,0	34,6	33,3	1,3	0,0
Molise	14,3	9,6	4,7	4,7	0,0	0,0	14,1	9,4	4,6	4,6	0,0	0,0
Campania	272,3	213,8	58,5	58,2	0,3	0,0	265,3	210,6	54,7	52,7	2,0	0,0
Puglia	187,3	135,7	51,6	47,9	3,7	0,0	185,2	134,6	50,6	47,0	3,6	0,0
Basilicata	31,2	19,6	11,6	11,5	0,0	0,0	29,9	18,8	11,1	11,1	0,0	0,0
Calabria	85,2	61,1	24,1	23,1	1,0	0,0	79,9	56,7	23,2	22,7	0,5	0,0
Sicilia	207,6	165,3	42,3	41,9	0,4	0,0	209,3	166,8	42,6	42,3	0,2	0,0
Sardegna	54,1	28,5	25,6	24,8	0,8	0,0	55,6	30,0	25,6	24,8	0,8	0,0
Totale	2.927,1	1.573,2	1.354,0	1.295,4	46,3	12,3	2.971,3	1.608,1	1.363,2	1.292,9	49,3	21,0
Regioni piano rientro	1.109,6	792,3	317,4	311,0	6,2	0,1	1.096,0	784,0	312,0	304,0	8,0	0,0
Altre regioni	1.817,5	780,9	1.036,6	984,4	40,0	12,2	1.875,3	824,1	1.051,2	988,9	41,3	20,9
Regioni Nord	1.409,0	611,3	797,7	751,3	34,7	11,7	1.457,7	648,3	809,4	751,9	36,7	20,8
RSO	1.269,7	568,2	701,4	668,1	30,4	2,9	1.317,8	604,6	713,2	669,2	32,1	11,8
RSS	139,4	43,1	96,3	83,1	4,3	8,8	139,9	43,6	96,3	82,7	4,6	9,0
Regioni Centro	596,8	294,7	302,1	296,9	4,7	0,5	603,7	296,9	306,9	302,6	4,2	0,1
Regioni Sud	923,4	669,2	254,2	247,2	6,8	0,1	909,9	663,0	246,9	238,4	8,4	0,0
RSO	661,7	475,4	186,3	180,5	5,7	0,1	644,9	466,2	178,7	171,3	7,4	0,0
RSS	261,7	193,8	67,9	66,8	1,1	0,0	264,9	196,8	68,2	67,2	1,0	0,0

Fonte: Corte dei conti, Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica

Le regioni a statuto speciale del Nord incassano, in media, 40 euro pro capite, quelle insulari poco più di 10, le regioni in piano di rientro registrano importi appena superiori ai 13 euro, contro i 28,7 delle altre. Quasi l'80% del ticket sul pronto soccorso è incassato da Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana e Puglia, che contano all'incirca il 45% della popolazione.

Il quadro completo delle spese per compartecipazione necessita dei dati relativi ai ticket sui farmaci, ancora non completi per il 2019. Le analisi condotte sulle informazioni relative ai primi 11 mesi dell'anno, estese all'intero 2019, stimano una somma complessiva di 1,6 miliardi, con una flessione dello 0,7% rispetto all'anno precedente a seguito dei provvedimenti varati da alcune regioni.

In totale, quindi, la compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini ammonterebbe per il 2019 a 2,9 miliardi, con una crescita dell'1,2% nelle regioni in Piano di rientro, e un

decremento del 3,1% nelle altre. Praticamente invariato il dato delle regioni a statuto speciale del Nord, con le entrate più elevate (58 euro pro capite), si riduce (50 euro pro capite) quello delle regioni a statuto ordinario per i provvedimenti dell'Emilia-Romagna, così come delle regioni del Centro (-1,2%). Al Sud crescono i dati delle regioni a statuto ordinario (+2,6%), calano quelli di Sicilia e Sardegna, che fa registrare il dato più basso del Paese.

Tab. 13 – Compartecipazione alla spesa (variazioni %). 2018-2019

REGIONE	variazione %			pro capite 2019 (in euro)			Totale compartecipazioni (2018) pro capite
	Totale compartecipazioni	Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	Totale compartecipazioni	Ticket sui farmaci (quota di compartecipazione sul prezzo di riferimento + ticket fisso per ricetta)	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	
	A+B	A	B	A+B	A	B	
Piemonte	-1,2	-7,4	2,6	42,3	14,9	27,5	42,6
Valle d'Aosta	0,0	-4,0	1,7	90,2	25,2	64,9	89,7
Lombardia	-2,1	-2,1	-2,2	47,6	27,0	20,6	48,8
P.A. Bolzano	-0,9	-1,0	-0,8	58,0	19,6	38,4	58,9
P.A. Trento	1,1	2,3	0,6	59,4	19,1	40,3	58,9
Veneto	-0,5	-1,5	0,3	61,9	26,2	35,8	62,2
Friuli V.G.	-0,9	-2,6	-0,2	53,5	15,8	37,8	54,0
Liguria	0,0	-1,1	1,3	57,3	28,9	28,4	57,0
Emilia Romagna	-13,8	-28,3	-6,7	47,9	13,1	34,8	55,6
Toscana	-4,6	-4,7	-4,5	53,5	19,1	34,4	55,9
Umbria	1,9	0,7	2,8	57,9	24,1	33,8	56,7
Marche	2,4	-0,7	4,9	48,9	20,4	28,5	47,6
Lazio	-0,1	0,8	-1,5	46,2	29,1	17,1	46,1
Abruzzo	1,1	-1,1	3,4	54,4	27,2	27,3	53,7
Molise	1,6	1,7	1,4	46,8	31,4	15,4	45,6
Campania	2,6	1,5	7,0	46,9	36,8	10,1	45,5
Puglia	1,2	0,8	2,1	46,5	33,7	12,8	45,7
Basilicata	4,3	4,5	4,0	55,4	34,9	20,6	52,7
Calabria	6,7	7,8	4,1	43,8	31,4	12,4	40,8
Sicilia	-0,8	-0,9	-0,6	41,5	33,1	8,5	41,6
Sardegna	-2,7	-4,9	-0,1	33,0	17,4	15,6	33,7
Totale	-1,5	-2,2	-0,7	48,5	26,1	22,4	49,1
Regioni piano rientro	1,2	1,1	1,7	45,7	32,6	13,1	45,0
Altre regioni	-3,1	-5,2	-1,4	50,4	21,6	28,7	51,9
Regioni Nord	-3,3	-5,7	-1,4	50,8	22,0	28,7	52,6
RSO	-3,7	-6,0	-1,6	50,1	22,4	27,7	52,0
RSS	-0,4	-1,2	0,0	57,7	17,9	39,9	58,1
Regioni Centro	-1,2	-0,7	-1,5	49,7	24,5	25,1	50,1
Regioni Sud	1,5	0,9	2,9	44,8	32,5	12,3	44,0
RSO	2,6	2,0	4,2	47,4	34,1	13,3	46,0
RSS	-1,2	-1,5	-0,4	39,4	29,2	10,2	39,7

Fonte: Corte dei conti, Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica

Anche se dati ed elaborazioni non sono ancora definitivi, nel complesso nel 2019 i costi delle Aziende sanitarie hanno fatto registrare una crescita di poco inferiore all'1%¹¹. Tra il 2018 e il 2019 si è rilevato un peggioramento del disavanzo del 10 per cento, passando dai 990 milioni del 2018 a poco meno di 1,1 miliardi. Il peggioramento è da ricondurre in prevalenza alle regioni non in Piano e a statuto ordinario, che hanno fatto registrare un ampliamento del disavanzo dai 69,1 milioni del 2018 ai 165,5 del 2019. Un risultato dovuto soprattutto al Piemonte, che dovrebbe chiudere l'esercizio 2019 con uno squilibrio di circa 79 milioni, mentre più limitati appaiono gli squilibri di Liguria, Toscana e Basilicata.

¹¹ Cfr. Corte dei Conti, Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica, cit.

Le regioni a statuto speciale hanno fatto registrare un incremento più contenuto (+6,6%), pur in presenza di risultati fortemente negativi ai quali fanno fronte con risorse aggiuntive. Le regioni in Piano continuano, nel complesso, a riassorbire gli squilibri, un dato, questo, che richiede di essere approfondito ulteriormente. A fronte del forte incremento dello squilibrio del Molise (dai 30 milioni del 2018 ai 120 milioni del 2019), Puglia e Calabria presentano, per esempio, segnali di rientro, la prima con una riduzione del disavanzo da 45 a 39 milioni, la seconda, pur confermando tutta le criticità gestionali, riducendo lo squilibrio da 179,4 milioni del 2018 a 116,7 milioni.

Nel complesso si conferma una sostanziale condizione di equilibrio, con disavanzi assai diversi da quelli che caratterizzavano i primi anni 2000 e di dimensioni gestibili.

Il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard al quale concorre lo Stato è fissato nel 2021a 121,4 miliardi. Questo importo è incrementato di ulteriori 822,9 milioni nel 2022, di 527,1 milioni nel triennio successivo e di 417,9 milioni a decorrere dal 2026.

Il finanziamento per il 2021, prima delle misure introdotte per affrontare l'emergenza sanitaria, era di 118,5 miliardi, comprensivi dei 554 milioni dovuti all'abolizione dei ticket sulle prestazioni specialistiche. Questo importo era poi stato aumentato di 945 milioni dal D.L. 34/2020, prevedendo 105 milioni per il finanziamento delle borse di studio per contratti di formazione specialistica dei medici, 340 milioni per la copertura degli oneri sanitari conseguenti all'emersione e alla regolarizzazione di rapporti di lavoro, 5 milioni per l'erogazione di ausili e protesi in favore di persone con disabilità e 500 milioni per una parziale copertura degli oneri previsti per il 2021 per l'implementazione dell'assistenza domiciliare integrata e per il personale necessario per l'introduzione dell'infermiere di famiglia e il potenziamento delle centrali operative regionali.

Tab. 14 – Finanziamento del SSN

	in milioni	
	2020	2021
Il livello del finanziamento prima dei provvedimenti Covid	116.661	118.532
<i>di cui</i>		
<i>Il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato per il 2020 (art. 1 comma 514 della legge 30 dicembre 2018 n. 145)</i>	<i>116.439</i>	<i>117.939</i>
<i>Incremento per ulteriori borse di studio per medici di medicina generale (comma 518 legge 30 dicembre 2018 n. 145)</i>	<i>10</i>	<i>10</i>
<i>Incremento per compilazione e trasmissione per via telematica da parte dei medici e delle strutture sanitarie dei certificati medici di infortunio e malattia professionale (comma 527e 528 legge 30 dicembre 2018 n. 145)</i>	<i>27</i>	<i>29</i>
<i>Incrementato per abolizione ticket (art. 1 comma 447 della legge 27 dicembre 2019 n. 160)</i>	<i>185</i>	<i>554</i>
Incrementi disposti con il d.l. 18/2020	1.410	
Incrementi disposti con il d.l. 34/2020	1.968	945
Incremento disposto con il d.l.104/2020	478	
Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre lo Stato rideterminato il base ai d.l. 18 - 34 e 104 del 2020	120.517	119.477
Incrementi disposti con il d.d.l. di bilancio per il 2021		
vi sono ricompresi		
incremento finanziamento		1.000,0
incremento dell'indennità di esclusiva		500,0
retribuzione infermieri		335,0
esecuzione dei tamponi da parte MMG e PLS		70,0
incremento dei contratti di formazione specialistica		105,0
trasferimento dei fondi della CRI dal FSN ad un capitolo del ministero della Salute		-117,1
Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre lo Stato (legge di bilancio 2021)	120.517	121.370
PM La spesa sanitaria nei conti di finanza pubblica (NaDEF)	120.864	121.952

Fonte: Corte dei conti, Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica

I provvedimenti intervenuti in corso d'anno per far fronte all'emergenza sanitaria hanno autorizzato una maggiore spesa di 3,7 miliardi per il 2020 e di 1,7 miliardi per il 2021. L'aumento del finanziamento ha corrisposto pressoché completamente al maggior fabbisogno (solo per la spesa per l'esecuzione di tamponi rapidi da parte dei medici di medicina generale e

dei pediatri di libera scelta è stato previsto il ricorso al finanziamento già accordato), per il 2021 l'adeguamento è stato solo parziale. A fronte delle somme per l'implementazione dell'assistenza territoriale e ospedaliera per poco meno di 1,6 miliardi (734 milioni per l'assistenza domiciliare, 480 milioni per il personale infermieristico e per l'introduzione dell'infermiere di famiglia e 347 milioni per il personale per le nuove terapie intensive e per le ambulanze) il maggior finanziamento previsto dal decreto è stato di 500 milioni.

L'ammontare oggi riconosciuto (121,4 miliardi) sconta sia il rifinanziamento di un miliardo del fabbisogno, che quello relativo ai nuovi interventi previsti (+ 1,1 miliardi), ma è al netto dei 117 milioni per il finanziamento della Croce rossa italiana trasferiti alla gestione del Ministero della salute.

Le nuove misure che vengono specificamente finanziate comportano la riproposizione, anche nel 2021, dell'affidamento ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta dell'esecuzione di tamponi antigenici, un nuovo incremento dei contratti di formazione specialistica dei medici specializzandi, l'aumento dei compensi per i dirigenti sanitari, medici e veterinari attraverso l'incremento del 27% dell'indennità di esclusiva, e la previsione di una indennità da riconoscere al personale infermieristico a decorrere dal 1° gennaio 2021 secondo modalità da definire in sede di contrattazione collettiva nazionale. A questo livello di finanziamento si fa riferimento anche per la copertura degli oneri connessi alla proroga per il 2021 delle disposizioni relative al personale sanitario e alle Unità speciali di continuità assistenziale (Usca) introdotte con il D.L. 18/2020. La proroga è prevista entro limiti di spesa pari, rispettivamente, a 1.100 e 210 milioni.

Tab. 15 - Misure per la Sanità nei Decreti Legge per l'emergenza da COVID-19

	maggior spesa prevista		maggiori risorse attribuite	
	2020	2021	2020	2021
Misure disposte con il d.l. 18/2020				
articolo 18 comma 1	1.410		1.410	
remunerazione delle prestazioni di lavoro straordinario del personale sanitario	250			
reclutamento di medici in formazione specialistica e di personale medico sanitario	660			
incremento del monte ore della specialistica	6			
potenziamento delle reti di assistenza attraverso contratti con strutture private	240			
utilizzo di personale in servizio presso privati con attrezzature presenti nelle strutture private	160			
Usca	104			
Misure disposte con il d.l. 34/2020				
articolo 1 comma 11	1.257	1.246	1.257	500
requisizione in uso di immobili per la gestione dei pazienti in sorveglianza attiva ed isolamento	33			
implementazione assistenza domiciliare integrata	734	734		
<i>di cui personale</i>	265	265		
reclutamento personale infermieristico e introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità (8 unità ogni 50.000 per un totale di 9.600)	333	480		
rafforzamento Usca (personale)	61			
assunzione di assistenti sociali di supporto (personale)	14			
Usca (indennità personale infermieristico)	10			
istituzione e potenziamento delle centrali operative regionali	72	33		
<i>di cui personale</i>	24			
articolo 2 comma 10	431	347	431	
personale ambulanze	52	83		
personale terapie intensive	189	264		
risorse per incentivi al personale	190			
articolo 5	105	105	105	105
Incremento livello finanziamento Stato del fabbisogno sanitario nazionale standard per borse di studio per contratti di formazione specialistica dei medici	105	105	105	105
articolo 103	170	340	170	340
Emergenza rapporti di lavoro-oneri per procedure di emersione-incremento del finanziamento del Servizio Sanitario nazionale	170	340	170	340
articolo 104	5		5	
Incremento dotazione Fondo sanitario Nazionale per erogazione degli ausili, ortesi e protesi per rimuovere gli ostacoli che impediscono la piena inclusione sociale delle persone con disabilità	5		5	
Misure disposte con il d.l. 104/2020				
articolo 29 comma 9	478		478	
compensi per il riassorbimento liste d'attesa	478		478	
Misure disposte con il d.l. 137/2020				
articolo 18 comma 2	30			
esecuzione di tamponi rapidi da parte dei MMG e PLS	30			
Totale	3.886	2.038	3.856	945

Fonte: Corte dei conti, Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica

1.4 Tecnologie e investimenti

Anche sul terreno delle tecnologie sanitarie e del loro ammodernamento, tema fortemente collegato alla qualità dei servizi offerti ai cittadini, si rilevano differenze tra le diverse macro aree del Paese.

Ma prima di entrare nello specifico delle analisi che riguardano lo stato dell'arte e i bisogni delle diverse regioni italiane, soffermiamoci per un attimo sui confronti internazionali. Gli ultimi dati disponibili a livello internazionale fanno riferimento al 2017, e segnalano che in Italia è destinato alla accumulazione di attrezzature sanitarie poco meno dello 0,4% del Pil, in Francia e Spagna lo 0,6%, in Portogallo lo 0,7%, in Germania l'1,1%.

Tuttavia i risultati in termini di dotazioni tecnologiche per l'Italia, dati alla mano, non sembrano presentare grandi problemi, risultando pari o superiori a quelle dei principali paesi europei: 35,1 RMN e 25,2 Tac per milione di abitanti, contro le 21,4 e 15,4 della media europea. Se prendiamo in considerazione le radioterapie, il dato italiano (7 per milione di abitanti) è migliore di quello tedesco e spagnolo (5 per milione), ed inferiore solo a quello francese (10 radioterapie per milione di abitanti).

Tab. 16 - Investimenti in sanità e dotazione di attrezzature

	2008	2012	2017	2008	2012	2017	2008	2012	2017	2008	2012	2017
	Tomografia assiale computerizzata (in ospedale)			Tomografia assiale computerizzata (totale)			Camera gamma comp. (in ospedale)			Tomografo a risonanza magnetica (in ospedale)		
Germania	16,7	18,6	19,2	31,2	34,0	35,1	7,2	6,8	6,3	8,7	11,3	12,4
Spagna	14,7	14,8	16,4		17,2	18,6	6,2	5,7	5,8	9,5	10,1	11,8
Francia	8,9	11,2	12,3	10,8	13,5	17,4	4,1	4,9	5,1	4,5	6,8	8,4
Italia	24,1	25,4	25,2	31,0	33,3	34,7	8,1	8,0	6,1	13,2	15,7	16,8
	Tomografo a risonanza magnetica (totale)			Mammografo (in ospedale)			Tomografo ad emissione di positroni PET (in ospedale)			Gruppi radiologici (in ospedale)		
Germania	23,6	28,7	34,7				0,9	1,6	1,5	4,7	5,0	5,1
Spagna		14,8	16,3	10,7	12,8	13,4	0,8	1,2	1,5	3,9	4,6	4,8
Francia	6,1	8,7	14,2			7,0	0,7	1,1	1,7	8,8	9,6	10,8
Italia	20,1	24,6	28,6	19,8	20,5	18,6	1,6	2,2	2,7	5,4	6,6	6,8

Fonte: Corte dei conti, Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica.

In realtà, al di là del fatto che questi dati andranno comunque rilette alla luce di quanto ha fatto emergere la pandemia sul tema delle dotazioni tecnologiche e, più ampio, delle riserve, è evidente che si tratta di numeri che non possono essere disgiunti dalla verifica della età delle apparecchiature. Non a caso nel corso del 2017 era stato avviato un esame delle esigenze complessive del sistema per investimenti in tecnologie sanitarie. La rilevazione effettuata con le regioni per il triennio 2018-2020 ha riguardato il numero di sistemi che si intende acquisire sia per nuove acquisizioni (per potenziare l'offerta), che per sostituzioni per obsolescenza, e per i quali non si dispone delle relative risorse finanziarie. La stima del fabbisogno ha riguardato tanto il lungo periodo (2019-2045), che le esigenze per il triennio 2018-2020, e ha fatto emergere un fabbisogno complessivo di circa 1.800 apparecchiature per un valore di circa 1,5 miliardi, poco più di 400 milioni dei quali destinati alla acquisizione di nuove tecnologie.

Tab. 17 – Fabbisogno di investimenti in tecnologie sanitarie. Dati per regione

	Il fabbisogno in un arco 2019-2045		Il fabbisogno per regione nel triennio 2018-2020			
	gli investimenti infrastrutturali prima valutazione di massima		gli investimenti in tecnologie sanitarie (b)		di cui per sostituzioni (1)	per potenziamento (2)
Valle d'Aosta	98,8	0,3	13,6	0,9	13,6	0,0
Piemonte	3.174,5	9,9	119,7	7,9	84,7	34,9
Lombardia	5.438,9	16,9	273,3	18,1	273,3	0,0
Veneto	3.560,7	11,1	37,6	2,5	35,0	2,6
Friuli V. G.	477,1	1,5	53,4	3,5	53,4	0,0
Liguria	783,3	2,4	56,4	3,7	50,2	6,3
Emilia-Romagna	3.109,7	9,7	85,2	5,7	71,8	13,5
Toscana	945,4	2,9	46,4	3,1	39,2	7,1
Marche	459,1	1,4	40,8	2,7	35,6	5,1
Umbria	374,7	1,2	31,0	2,1	26,8	4,2
Lazio	2.250,8	7,0	142,3	9,4	102,7	39,6
Abruzzo	714,1	2,2	33,1	2,2	15,1	18,0
Molise	219,6	0,7	4,1	0,3	3,8	0,3
Campania	2.466,0	7,7	144,6	9,6	62,8	81,8
Puglia	2.182,6	6,8	83,7	5,5	46,6	37,1
Basilicata	390,6	1,2	17,0	1,1	13,3	3,7
Calabria	1.397,4	4,3	82,2	5,4	44,5	37,7
Sicilia	3.020,9	9,4	153,6	10,2	67,2	86,4
Sardegna	1.063,0	3,3	90,0	6,0	63,9	26,1
TOTALE	32.127,0	100,0	1.507,7	100,0	1.103,4	404,3
NordOccidentale	9.495,4	29,6	462,9	30,7	421,8	41,2
NordOrientale	7.147,5	22,2	176,1	11,7	160,1	16,1
Centro	4.029,9	12,5	260,4	17,3	204,3	56,1
Mezzogiorno	7.370,3	22,9	364,6	24,2	186,1	178,5
Isole	4.083,8	12,7	243,6	16,2	131,1	112,5

Fonte: Corte dei conti, Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica.

Guardando più complessivamente all'area degli investimenti, il 2019 fa registrare una crescita dell'11,4% rispetto al 2018, con una forte attenzione proprio per le attrezzature sanitarie e scientifiche (+14,6%), per fabbricati (+5,3%) e immobilizzazioni immateriali (+22,4%), e una flessione per quanto riguarda l'acquisizione di mezzi di trasporto (13,5%). Ancora una volta i risultati più significativi si registrano per le regioni non in Piano di rientro, con una crescita complessiva della spesa per investimenti del 15,1%, guidata dalle regioni a statuto ordinario, anche se i livelli pro capite più alti sono appannaggio delle regioni a statuto speciale (38,6 euro contro i 30 delle regioni a statuto ordinario).

Assai più modesta la crescita registrata nelle regioni in piano di rientro, con un incremento del 3,1% rispetto al 2018. Aumenta, inoltre, il distacco delle regioni in piano dalle altre in termini di spesa pro capite destinata agli investimenti. Da segnalare i risultati particolarmente negativi di Molise e Calabria, con una contrazione della spesa per investimenti rispettivamente del 38 e del 30% e una spesa pro capite equivalente al 50% della media nazionale.

Ad emergenza conclusa si porrà, tra gli altri, il tema del riavvio degli interventi infrastrutturali necessari a rimuovere carenze e criticità emerse in tutta evidenza proprio in corso di pandemia. Una parte di questo impegno riguarderà, ovviamente, i progetti, 3.600, già in corso di realizzazione per un impegno di spesa complessivo di 13,8 miliardi. Si tratta per il 60% di strutture ospedaliere, con costruzione di nuove strutture o ristrutturazioni di strutture preesistenti (17,2%). Solo poco più del 12% riguarda presidi territoriali (il 3,4% dei finanziamenti) e il 9,3% residenze e strutture socioassistenziali per anziani e non autosufficienti. Infine, un dato anch'esso estremamente interessante riguarda le strutture per l'igiene, la profilassi e la tutela della salute, presenti con pochissimi progetti (47) riguardanti per lo più laboratori presso scuole, impianti sportivi e associazioni.

Tab. 18 – Opere e finanziamenti per area territoriale e categoria di intervento. Progetti. Situazione al 31 dicembre 2019

	numero progetti					Totale complessivo	composizione %					Totale complessivo
	ALTRE STRUTTURE PER L'IGIENE LA PROFILASSI E LA TUTELA DELLA SALUTE	ALTRE STRUTTURE SANITARIE	ALTRI PRESIDI SANITARI TERRITORIALI	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI	STRUTTURE OSPEDALIERE		ALTRE STRUTTURE PER L'IGIENE LA PROFILASSI E LA TUTELA DELLA SALUTE	ALTRE STRUTTURE SANITARIE	ALTRI PRESIDI SANITARI TERRITORIALI	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI	STRUTTURE OSPEDALIERE	
Centro	3	109	90	39	361	602	6,4	17,8	20,7	11,7	16,8	16,8
Isole	8	55	47	22	197	329	17,0	9,0	10,8	6,6	9,2	9,2
Nord est	7	159	66	146	562	940	14,9	25,9	15,2	43,7	26,2	26,3
Nord ovest	11	99	82	72	594	858	23,4	16,2	18,9	21,6	27,7	24,0
Sud	18	191	149	55	432	845	38,3	31,2	34,3	16,5	20,1	23,6
Totale complessivo	47	613	434	334	2.146	3.574	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Corte dei conti, Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica, modificato.

L'analisi dei dati per area territoriale fa emergere la concentrazione di una parte significativa (oltre il 50%) delle opere in corso di realizzazione al Nord (il 24% nel Nord ovest, il 26,3% nel Nord Est), con un peso ancora maggiore in termini di finanziamento (53%). Il 24% dei progetti riguarda regioni meridionali, ma con un impegno finanziario pari al 19% dei finanziamenti. Significativi anche i dati relativi all'importo medio pro capite degli investimenti, con l'importo maggiore registrato per le regioni insulari (279,9 euro), di poco superiore a quello delle regioni del Nord, mentre le regioni centrali e del Sud si attestano, rispettivamente, su un investimento medio pro capite di 171,2 e 183,6 euro.

Nelle regioni del Nord-Ovest il 30% dei progetti in corso sono in fase finale (collaudo, chiusura lavori, in attività), percentuale sovrapponibile a quella registrata per le regioni centrali (30,7%) e, con un lieve scostamento al ribasso, per le regioni del Nord-Est che mostrano, però, tempi di realizzazione più rapidi. Migliore la performance delle regioni meridionali (poco meno del 41%), ma per progetti ai quali corrisponde solo il 13,5% dei finanziamenti. Infine la gran parte dei progetti in corso nelle regioni insulari è ormai alla fase finale, mentre gli interventi da completare o in avvio riguardano finanziamenti per circa 728 milioni di euro, un importo più contenuto rispetto alle altre aree.

Tab. 19 – Opere e finanziamenti per area territoriale e categoria di intervento. Finanziamenti. Situazione al 31 dicembre 2019

	finanziamenti					Totale complessivo	composizione %					Totale complessivo
	ALTRE STRUTTURE PER L'IGIENE LA PROFILASSI E LA TUTELA DELLA SALUTE	ALTRE STRUTTURE SANITARIE	ALTRI PRESIDI SANITARI TERRITORIALI	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI	STRUTTURE OSPEDALIERE		ALTRE STRUTTURE PER L'IGIENE LA PROFILASSI E LA TUTELA DELLA SALUTE	ALTRE STRUTTURE SANITARIE	ALTRI PRESIDI SANITARI TERRITORIALI	RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI	STRUTTURE OSPEDALIERE	
Centro	7,5	113,6	80,4	59,4	1.796,6	2.057,6	17,8	14,4	17,3	18,1	14,8	14,9
Isole	8,7	33,5	45,7	25,7	1.744,9	1.858,4	20,5	4,3	9,8	7,8	14,4	13,5
Nord est	4,3	265,1	61,2	134,4	2.732,8	3.197,7	10,0	33,7	13,2	41,0	22,5	23,2
Nord ovest	1,3	154,2	114,6	66,1	3.766,1	4.102,2	3,0	19,6	24,6	20,1	31,0	29,8
Sud	20,6	221,2	163,3	42,4	2.114,7	2.562,2	48,6	28,1	35,1	12,9	17,4	18,6
Totale complessivo	42,3	787,5	465,1	328,0	12.155,1	13.778,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Corte dei conti, Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica, modificato.

Seconda parte

2. Prevenzione: vaccinazioni e screening oncologici organizzati

Di Valeria Fava

2.1 La prevenzione secondo il nuovo sistema di garanzia dei LEA

La Corte di Conti a giugno scorso ha pubblicato all'interno dell'ultimo rapporto sul Coordinamento della finanza pubblica¹², gli esiti della sperimentazione del modello del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA, approvato lo scorso dicembre in Conferenza Stato-Regioni e in vigore dal 2020.

Sulla base dei dati relativi al 2017, sono 11 le Regioni che risultano adempienti sui tre livelli di analisi (ospedaliera, distrettuale e prevenzione). 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).

La prevenzione

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 Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto.

¹² Corte dei Conti - Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica

Come è possibile notare dalla tabella sotto riportata, diverse regioni mostrano delle criticità: Sono in particolare la **Sicilia**, la **PA di Bolzano** e il **Friuli Venezia Giulia** a mostrare i dati più bassi.

In linea generale tuttavia diverse regioni mostrano nell'ultima rilevazione dei miglioramenti rilevanti rispetto all'anno precedente (2016). Erano 7 infatti le regioni a mostrare **punteggi inferiori a 60 (cut off garanzia dei LEA)** ma Valle D'Aosta, Puglia, Campania e Calabria hanno raggiunto punteggi di sufficienza sebbene ai livelli minimi. Tra queste regioni la **Campania è quella che ha mostrato un miglioramento più significativo** da un anno all'altro (da 50,21 a 72,51).

Tabella 1 I dati sulla prevenzione - il nuovo sistema di garanzia LEA

Regione	Punteggio complessivo prevenzione 2016	Punteggio complessivo prevenzione 2017
Lombardia	80,92	86,84
Piemonte	76,30	92,8
Umbria	73,90	92,89
Toscana	70,73	87,07
Emilia Romagna	70,27	93,03
P.A Trento	69,41	83,56
Basilicata	68,71	78,69
Molise	68,08	74,18
Sardegna	65,51	76,36
Liguria	65,34	73,94
Abruzzo	65,29	66,36
Lazio	65,24	86,18
Veneto	63,63	80,75
Marche	61,74	69,00
Valle D'Aosta	59,16	64,12
Puglia	55,68	66,21
Friuli Venezia Giulia	52,00	53,18
Calabria	51,39	65,49
Campania	50,21	72,51
P.A Bolzano	49,57	53,37
Sicilia	48,48	50,20

Fonte: Corte dei Conti - Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica

2.2 Le vaccinazioni

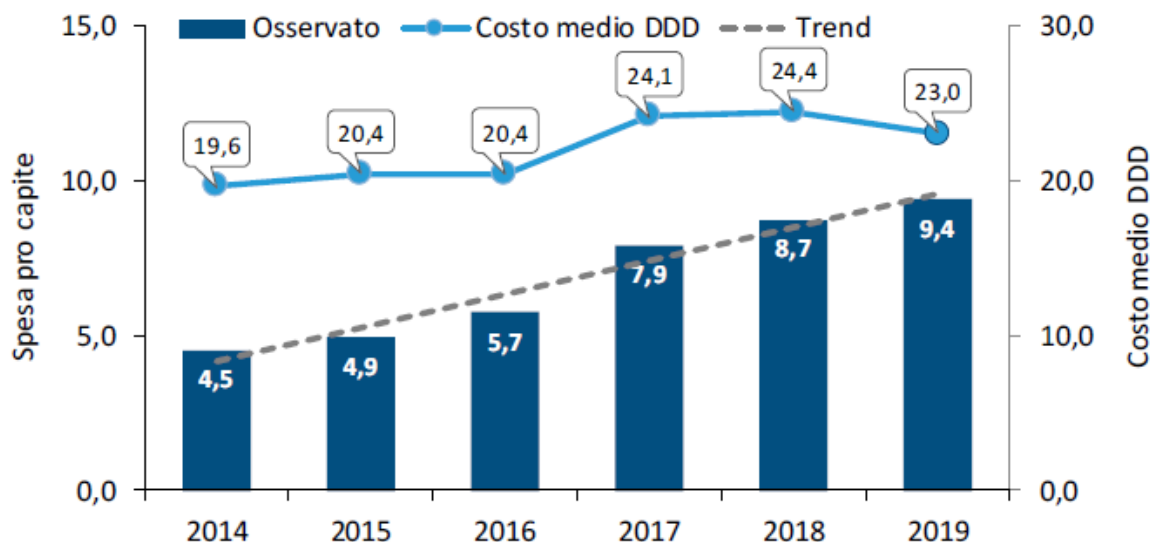
Spesa vaccini

Continua anche nel 2019 l'aumento della spesa per i vaccini già osservata negli anni precedenti; nel 2019 sono stati spesi complessivamente **566 milioni di euro**. Si tratta del **2,4% della spesa del SSN**, che ha visto un **incremento significativo del 7,4% tra il 2018 e il 2019**. Rispetto alla spesa pro capite si è passati, infatti, dai 4,5 euro pro capite del 2014 ai 9,4 euro del 2019 (+7,4% rispetto all'anno precedente), con una variazione media annuale (CAGR) del +16%. Al contrario, il costo medio DDD è sceso da 24,4 euro del 2018 a 23 euro nel 2019, con una differenza del -5,7%;

Tra i vaccini con spesa pro capite superiore a un euro, quelli per l'influenza quadrivalente da virus inattivato splittato e per il papilloma virus fanno osservare la maggior variazione rispetto all'anno precedente (rispettivamente +63,7% e +15,9%). I vaccini per il meningococco B e per lo pneumococco 13-valente sono ai primi due posti per spesa, con 1,8 euro pro capite; mentre il primo diminuisce del 2,2%, il secondo è in aumento del 9%; le differenze regionali in termini di spesa pro capite sono molto marcate, infatti la PA di Bolzano, con 13,5 euro, fa registrare un livello doppio del Piemonte (6,8 euro). Gli aumenti più elevati rispetto al 2018 sono a carico della Lombardia (+36,0%), della Val d'Aosta (+24,6%), della PA di Bolzano (+17%) e delle Marche (+15,6%);

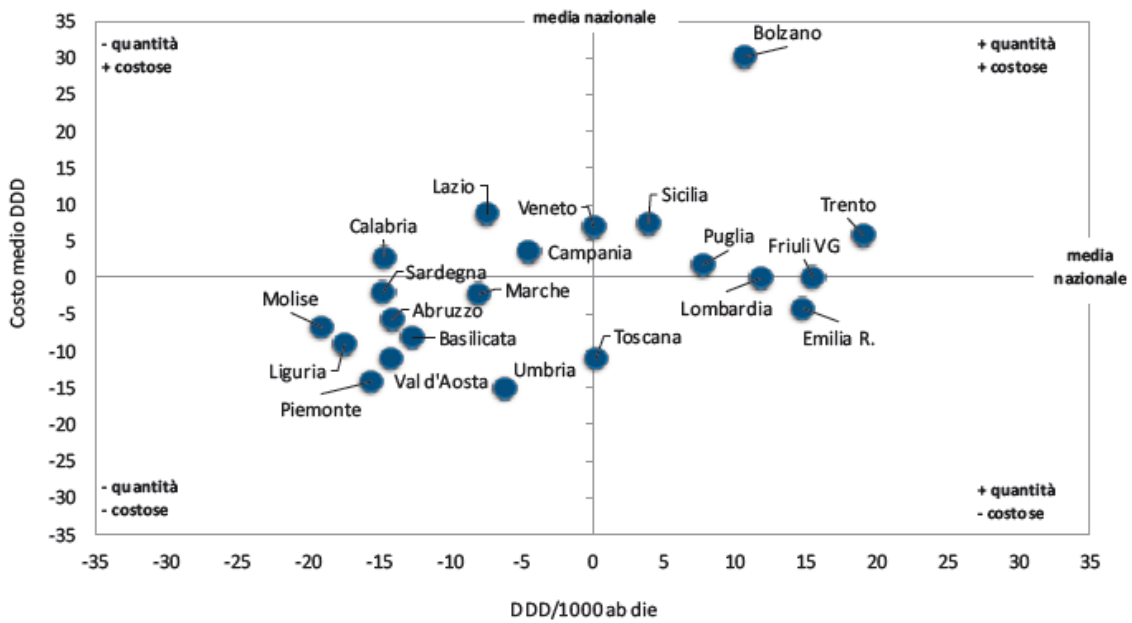
La PA di Bolzano e quella di Trento, insieme alle regioni Puglia e Sicilia, utilizzano più dosi, con un costo per giornata di terapia più elevato rispetto alla media nazionale.

Figura 1. Vaccini, andamento temporale della spesa pro capite (2014-2019)



Fonte: Rapporto Osmed 2019, AIFA

Figura 2. Vaccini, variabilità regionale dei consumi farmaceutici 2019 per quantità e costo medio per giornata di terapia (scostamenti % dalla media nazionale)



Fonte: Rapporto Osmmed 2018, AIFA

2.2.1 Coperture vaccinali

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

Tabella 2 Performance regionali su misurazione mantenimento LEA in ambito prevenzione vaccinale, 2018

Regione	Copertura 6 vaccinazioni base (a 24 mesi) % 2017 - 2018	Copertura vaccinale morbillo, parotite rosolia 2017 - 2018
Abruzzo	97,3 – 96,9	89,2 – 94,5
Basilicata	97,7 – 97,1	92,8 – 92,9
Calabria	96,1 - 97	92,8 – 92,7
PA Bolzano	85,7 – 83,3	71,8 – 70,8
Campania	95,4 – 95,1	92,0 – 93,4
Emilia Romagna	94,6 – 95,6	93,4 – 95,1
Friuli Venezia Giulia	90,2 – 92,9	86,5 – 91,2
Lazio	96,8 – 97,3	95,3 – 94,9
Liguria	94,9 – 97,2	90,8 – 94,0
Lombardia	94,9 – 95,1	93,9 – 94,1
Marche	93,2 – 93,8	88,2 – 92,0

Molise	97,2 – 95,7	90,5 – 91,9
Piemonte	95,7 – 95,7	94,7 – 94,7
Puglia	94,4 – 95,2	91,1 – 94,2
Sardegna	96 – 95,2	93 – 92,3
Sicilia	91,3 – 90,9	85,6 – 90,9
PA Trento	93,8 – 94,5	91,6 – 94,3
Toscana	95,6 – 96,8	93,5 - 95
Umbria	95,7 – 95,6	94,4 – 94,6
Valle d'Aosta	93,5 – 94,1	90,3 – 91,3
Veneto	93,4 - 95	92,3 – 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 non raggiungono la soglia prevista. Per quanto riguarda Morbillo Parotite e Rosolia la situazione si conferma critica in tutta Italia. Solamente Veneto, Toscana ed Emilia Romagna quest'anno raggiungono la percentuale ottimale del 95%.

Copertura vaccinale morbillo

Rispetto alle coperture vaccinali sui singoli antigeni¹³ andiamo ad analizzare in particolare quelle per il morbillo. Rispetto all'anno precedente (2018 coorte 2016) le percentuali del 2019 mostrano un miglioramento che passa da un 93,22% nel 2018 ad un 94,49%. Le regioni più virtuose che superano il 95% sono: Piemonte, Lombardia, PA Trento, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Abruzzo, Puglia.

Punteggio inferiore alle tendenze medie si registra in P.A di Bolzano con un 75,53%, Valle D'Aosta con un 91,54% e la Sicilia con una percentuale del 92,20%

Copertura vaccinale varicella

Analizzando le coperture vaccinali sui singoli antigeni¹⁴ proseguiamo con quelle per la varicella. L'introduzione dell'obbligo vaccinale ha senza ombra di dubbio favorito l'adesione alla vaccinazione anti varicella in modo massiccio sul territorio. Rispetto alla rilevazione del 2018 (coorte 2016), il dato nazionale del 2019 (coorte 2017) mostra un incremento considerevole passando dal 74,23% al 90,5%.

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: Lombardia (94,07%), Veneto (93,72%), Toscana (94,59%), Puglia (93,35%). Le regioni che presentano percentuali inferiori sono: la PA di Bolzano (73,24%) e Valle D'Aosta (80,05%).

¹³Dati di coperture vaccinali, aggiornamento 2019, Ministero della Salute

¹⁴Dati di coperture vaccinali, aggiornamento 2019, Ministero della Salute

Copertura antinfluenzale

Tabella 3. Copertura antinfluenzale 2019 – 2020

Regioni	Popolazione generale	Popolazione anziana
Piemonte	16,4	51
Valle d'Aosta	13,8	45,4
Lombardia	13,7	49,9
P.A Bolzano	8,2	32,5
P.A Trento	16	55,2
Veneto	16,3	53,9
Friuli Venezia Giulia	20,3	60,7
Liguria	19,9	53
Emilia Romagna	18,9	57,4
Toscana	20,1	56,4
Umbria	19,8	64,3
Marche	18,1	56,9
Lazio	16,2	52,7
Abruzzo	16,4	55,3
Molise	20	65,4
Campania	16,7	62,1
Puglia	17,8	51,4
Basilicata	17,3	60,7
Calabria	16,3	61,8
Sicilia	18,1	59,4
Sardegna	15,2	46,2
Italia	16,8	54,6

Fonte: Osservatorio civico sul federalismo in sanità su Dati di coperture vaccinali, 2019 – 2020 - Ministero della Salute

In merito alla copertura per il vaccino antinfluenzale nella stagione 2019 – 2020, 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 risultano il Molise (65,4%) e l'Umbria (64,3%). **Chi mostra i dati peggiori è la P.A di Bolzano (32,5%) e la Valle d'Aosta (45,4%)**

Copertura vaccino HPV

Il Papilloma è responsabile, solo nel nostro Paese, di oltre 6.500 nuove diagnosi l'anno di tumori non solo alla cervice uterina (2.400 l'anno) ma anche dell'ano, oro-faringe, pene, vagina e vulva. Sono tutte patologie facilmente prevenibili attraverso i programmi di prevenzione disponibili gratuitamente e attivi da molti anni su tutto il territorio nazionale. Di fronte a questi dati è chiaro che deve rappresentare una priorità dell'intero sistema sanitario riuscire ad aumentarne l'adesione. Tanti uomini e donne sono ancora esposti al rischio evitabile di gravi malattie oncologiche e si stima che oltre il 75% delle donne sessualmente attive si infetta nel corso della propria vita con il Papilloma Virus. Non tutti questi contagi determinano un tumore, ma il rischio oncogeno aumenta, così come le possibilità di trasmettere l'agente patogeno durante i rapporti. Dai dati del 2018 solamente il 60% delle ragazze target effettua la vaccinazione con almeno una dose. Il dato è addirittura in peggioramento rispetto allo scorso anno quando il dato era al

64%. La situazione è inoltre eterogenea a livello di adesione territoriale: buoni risultati in Umbria (80,48%), Emilia Romagna (76,46%) Piemonte (74,92%). Situazione vaccinale in crisi nella P.A di Bolzano (37,33%), Abruzzo (45,97%), Sicilia (46,14%), Friuli Venezia Giulia (47,46%).

Tabella 4 Coorte di nascita 2006: CV per HPV per dose e Regione al 31/12/2018 (solo femmine)

Regioni	% vaccinate con almeno 1 dose		% vaccinate con ciclo completo	
	2017	2018	2017	2018
Piemonte	74,16	74,92	67,55	67,87
Valle d'Aosta	72,65	71,68	54,71	53,37
Lombardia	75,97	65,14	55,69	38,02
P.A. Bolzano	40,59	37,33	30,49	18,95
P.A. Trento	66,82	74,66	62,49	63,80
Veneto	69,81	60,73	48,89	32,06
Friuli-Venezia Giulia	56,13	47,46	41,71	17,88
Liguria	63,52	64,30	50,44	48,08
Emilia-Romagna	78,23	76,46	71,01	49,16
Toscana	73,09	73,59	57,92	58,38
Umbria	81,11	80,48	75,54	71,84
Marche	62,92	54,39	52,12	29,57
Lazio	51,27	55,91	34,11	33,18
Abruzzo	63,16	45,97	51,05	31,07
Molise	76,00	71,78	63,72	54,27
Campania	54,65	51,46	43,30	34,02
Puglia	71,44	70,91	60,25	49,36
Basilicata	68,49	73,25	52,03	50,32
Calabria	51,65	59,11	40,94	43,43
Sicilia	41,49	46,14	23,28	24,76
Sardegna	52,06	48,12	36,83	24,68
Italia	64,39	61,68	49,92	40,34

Fonte: Osservatorio civico sul federalismo in sanità su Dati di coperture vaccinali 31 dicembre 2018 - Ministero della Salute

2.2.2 Provvedimenti regionali aggiuntivi su vaccinazioni HPV

Vi è una grossa variabilità anche rispetto all'offerta gratuita da parte delle regioni. Ormai molte regioni hanno fatto passi in avanti verso il controllo dei tumori HPV correlati, attraverso un ampliamento dei soggetti che possono usufruire gratuitamente delle vaccinazioni anti HPV o una estensione dell'età per la gratuità. Va sottolineato come in particolare le regioni Sicilia e Friuli Venezia Giulia (ma anche Calabria) che, come abbiamo visto, mostrano dati inferiori alla media nazionale abbiano in realtà avviato programmi che ampliano i soggetti che possono beneficiare della vaccinazione gratuita, segno che almeno dal punto di vista del governo sulla prevenzione sono stati posti in essere interventi volti a favorire questo tipo di vaccinazione.

Tabella 5 Regioni con provvedimenti aggiuntivi su vaccinazione HPV

Gratuità per donne con lesioni da HPV	Gratuità per 25enni
Lombardia	Piemonte*
Liguria	Liguria
Veneto	Veneto

Friuli Venezia Giulia	Friuli Venezia Giulia
Toscana	Toscana
Emilia Romagna	Emilia Romagna
Campania	Campania
Molise	Puglia
P.A Trento	Calabria*
Sicilia	Sicilia*

* *Gratuità a vita per recupero degli adolescenti di ambo i sessi non vaccinati al momento dell'invito per i 12enni*

Fonte: Osservatorio civico sul federalismo in sanità

Dalla tabella si evidenzia che 10 Regioni su 21 (Piemonte, Liguria, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Emilia Romagna, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia) offrono il vaccino gratuitamente anche alle ragazze 25enni e 10 Regioni (Liguria, Lombardia, Veneto, Provincia autonoma Trento, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Emilia Romagna, Molise, Campania, Sicilia) concedono gratis la copertura vaccinale alle donne con lesioni precancerose da Hpv con l'intento di evitare che si ripresentino. Per quanto riguarda il recupero degli adolescenti di ambo i sessi non vaccinati al momento dell'invito per i 12enni Piemonte, Sicilia e Calabria garantiscono la gratuità a vita.

2.3 Le vaccinazioni in tempi di Covid 19

2.3.1 Il caso vaccini: tra sospensioni e caos

A partire dal mese di marzo, con l'avanzare dell'emergenza sanitaria, si è visto un progressivo incremento delle sospensioni delle attività vaccinali in gran parte del mondo.

Secondo i dati raccolti da OMS, UNICEF, GAVI, e dal Sabin Vaccine Institute, da marzo 2020 l'esecuzione delle attività vaccinali di routine è stata ostacolata in maniera sostanziale in almeno 68 Paesi del mondo, mettendo 80 milioni di bambini sotto l'anno di vita a rischio verso malattie gravi come la difterite, il morbillo e la poliomielite. Oltre la metà (53%) dei 129 Paesi in cui sono disponibili dati, ha riportato interruzioni dei servizi vaccinali da moderate a severe, o una loro sospensione totale, tra marzo e aprile 2020.

I motivi dell'interruzione dei servizi vaccinali durante la pandemia da COVID-19, sono vari. In alcuni casi le attività vaccinali sono state sospese o ridotte a causa delle misure di distanziamento fisico introdotte per evitare la trasmissione di COVID-19. In altri casi i genitori hanno avuto paura di uscire di casa (per le misure di distanziamento fisico e restrizioni alla circolazione introdotte, la carenza di informazioni o la paura di contrarre il virus responsabile di COVID-19). In altri ancora, gli operatori sanitari sono stati impossibilitati perché impegnati nella gestione dell'epidemia da COVID-19, o ancora sprovvisti di adeguati dispositivi di protezione. In aggiunta vi sono stati ritardi nel trasporto dei vaccini. L'UNICEF ha segnalato un importante ritardo nella consegna di vaccini a causa delle misure di lockdown e la conseguente riduzione dei voli commerciali e la limitata disponibilità dei voli charters.

Figura 3 Paesi in cui sono state rimandate le vaccinazioni al 15 maggio

Campagne vaccinali	Numero totale di Paesi in cui sono state rimandate le campagne vaccinali (dati al 15 maggio)
Morbillo/ Morbillo rosolia/ Morbillo, parotite, rosolia (M/MR/MPR)	27
Polio (IPV)	7
Polio (bivalente orale -bOPV)	26
Polio (monovalente orale tipo 2 -mOPV2)	13
Meningite A (men A)	2
Febbre gialla (YF)	4
Tifo (TCV)	2
Colera (OCV)	5
Tetano (Td)	7

Fonte: Epicentro - ISS

L'OMS Europa, il 20 marzo 2020, ha pubblicato il documento "Guidance on routine immunization services during COVID-19 pandemic in the WHO European Region", per fornire un supporto ai Paesi nella decisione di mantenere o meno le normali attività vaccinali nel periodo pandemico, indicare quali sono i fattori che ogni Paese deve considerare per effettuare una valutazione del rischio, fornire dei principi guida da seguire e indicazioni su come effettuare le vaccinazioni in sicurezza.

Secondo l'OMS è essenziale mantenere gli appuntamenti vaccinali, soprattutto per le vaccinazioni di routine, fino a quando le misure di risposta alla COVID-19 lo consentano. Qualsiasi decisione inerente le possibili opzioni di funzionamento dei servizi vaccinali deve essere presa valutando in maniera dettagliata:

1. Il rischio epidemiologico di VPD nella popolazione generale
2. La situazione epidemiologica della COVID-19 e le relative misure di mitigazione in atto
3. Il sistema sanitario, le caratteristiche e le debolezze dei servizi vaccinali.
4. La disponibilità di vaccini e la capacità logistica

Nel documento l'OMS delinea i principi guida per l'organizzazione dei servizi vaccinali, da seguire durante la pandemia COVID-19:

- Durante gli appuntamenti vaccinali, osservare le misure di prevenzione delle infezioni da virus SARS-CoV-2, indicate dalle linee guida esistenti (nazionali se disponibili). Il documento guida OMS include un'appendice con alcune considerazioni programmatiche rilevanti per limitare il rischio di trasmissione del virus SARSCoV-2 durante la vaccinazione.
- Dare la priorità al ciclo primario delle vaccinazioni, in particolare al vaccino contro morbillo-parotite-rosolia (MPR), ai vaccini contro la poliomielite e agli altri vaccini combinati.

- Evitare le campagne di vaccinazione di massa fino a quando la situazione COVID-19 non si risolve.
- Vaccinare i neonati (secondo il calendario vaccinale nazionale) direttamente nei reparti di maternità.
- Per i vaccini contro lo pneumococco e (nella stagione invernale) quelli anti-influenzali, dare priorità ai gruppi a rischio.
- Ritardare l'introduzione di qualsiasi nuovo vaccino/i nel calendario nazionale di vaccinazione.
- Comunicare chiaramente alla comunità e agli operatori sanitari il rationale per cui le vaccinazioni sono incluse tra i servizi sanitari prioritari durante la pandemia di COVID-19 e i rischi derivanti dalle malattie prevenibili da vaccino e i benefici della vaccinazione.

Le raccomandazioni dell'Ufficio Regionale europeo dell'OMS vengono ulteriormente ribadite in un secondo documento dell'OMS "Guiding principles for immunization activities during the COVID-19 pandemic", in cui si sottolinea che l'elevato potenziale di epidemie di malattie prevenibili da vaccino rende indispensabile per i Paesi mantenere la continuità dei servizi vaccinali, ovunque tali servizi, possano essere condotti in condizioni di sicurezza.

Numerose iniziative partono dunque per sensibilizzare la popolazione sull'importanza dei vaccini in tutte le fasi della vita. Una di queste è la staffetta che comincia il 20 aprile con l'avvio della Settimana europea delle vaccinazioni (EIW, European Immunization Week, 20-26 aprile 2020) e che si chiude il 30 aprile con la fine della Settimana mondiale delle vaccinazioni (WIW, World Immunization Week, 24-30 aprile 2020), iniziative promosse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

La quindicesima edizione dell'EIW pone al centro il messaggio fondamentale secondo il quale l'immunizzazione è vitale per prevenire malattie gravi e proteggere la salute e il benessere a tutte le età. Prevenire, proteggere e immunizzare (Prevent, Protect, Immunize) sono dunque le tre parole chiave, anche in un anno così particolare come questo in cui la sanità mondiale è travolta dalla pandemia da COVID-19. Secondo l'OMS, è essenziale che, nonostante la situazione, i Paesi mantengano il più possibile le normali attività vaccinali, soprattutto per le vaccinazioni del ciclo primario (in particolare i vaccini contenenti morbillo-rosolia o pertosse, poliomielite e altri vaccini combinati) e quelle per le persone più vulnerabili (in particolare contro influenza e pneumococco). Una interruzione dei servizi vaccinali, infatti, anche se temporanea, porterebbe a un accumulo di persone suscettibili e a un maggiore rischio di epidemie di malattie prevenibili da vaccino. È fondamentale pertanto ridurre al minimo questo rischio, soprattutto in un sistema sanitario già provato dalla risposta all'epidemia di COVID-19.

La situazione in Italia

In Italia, come raccomandato dall'OMS, è stata ribadita l'importanza di mantenere i servizi vaccinali durante la pandemia da COVID-19. È stata ribadita inoltre l'importanza di mantenere un elenco di coorti delle persone non vaccinate per garantire un tempestivo recupero delle sedute vaccinali qualora fosse stata necessaria una temporanea riduzione delle attività vaccinali durante la pandemia.

Sin dall'inizio della pandemia, nel nostro Paese si è tentato di adattare i servizi vaccinali alle singole realtà territoriali sulla base della circolazione del virus e delle misure restrittive in atto,

tuttavia, praticamente in tutta Italia le attività programmate di vaccinazione sono state temporaneamente sospese a fine febbraio al verificarsi dell'incremento esponenziale dei casi di COVID-19. Sono in parte riprese tra marzo e aprile con la raccomandazione di porre attenzione all'organizzazione delle sedute vaccinali così da garantire le corrette distanze e gli avvicindamenti delle persone nelle sale d'aspetto.

2.3.2 L'indagine sulle sospensioni delle attività vaccinali di Cittadinanzattiva

Al fine di monitorare l'allarmante fenomeno di sospensione dell'attività vaccinale, Cittadinanzattiva ha avviato, nel mese di aprile, una ricognizione attraverso il web con l'obiettivo di evidenziare i comportamenti delle Regioni e delle singole ASL rispetto all'attività vaccinale. Sospendere le vaccinazioni ci è apparso subito un grosso controsenso ed un messaggio incoerente che ha rimandato all'idea che le vaccinazioni non sono prestazioni essenziali, nonostante si sia lavorato per anni alla sensibilizzazione sull'importanza delle vaccinazioni.

Tabella 6 Indagine Cittadinanzattiva su sospensione vaccinazioni Italia

Regioni	sospensioni
Bolzano	sospende adulti adolescenti e viaggi
Fvg	sospende adulti adolescenti e viaggi
Liguria	Genova sospende tutto tranne bambini già prenotati
Veneto	Sospende tutto tranne fascia 0-6 e urgenze
Abruzzo	Sospende tutto tranne vaccinazioni obbligatorie
Emilia Romagna	Situazione estremamente variegata Ferrara conferma tutto Bologna sospende solo viaggi, Imola conferma solo pediatriche, Parma sospende HPV e conferma solo chi già prenotato
Sardegna	Sospende tutto tranne fascia 0-5 e soggetti a rischio
Toscana	Sospende tutto tranne fascia 0-5 e soggetti a rischi
Umbria	Sospendono tutto tranne le prime dosi obbligatorie (0 - 2)
Marche	Sospendono tutto tranne le prime dosi obbligatorie (0 - 2)
Trento	Sospendono tutto tranne le prime dosi obbligatorie (0 - 2)
Chiusi completamente fino alla fine dell'emergenza	
Piemonte	Sospende tutto
Sicilia	Situazione varia nella stessa regione: Messina chiude gli ambulatori Palermo sospende tutto tranne prime dosi (0 -2)
Regolarmente attivi:	

Lazio	
Lombardia	Dopo una iniziale sospensione dal 14 aprile risultano regolarmente attivi
Valle d'Aosta	
Calabria	
Campania	
Puglia	
Sospendono adolescenti adulti e vaccinazioni per i viaggi	
Bolzano	sospende solo adulti e adolescenti e vaccinazioni per viaggi

Fonte: Osservatorio civico sul federalismo in sanità 2019

Sintesi dei comportamenti delle regioni

La situazione mostrata dall'indagine è apparsa subito estremamente variegata anche all'interno della stessa regione. Come primo elemento di riflessione vi è la trasparenza delle informazioni molto spesso non garantita. È parso da subito molto difficile reperire informazioni chiare e precise attraverso la ricognizione sul web e capire in che modo la Regione o la ASL si stava organizzando e stava comunicando alla cittadinanza i provvedimenti presi. Molte richieste di tutela ci sono pervenute da cittadini che si erano presentati all'appuntamento e avevano trovato l'ambulatorio chiuso.

Le regioni del nord comprensibilmente (vista la diffusione maggiore del coronavirus) hanno teso a limitare gli accessi sospendendo o rimandando alcune vaccinazioni: prevalentemente quelle degli adolescenti, adulti, viaggi. Alcune regioni però come le Marche, PA di Trento e Umbria non completano neanche i cicli delle vaccinazioni obbligatorie.

Alcune regioni, prevalentemente del centro sud, avendo avuto nella prima ondata un impatto meno forte del coronavirus hanno mantenuto i servizi attivi o meno limitati.

Alcune regioni hanno completamente chiuso a data da destinarsi i servizi vaccinali, è il caso del Piemonte ed in parte il caso della Sicilia che, nonostante i pochi contagi, chiude completamente i servizi a Messina e a Palermo garantiscono solo le prime dosi delle vaccinazioni obbligatorie.

Una nota positiva viene dalla Lombardia che, nonostante il forte impatto del virus, ha riaperto regolarmente tutte le vaccinazioni già a partire dal 14 aprile. Siamo per lo più di fronte a servizi non in grado di riorganizzarsi tempestivamente nell'attivare misure per garantire percorsi in sicurezza. La risposta più semplice per queste regioni è apparsa quella di chiudere.

Indagine Società italiana di pediatria

A confermare le criticità nelle vaccinazioni nel periodo Covid è stata anche una indagine¹⁵ condotta da SIP (Società italiana pediatria) nel periodo 28 aprile – 8 giugno.

L'indagine pubblicata a luglio ma condotta durante l'emergenza Covid ha mostrato che i 34% su 1500 intervistati dichiara di aver rimandato le vaccinazioni.

Tabella 7 Indagine Società italiana di pediatria su sospensione vaccinazioni 28 aprile – 8 giugno

<p>Il 42% del sotto campione ha dichiarato che è stato il centro vaccinale a posticipare l'appuntamento il 13% che il centro era addirittura chiuso Il restante 44% ha scelto in autonomia di rinviare le vaccinazioni "per ragioni di sicurezza".</p>
<p>40% nel Sud 34% del Nord 26% del Centro</p>
<p>ben il 46% degli intervistati ha dichiarato di non avere ricevuto le nuove raccomandazioni per la sicurezza</p>
<p>Quasi tutte le vaccinazioni pediatriche sono state interessate dal rinvio, soprattutto quelle nella fascia 0-2 anni: da quelle obbligatorie come l'esavalente (Difterite-tetano-pertosse acellulare, Polio, Hib, Epatite B) e l'MPRV (morbillo, parotite rosolia e varicella), a quelle raccomandate come il meningococco B e lo pneumococco</p>

Fonte: Società Italiana di pediatria

2.3.3 La stagione influenzale si avvicina: occorrono misure tempestive

Nel mese di aprile ci siamo resi conto che una ulteriore emergenza stava arrivando. Eravamo ad aprile e appena dopo la fase estiva si sarebbe aperta la campagna antinfluenzale. Ancora una volta l'OMS ma anche tutta la comunità scientifica si è spesa per marcare il messaggio sull'importanza della vaccinazione antinfluenzale e anti pneumococcica soprattutto in questo anno particolare.

Per diversi ordini di fattori:

- diagnosi differenziale
- protezione da complicanze
- ecc

Consapevoli che l'emergenza COVID19, ha costretto l'intera struttura di Sanità Pubblica del territorio nazionale ed il personale sanitario a concentrare gli sforzi e le attività nella gestione di tale emergenza; tuttavia, appariva altrettanto opportuno uno sforzo di programmazione con provvedimenti che potessero assicurare un efficiente svolgimento della prossima campagna di prevenzione vaccinale contro l'influenza e lo pneumococco anche considerando che con ogni probabilità, sia i comportamenti dei cittadini, specie dei soggetti più fragili già provati dall'esperienza che stanno vivendo, sia l'attività di sensibilizzazione, che si intensificherà, sull'importanza della prevenzione vaccinale da parte dei Medici di Medicina Generale, porteranno ad un incremento della domanda di vaccinazioni antinfluenzale e anti-pneumococcica nella prossima stagione influenzale. inoltre l'attuale emergenza COVID19 ha portato diversi paesi dell'emisfero sud, a richiedere quantitativi addizionali di vaccini

¹⁵ <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato9392939.pdf>

antinfluenzali oltre a raccomandare l'inizio della campagna non appena il vaccino sarà disponibile. da considerare inoltre che sono in numero limitato le aziende produttrici di vaccini antinfluenzali e anti pneumococcici e che la particolarità del ciclo produttivo dei vaccini non permette di rispondere in via emergenziale ad un eccesso di richiesta, se non programmata anticipatamente. Il nostro Paese non possiede strutture produttive in grado di renderci autonomi nella produzione di vaccini con la conseguenza di non poter fronteggiare, con produzione interna, una possibile carenza vaccinale

Considerato tutto ciò, al fine di garantire ai cittadini, specie quelli più fragili, il diritto alla vaccinazione antinfluenzale e anti-pneumococcica, scongiurando il concreto rischio di carenze vaccinali e di salvaguardare il Servizio Sanitario Nazionale da ulteriori aggravii in termini di energie e di risorse per fronteggiarne le conseguenze abbiamo chiesto insieme a FIMMG alle Regioni e al Ministero una serie di provvedimenti urgenti:

- predisporre quanto prima una stima aggiornata del fabbisogno di vaccino antinfluenzale e anti-pneumococcico;
- dare una comunicazione tempestiva dei fabbisogni di vaccino antinfluenzale e anti-pneumococcico al fine di soddisfare un eventuale incremento di richiesta da parte del SSN garantendo l'accesso a tutti i cittadini per cui la vaccinazione è raccomandata;
- emanare quanto prima le raccomandazioni necessarie in tema di prevenzione e controllo dell'influenza consentendo una migliore programmazione a livello regionale al fine dell'espletamento, quanto prima, delle procedure pubbliche di approvvigionamento.
- adottare misure organizzative volte a favorire la massima accessibilità alle vaccinazioni antinfluenzali e anti-pneumococciche da parte dei cittadini o di conoscere le misure già predisposte

Nonostante le forti richieste, inoltrate al Ministero e alle Regioni già l'8 aprile le Raccomandazioni per la prevenzione e il controllo dell'influenza per la stagione 2020- 2021¹⁶ sono state emanate il 4 giugno 2020.

Come si può notare le raccomandazioni esortano le Regioni e le Province Autonome "ad avviare le gare per l'approvvigionamento dei vaccini antinfluenzali al più presto basandole su stime effettuate sulla popolazione eleggibile e non sulle coperture delle stagioni precedenti". Nella bozza di raccomandazioni di aprile circolata sul web¹⁷, il termine per l'avvio delle gare era stato espresso in modo molto più perentorio: "entro il mese di maggio".

La trasparenza sui piani vaccinali

A cura di Isabella Mori

Per affrontare la pandemia che da mesi ha investito tutto il mondo serve "anche" trasparenza sui dati, sanitari e non solo. Si parla dell'importanza della trasparenza e del "governo aperto" (open government) oramai da anni e sono tante le attività che hanno coinvolto la Pubblica amministrazione italiana e la società civile, in questo senso. Cittadinanzattiva è da sempre in prima linea per promuovere iniziative volte alla diffusione di dati ed informazioni detenute dalla pubblica amministrazione, sia essa di livello centrale o locale, affinché siano messi a disposizioni

¹⁶<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=74451&parte=1%20&serie=null>

¹⁷ https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=84546

di coloro che dovrebbero essere i primi soggetti destinatari di quelle informazioni: i cittadini. Durante l'emergenza ci saremmo aspettati una maggiore trasparenza e accessibilità ai dati, invece questo non è accaduto, anzi, nella prima fase dell'emergenza, il decreto **"Cura Italia"** ha **sospeso fino al 15 aprile inizialmente e con altro decreto fino al 15 maggio**, l'accesso a informazioni riferite a procedimenti amministrativi. La gestione trasparente dei dati durante la pandemia non è un tema poco rilevante, anzi, comunicare i dati in modo trasparente e corretto è stato uno dei punti di forza in alcuni paesi, ad esempio la Nuova Zelanda ha reso disponibili, fin dall'inizio della pandemia, i dati disaggregati sui tamponi resi anonimi, in questo modo le associazioni e i cittadini hanno potuto analizzarli e hanno fornito proposte e suggerimenti su come utilizzarli al meglio. **L'Italia e l'Unione Europea, invece, non hanno brillato per "apertura" e "condivisione" dei dati.**

Le Regioni, a distanza di mesi dall'inizio dell'emergenza, non hanno diffuso dati uniformi e coerenti e questo ha causato molte difficoltà nel "processare" poi i dati a livello nazionale, è accaduto per le informazioni relative al numero dei tamponi, sta accadendo per i vaccini.

2.3.4 Accesso civico acquisto vaccini antinfluenzali - governo e accesso: ritardi avvio gare

In questo quadro si inserisce l'indagine civica relativa all'approvvigionamento dei vaccini da parte delle regioni che abbiamo avviato dal 3 settembre 2020 tramite lo strumento dell'accesso civico generalizzato, (noto come Foia italiano) che a partire dal 2016 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.

Solo dieci Regioni su venti ci hanno fornito, peraltro non sempre in maniera completa, i dati che abbiamo richiesto entro i termini stabiliti dalla procedura (30 giorni). Le altre regioni, semplicemente, come spesso accade quando si usa l'accesso civico, non hanno risposto. Le mancate risposte denotano un totale disinteresse non nei confronti di Cittadinanzattiva ma dei cittadini che di quei dati, in questo momento più che mai hanno un grandissimo bisogno. Troppo spesso la trasparenza, ancora oggi, è considerata un inciampo una limitazione all'azione della pubblica amministrazione, un peso, in realtà è esattamente l'opposto fornire informazioni chiare trasparenti e nei tempi giusti renderebbe quanto mai rapida ed efficace l'azione della pubblica amministrazione. Soprattutto in un momento cruciale come la pandemia, in cui è ancor più importante che l'azione e le decisioni di chi ci governa a livello regionale e nazionale sia chiara e accessibile per tutti.

Risultati dell'accesso civico

Le regioni che però hanno fornito una risposta sui contenuti alla data del 7 ottobre 2020 sono state in tutto 10, esattamente la metà, e sono: **Abruzzo, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Marche, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta.**

Le risposte delle regioni sono state analizzate e riassunte nella [tabella](#) che fornisce un quadro sintetico e un confronto tra le regioni alla data del 7 ottobre.

Successivamente alla data del 7 ottobre, Liguria, Veneto, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, P.A Bolzano e Sardegna hanno inviato i dati (vedi Box 1). Mancano all'appello: **Lombardia, P.A di Trento, Calabria, Molise, Basilicata.**

Tra i dati più significativi che emergono dall'indagine vi è senza dubbio quello relativo alle date di aggiudicazione delle gare, **le regioni che hanno risposto hanno indetto gare tra aprile (Lazio, Puglia, Campania, Emilia) e settembre (Abruzzo** dove la prima gara su vaccino tetravalente era andata deserta) e chiuso tra maggio e settembre, comunque prima dell'avvio della campagna

vaccinale anche se con una variabilità a seconda della tipologia di vaccino. Anticipando le gare è stato possibile, almeno in queste regioni, anticipare la campagna vaccinale rispetto agli anni precedenti. Nelle regioni, le aziende aggiudicatrici delle gare in base alle tipologie di vaccino sono sempre più di una.

Altri dati di particolare rilievo riguardano gli incrementi delle dosi di vaccino per l'anno 2020-2021 rispetto al 2019-2020.

Vi sono regioni che mostrano incrementi di dosi notevoli come il Lazio + 112%, la Puglia 320%, la Sicilia, 65%, la Toscana 68%

Altre mostrano incrementi meno marcati come la Campania +20% e l'Emilia Romagna che comunque prevede un possibile ulteriore 20%.

In tutte le regioni, l'avvio della campagna vaccinale, è prevista tra il 1° ottobre ed il 15 ottobre, in molti casi la campagna sarà estesa fino al 31 gennaio 2020, in linea con quanto suggerito dalla Circolare Ministeriale.

In merito alle richieste relative a **categorie target** quasi tutte le regioni applicano pedissequamente quelle stabilite dalla Circolare Ministeriale 4 giugno 2020.

- **L'Abruzzo** non fornisce questa risposta, altre regioni hanno normato più nel dettaglio le categorie target.
- La **Sicilia**, ad esempio, ha esteso ai contatti stretti di bimbi fino a 6 mesi e una nota specifica per i soggetti ENI (europei non iscritti) e gli extracomunitari oltre ad introdurre l'obbligo vaccinale per il personale sanitario pena l'inidoneità temporanea all'attività.
- La **Toscana** presta particolare attenzione ai soggetti ricoverati in rsa e strutture di lungodegenza
- La **Sicilia e la Valle D'Aosta** estendono la copertura alle donne in gravidanza, in qualsiasi trimestre.
- Il **Lazio**, aveva reso obbligatoria la vaccinazione per il personale sanitario ma il Tar ha abolito questa parte dell'ordinanza.

Rispetto alle **misure volte ad agevolare l'accesso** le regioni hanno previsto molte disposizioni:

- La **Sicilia** estende gli orari di apertura dei centri vaccinali sia di mattina sia di pomeriggio e il sabato almeno nella fase iniziale, prevede l'effettuazione della vaccinazione all'atto della dimissione dalle strutture sanitarie e la co-somministrazione anti-pneumococcica e antinfluenzale, provvedimento previsto anche in **Umbria**.
- la **Campania** prevede l'istituzione di Truck itineranti a supporto dei MMG;
- Il **Lazio** prevede l'apertura di Drive in, postazioni mobili, vaccinazioni in farmacia, l'organizzazione del vaccination day nelle scuole, ospedali, eventi sportivi, si prevede, l'istituzione di equipe vaccinali itineranti;
- Le **Marche** prevedono la possibilità di spostare i centri vaccinali in Auditorium- Palazzetti per permettere di erogare nel rispetto delle norme covid 19 un grande numero di vaccini in poche ore-giorni;
- La **Toscana** mette a disposizione i locali delle aziende sanitarie a titolo gratuito alla medicina generale;
- L'**Emilia Romagna** la possibilità di usufruire di strutture capienti come palestre e strutture sportive.

- **Valle D'Aosta** oltre a siglare accordi specifici con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera scelta volti ad incentivare la vaccinazione attraverso queste figure, ha anche previsto dei poli vaccinali messi a disposizione dall'Azienda USL della Valle d'Aosta, in cui saranno presenti i medici della struttura di Igiene e sanità pubblica del dipartimento di prevenzione

Infine, in merito alle **misure per fronteggiare una possibile carenza per i soggetti non a rischio** le regioni hanno risposto che avvieranno le misure previste dalla Intesa siglata tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano che prevede l'impegno da parte delle Regioni di garantire una quota minima dell'1,5% di vaccini da redistribuire alle farmacie.

- **L'Emilia Romagna** prevede di aumentare la quota al 3% (36.000 dosi) se fosse necessario.
- **Il Lazio** potrebbe aumentare la quota al 5% (120.000 dosi).

Box 1 aggiornamento accesso civico al 1° dicembre 2020

Regione	Data in cui è stata indetta	Data di aggiudicazione	Quantitativo dosi	Incremento dosi
Piemonte	30 aprile 2020	30 giugno 2020	1.100.000 aumentabili del 20%	+ 48%
P.A Bolzano	19 febbraio antinfluenzale 28 luglio alto dosaggio 8 luglio pneumococco	15 aprile antinfluenzale 28 agosto alto dosaggio 12 agosto pneumococco	76.000	50%
Veneto	21 maggio 2020 7 aprile pneumococco	16 giugno 30 agosto pneumococco	628.832	Non si riesce a desumere
Friuli Venezia Giulia	20 maggio	17 giugno	415.580	40%
Liguria	3 giugno 2020 antinfluenzale 27 agosto pneumococco	23 giugno 2020 antinfluenzale 17 settembre pneumococco	323.250	51,5%
Sardegna	8 maggio 2020	9 giugno 2020	530.000	76,67%
Regione	Data inizio della campagna	Categorie target	Misure organizzative volte a favorire la massima accessibilità	Misure che si intendono predisporre per fronteggiare una eventuale carenza vaccinale
Piemonte	23 ottobre	Circolare ministeriale	Accordo con centri vaccinali, MMG e PLS impegno ad individuare tutte le misure utili ad individuare spazi idonei alternativi agli studi medici	1,5% da destinare alle farmacie
P.A Bolzano	5 ottobre	Circolare ministeriale	Accordo con centri vaccinali, MMG e PLS impegno ad individuare tutte le	Il quantitativo acquistato si ritiene sia sufficiente a

			<p>misure utili ad individuare spazi idonei alternativi agli studi medici</p>	<p>garantire anche le vaccinazioni per i non a rischio</p>
Veneto	12 ottobre	Circolare ministeriale	<p>Accordo con centri vaccinali, MMG e PLS impegno ad individuare tutte le misure utili ad individuare spazi idonei alternativi agli studi medici, vaccinazione in RSA</p>	
Friuli Venezia Giulia	1° ottobre	Circolare ministeriale	<p>Oltre a MMG e PLS, organizzazione giornate vaccinali in luoghi alternativi per coprire l'intero arco della giornata. forte campagna informativa alla cittadinanza</p>	
Liguria	5 ottobre	Circolare ministeriale	<p>MMG e PLS e spazi idonei nel caso quelli degli studi medici non fossero adeguati</p>	<p>quota del 2% di vaccini da redistribuire alle farmacie</p>
Sardegna	Prima settimana di ottobre	Circolare ministeriale	<p>MMG e PLS</p>	<p>In valutazione eventuali misure aggiuntive a quelle dell'1,5% stabilite da Intesa Stato Regioni</p>

2.4 Screening oncologici organizzati

2.4.1 Screening: L'adesione agli screening organizzati - i dati del 2018

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 5 le Regioni che non raggiungono lo score ritenuto sufficiente, ovvero 9**: Calabria (2), Puglia (4), Sardegna (5), Campania e Sicilia (3).

Alcune regioni mostrano un miglioramento: Basilicata (+4), Liguria (+2) e Piemonte (+2). La Puglia, che aveva fatto registrare un incremento tra il 2016 e il 2017 si ferma quest'anno a 4 non mostrando incrementi ulteriori.

La maggior parte delle regioni mostra score invariato rispetto allo scorso anno.

Una in particolare invece fa registrare un peggioramento: il **Molise che passa da un punteggio di sufficienza (9) ad un 7.**

Tabella 8 Quota residenti che aderiscono ai programmi di screening regionali per regioni in piano di rientro e non (anni 2017-2018)

Regione	Quota di residenti che hanno effettuato test in programmi di screening oncologico organizzati \geq 9 (2017)	Quota di residenti che hanno effettuato test in programmi di screening oncologico organizzati \geq 9 (2018)	Variazione 2017-2018
ABRUZZO	9	9	invariato
BASILICATA	9	13	+ 4
CALABRIA	2	2	invariato
CAMPANIA	3	3	invariato
EMILIA ROMAGNA	15	15	invariato
FRIULI VENEZIA GIULIA	15	15	invariato
LAZIO	9	9	invariato
LIGURIA	9	11	+ 2
LOMBARDIA	9	9	invariato
MARCHE	9	9	invariato
MOLISE	9	7	- 2
PIEMONTE	11	13	+2
PUGLIA	4	4	invariato
SARDEGNA	3	5	+ 2
SICILIA	3	3	invariato
PA BOLZANO	9	9	invariato
PA TRENTO	15	15	invariato
TOSCANA	13	13	invariato
UMBRIA	11	11	invariato
VENETO	15	15	invariato
VALLE D'AOSTA	15	15	invariato

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

Lo screening mammografico i dati 2018

Rispetto all'estensione degli inviti nel 2018 si conferma il valore di copertura (84%) raggiunto nel 2017 (3.364.979 inviti). La copertura è praticamente completa nell'Italia settentrionale e centrale mentre il sud mostra una percentuale ancora troppo esigua (59%).

Tabella 9 Percentuale inviti screening mammografico 2018

Nord	Centro	Sud
98%	96%	59%

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

L'adesione all'invito nel biennio 2016-2017 non subisce variazioni rispetto al biennio precedente con valori che si assestano a circa il 56%. Nel 2018 il valore invece subisce una leggera flessione se confrontato con il biennio 2016-2017, con un valore pari al 54%.

Figura 4 Proporzioni donne invitate – donne aderenti allo screening mammografico organizzato

	2012-2013	2014-2015	2016-2017	2018
Numero di donne invitate	5312947	5920807	6482301	3364979
Numero di donne aderenti all'invito (% su donne invitate)	3044984 (57%)	3305361 (56%)	3605948 (56%)	1825283 (54%)

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi¹⁸, si stima che in Italia nel 2015-2018 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 (81%) ed è significativamente più bassa al Sud e nelle Isole (61%), con significative differenze a livello delle Regioni (range: 49% Campania - 88% P.A. Trento) (Figure 5 e 6).

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 e sono presenti significative differenze tra le Regioni (range: 7% Basilicata - 34% Puglia).

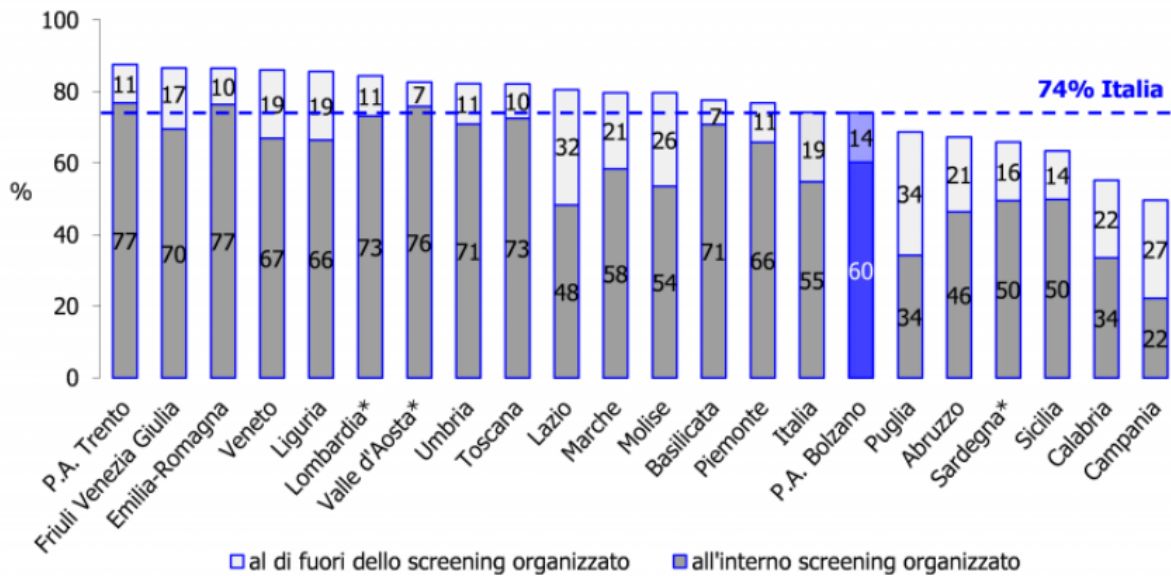
¹⁸ Rapporto Osservatorio Nazionale Screening, 2019

Figura 5 Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%). Donne 50-69enni, Passi 2015-2018



Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

Figura 6 Mammografia eseguita negli ultimi 2 anni (%). Donne 50-69enni, Passi 2015-2018



Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

Nel periodo 2008-2018 la copertura della mammografia preventiva è in lieve aumento e questa crescita è risultata statisticamente significativa in tutte le ripartizioni geografiche, ma molto più evidente nelle regioni del Sud.

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 3, un gran numero di programmi italiani continua ad 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 tutti e tre gli indicatori che mostrano una tendenza al peggioramento.

Figura 7 Tempi d'attesa indagini post screening

	2012-2013	2014-2015	2016-2017	2018	Standard accettabile Gisma
Invio dell'esito per i casi negativi entro 21 giorni dall'esecuzione della mammografia	67%	66%	62%	59%	90%
Approfondimento entro 28 giorni dall'esecuzione della mammografia	59%	59%	57%	50%	90%
Intervento entro 60 giorni dall'esecuzione della mammografia	43%	39%	32%	31%	

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

Screening coloretale i dati 2018

Nel 2018 sono stati invitati quasi 6 milioni di cittadini (5.939.182) di età compresa tra i 50 e i 69 anni a eseguire il test per la ricerca del sangue occulto (Sof) e 68.893 soggetti di 58 anni ad eseguire la rettoscopia come test di screening. Inoltre sono stati invitati a eseguire il Sof altri 214.679 di età compresa fra i 70 e i 74 anni in particolare nelle Regioni Lazio e Umbria.

Si può vedere che al Nord e Centro siamo vicini alla copertura completa (97% Nord, 96% Centro). Al Sud invece si copre solo il 44%.

Tabella 10 Percentuale inviti screening coloretale 2018

Nord	Centro	Sud
97%	96%	44%

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

L'adesione all'invito è risultata prossima al 43%. Questo dato, che rappresenta il valore medio nazionale, si compone di valori estremamente differenti che caratterizzano le macroaree geografiche. L'adesione all'invito è maggiore al Nord (50%), intermedia al Centro (36%) e inferiore al Sud (31%).

Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2016-2018 il 47% 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.

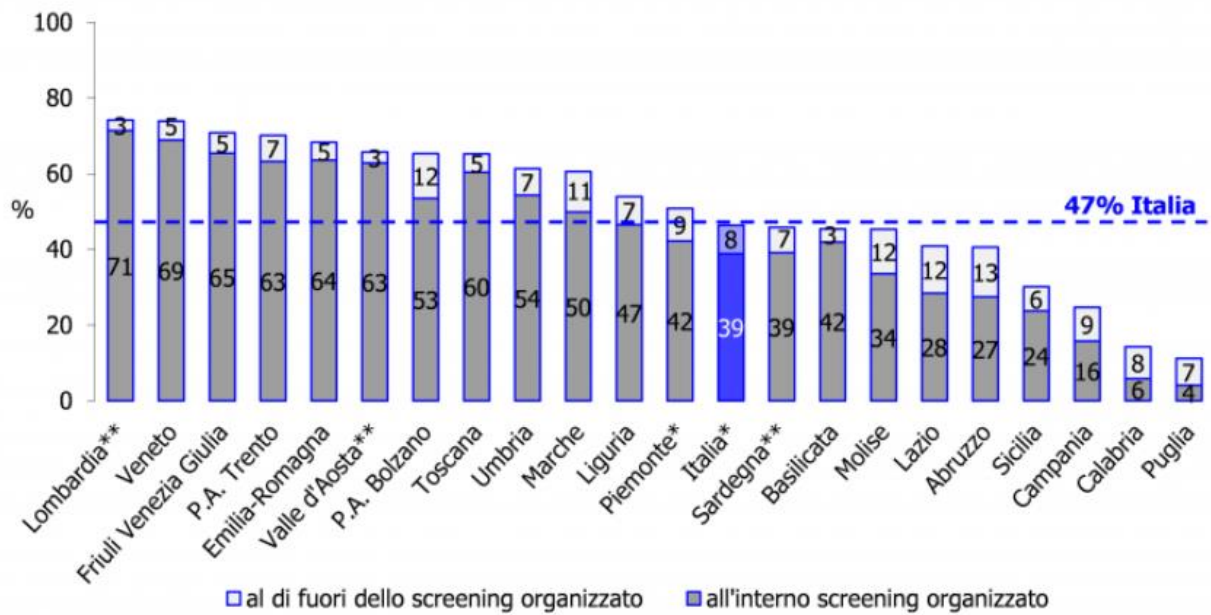
La copertura per la diagnosi precoce dei tumori coloretali mostra un marcato gradiente geografico: 67% al Nord, 53% al Centro e 26% al Sud, con significative differenze regionali (range: 11% Puglia - 75% Lombardia).

Figura 8 Esame per la prevenzione dei tumori coloretali nei tempi raccomandati (%). Persone 50-69enni. Passi 2016- 2018 (n. 37.049)



Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

Figura 9 Esame per la prevenzione dei tumori colorettali nei tempi raccomandati (%). Persone 50-69enni Passi 2016- 2018 (n. 37.049)



Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

I tempi d'attesa

Il tempo che intercorre tra un test positivo, l'approfondimento e l'eventuale intervento chirurgico 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. Anche i tempi per l'intervento chirurgico sono molto al di sotto dello standard di riferimento. Questo problema va gestito a livello di programmazione e soprattutto di assegnazione di risorse al programma. Grazie alla disponibilità di sempre più numerose evidenze scientifiche, oggi possiamo stimare con accuratezza i carichi di lavoro indotti dallo screening: il reperimento delle risorse previste rappresenta quindi una precisa azione di politica sanitaria interna alle aziende sanitarie locali.

Nel 2018 si è osservato un miglioramento della performance relativa al tempo di attesa per l'esecuzione della colonscopia; tuttavia, entrambi gli indicatori si pongono su livelli molto lontani dagli standard di riferimento del Giscor¹⁹.

Figura 10 Tempi d'attesa indagini post screening colorettale

	2010-2011	2012-2013	2014-2015	2016-2017	2018	Standard accettabile Giscor
Percentuale di persone che eseguono l'approfondimento entro 30 giorni dal test positivo	50%	50%	45%	40%	47%	>90%
Percentuale di persone sottoposte a intervento chirurgico entro 30 giorni dalla diagnosi	52%	50%	50%	43%	39%	>90%

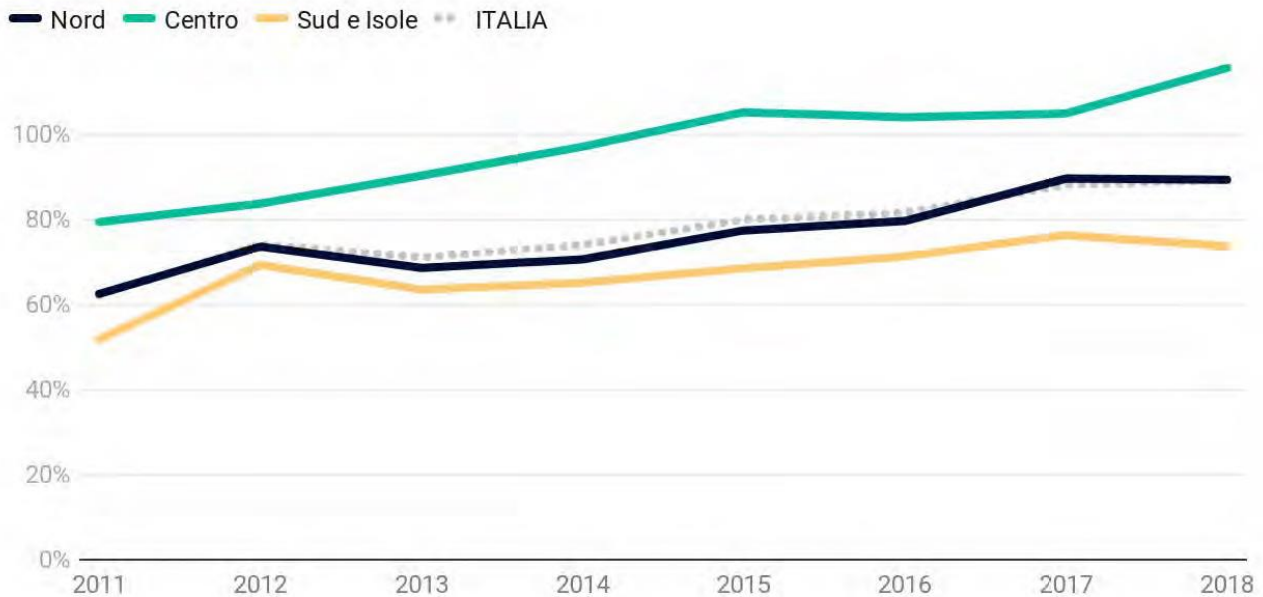
Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

¹⁹ Gruppo italiano screening colorettali

Screening cervicale i dati 2018

Nel 2018, nonostante il lieve calo del numero di inviti migliora, anche se di poco, il livello di copertura (89%). Questo effetto è dovuto al fatto che sono aumentati gli inviti a test Hpv (1.499.210) e contemporaneamente diminuiti quelli a Pap test (2.453.583).

Figura 11 Percentuale inviti screening cervicale 2018



Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

Rispetto all'adesione allo screening nel 2007-2018 si osserva un trend in leggera diminuzione del numero di donne che hanno partecipato 39,6%

Figura 12 Proporzioni donne invitate – donne aderenti allo screening cervicale

Anno attività	2009-2011	2012-2014	2015	2016	2017	2018
Numero di donne che hanno fatto screening	4.523.802	4.329.572	1.717.150	1.734.224	1.669.338	1.619.459
Proporzioni di donne che hanno aderito all'invito*	40,1%	40,9%	41,5%	40,5%	39,9%	39,6%

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

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

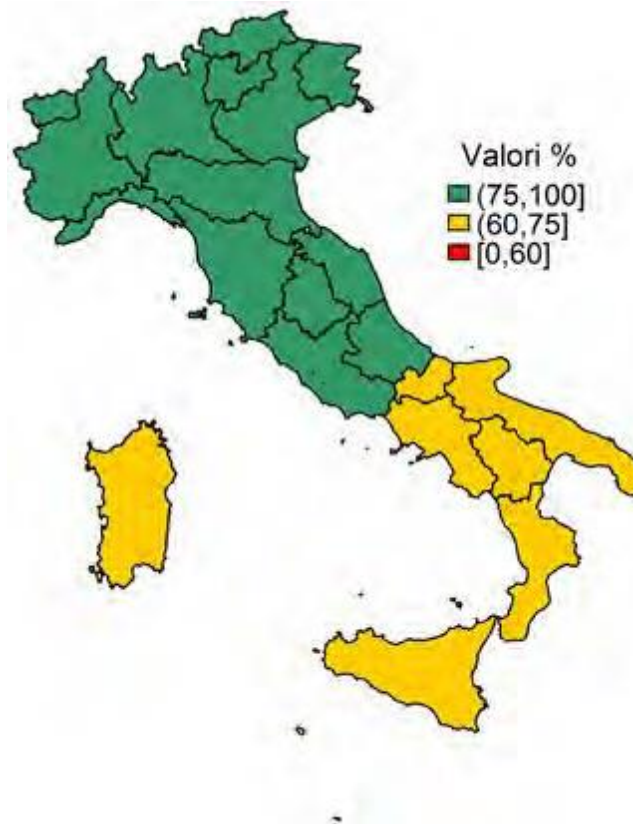
Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2016-2018 quattro donne 25-64enni su cinque (80%) abbiano eseguito un Pap test o un test dell'Hpv preventivo entro i tempi raccomandati.

La copertura complessiva al test preventivo raggiunge valori elevati al Nord (87%) e al Centro (86%), mentre è più bassa al Sud (68%). Tra le Regioni partecipanti al Passi sono presenti significative differenze (range: 61% 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 di

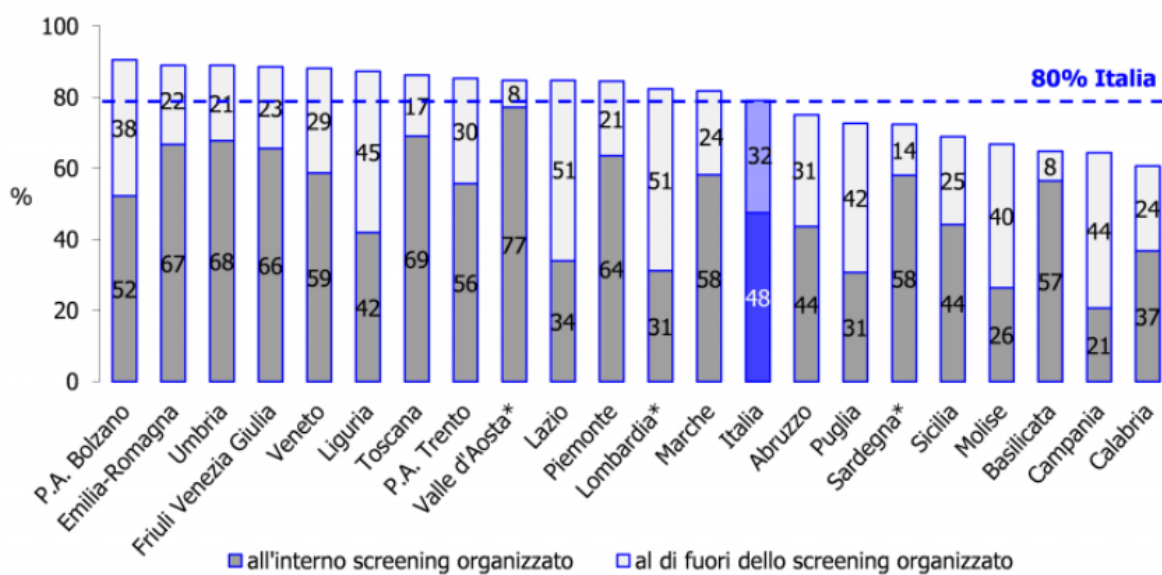
poco inferiore a quella all'interno degli screening organizzati (rispettivamente 32% e 48%). Sono presenti differenze significative tra le Regioni (range: 8% Basilicata - 51% Lombardia).

Figura 13 Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%). Passi 2016-2018 (n.36.321)



Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

Figura 14 Copertura al test preventivo entro i tempi raccomandati. Donne 25-64enni (%). Passi 2016-2018 (n.36.321)



Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

Conversione da PAP TEST a test HPV

La progressiva conversione da Pap test a test Hpv è stata raccomandata nel 2013 dal Ministero della Salute alle Regioni. Nel 2018, sono 65 i programmi di screening che hanno utilizzato la ricerca del Dna di tipi “ad alto rischio” di PapillomaVirus Umano (Hpv) come test primario di screening. Tutti i programmi regionali hanno utilizzato il test Hpv in 10 Regioni.

Permangono tuttavia importanti disparità sostanziali tra aree geografiche. In alcune Regioni del Nord c'è stato un avvio tempestivo della conversione, che si attende completa a breve. Di conseguenza, nel 2018 il 57% delle donne del Nord è stato invitato a screening con Hpv. Al contrario, al Sud, la proporzione di invitate al test Hpv rimane sostanzialmente stabile, 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. Al Centro, la proporzione di invitate all'Hpv è aumentata dal 4% del 2012, al 33% del 2017, e al 41% nel 2018, come risultato di una media tra alcune Regioni che hanno avviato tempestivamente la conversione e altre che la stanno progressivamente realizzando.

L'adesione mostra una lieve riduzione (48%), superiore a quella generale all'invito allo screening. Tale dato deriva comunque anche dal fatto che la conversione non è avvenuta in Regioni dove l'adesione era più bassa. 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 7.7%.

Tabella 11 Introduzione del test per la ricerca del Dna del papilloma virus umano (Hpv) come test di screening 2017 - 2018

		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+
2017	ITALIA	1.235.712	30,2%	607.704	49,2 %	7,2%
	Nord	808.098	46,9%	433.559	53,7%	6,5%
	Centro	315.402	32,7%	121.955	38,7%	8,3%
	Sud e Isole	112.212	8,0%	51.560	45,9%	10,1%
2018	ITALIA	1.499.210	37,9%	723.721	48,3%	7,7%
	Nord	953.422	57,3%	515.434	54,1%	7,5%
	Centro	397.367	41,5%	147.897	37,2%	8,4%
	Sud e Isole	148.421	11,2%	60.390	40,7%	8,5%

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 2019

2.5 Lo screening in tempo di covid: tra sospensioni e volumi

L'epidemia di SARS-CoV-2 ha avuto impatti su molti servizi riconosciuti come essenziali, fra cui gli screening oncologici. In una primissima fase, le scelte di riorganizzazione sono state legate in particolare al quadro epidemiologico locale e alle priorità delle diverse aziende, con decisioni diverse all'interno dello stesso territorio, non sempre in linea con la percezione del rischio della popolazione e degli operatori sanitari.

I decreti ministeriali che si sono succeduti fra 8 e 11 marzo (che hanno limitato la possibilità di assembramenti e contatti interpersonali e progressivamente esteso le misure restrittive a tutta l'Italia), hanno portato molte Regioni ad affrontare in maniera strutturata la riorganizzazione dei servizi e a esprimersi sull'opportunità di proseguire o meno i programmi di screening.

Una breve rassegna, non esaustiva, delle delibere assunte a livello regionale nella prima fase, aiuta a mettere in evidenza le tendenze in questa fase di riorganizzazione.

Gran parte delle Regioni ha stabilito la sospensione degli esami di primo livello, interrompendo le chiamate attive, e di mantenere gli approfondimenti quando non procrastinabili, spesso attraverso un triage telefonico per accertarsi delle condizioni dei cittadini e sempre con l'attenzione a evitare il sovraffollamento dei locali.

Tabella 12 Sospensioni attività screening regionali

Abruzzo FVG P.A Trento P.A Bolzano Marche Sicilia Veneto	Hanno sospeso le attività per tutti gli screening di primo livello garantendo gli approfondimenti.
Lombardia	Dopo una prima fase in cui si era data alle singole ATS facoltà di concordare con le strutture erogatrici eventuali restrizioni delle attività di screening, l'attività di primo livello è stata sospesa in tutta la Regione con il decreto del 14 marzo
Puglia	Rispetto ai tumori femminili, l'appuntamento viene spostato al termine dell'emergenza, per lo screening coloretale per le chiamate già effettuate deve essere assicurata la somministrazione dei kit presso le farmacie dei servizi
Emilia Romagna	La gestione delle chiamate già effettuate viene lasciata alle AUSL, che si sono regolate in base alla situazione locale, alle condizioni logistiche e organizzative nonché alle capacità organizzative
Piemonte	Per lo screening coloretale (viene eseguito tramite sigmoidoscopia), la decisione sulla sospensione o meno del servizio viene rimandata alle singole aziende a cui si consiglia, dato il volume ridotto di esami, di continuare (mentre sono stati sospesi i primi livelli di screening cervicale e mammografico)
Umbria	Sono stati sospesi tutti i primi livelli, l'interruzione dello screening coloretale è legata all'interruzione temporanea del servizio di spedizione postale dei kit (in quanto spedizione massiva)
Valle d'Aosta	È stata posticipata la partenza dello screening mammografico su mezzo mobile, mentre continua lo screening cervicale, pur con una diminuzione del volume degli inviti in modo da poter assicurare la sicurezza
Toscana	Dopo una prima sospensione o rimodulazione delle attività di screening dal 16 marzo le tre aziende USL hanno dato disposizioni in merito alla interruzione del primo livello, mantenendo il secondo livello a prescindere dalla sede di erogazione
Liguria	Si prevede la sospensione degli esami di primo livello e il completamento dei secondi livelli in attesa. La situazione attuale è diversa in base alle province, alcune, come Imperia e Chiavari, hanno già concluso gli approfondimenti diagnostici in sospeso, per quella di La Spezia si è invece interrotta in toto l'attività (per Savona e Genova, chiusi i primi livelli, proseguono i secondi fino a conclusione)
Calabria	Sono stati sospesi primo e secondo livello
Molise	Sono stati sospesi primo e secondo livello
Campania	Sono interrotti tutti i livelli dei tre screening, mentre sono garantiti solo gli interventi già programmati di chi abbia già completato l'intero percorso diagnostico previsto
Lazio	Il 23 marzo sono stati sospesi gli screening di primo livello, dove in un primo momento i percorsi erano rimasti attivi

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening

2.5.1 Screening: volumi di attività in tempo di Covid 19

L'osservatorio nazionale screening ha avviato a marzo 2020 una survey "quantitativa" condotta mediante invio di una scheda ad hoc a tutti i coordinamenti regionali dei programmi di screening oncologici alla fine del mese di giugno.

Lo scopo della survey è stato quello di confrontare il numero di inviti e di esami fatti nel primo quadrimestre e nel maggio 2020 e di confrontarli con i medesimi numeri del 2019 negli stessi intervalli temporali. In tal modo si è pensato di misurare il ritardo accumulato nel rispetto all'anno precedente e, considerando solo il mese di maggio, la velocità di ripartenza dei programmi.

Complessivamente hanno risposto alla survey 20 Regioni o Province Autonome su 21 (manca al momento solo la Basilicata). Complessivamente gli esami di screening sono ripartiti nel maggio 2020 in 13 Regioni per lo screening mammografico e cervicale e in 11 per lo screening colorettales. Nella maggioranza delle Regioni poi il numero di esami eseguiti a maggio è meno del 10% di quelli eseguiti nel maggio 2019.

Di seguito in dettaglio i risultati per i singoli programmi di screening.

Screening mammografico: volumi di attività in tempo di Covid 19

Delle 20 Regioni che hanno compilato la survey quantitativa, solo 13 (65%) hanno erogato mammografie di screening nel mese di maggio 2020 e tutte con volumi di attività nettamente inferiori a quelli dell'anno precedente. Solo 5 Regioni (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Veneto e Valle D'Aosta) nel mese di maggio hanno eseguito almeno un numero pari al 20% degli esami eseguiti nello stesso mese del 2019. La tabella 1 riporta il confronto fra primi 5 mesi del 2020 e lo stesso periodo del 2019 riguardo il numero e la percentuale di esami mammografici eseguiti in meno, la stima dei carcinomi mammari non diagnosticati a causa del ritardo e il numero di mesi standard di ritardo accumulati fino al 31 maggio.

Figura 15 Screening mammografico - Confronto fra primi 5 mesi del 2020 e lo stesso periodo del 2019

REGIONI	Ritardo accumulato primi 5 mesi 2020 vs 2019 (n.)	Ritardo accumulato primi 5 mesi 2020 vs 2019 (%)	Tassi di identificazione attesi	N. casi diagnostici in meno	Ritardo accumulato in mesi standard*
Abruzzo	6.030	52,9	4,2	25,3	2,6
P.A. Bolzano	4.832	53,6	4,5	21,7	2,7
Basilicata	np ^o		3,7		
Calabria	3.670	71,2	5,2	19,1	3,6
Campania	23.311	60,8	2,8	65,3	3,0
Emilia Romagna	49.527	49,1	5,4	267,4	2,5
Friuli VG	15.144	53,6	5,4	81,8	2,7
Lazio	48.910	65,8	3,6	176,1	3,3
Liguria	16.531	58,9	3,5	57,9	2,9
Lombardia	107.355	61,5	4,6	493,8	3,1
Marche	10.900	51,9	4	43,6	2,6
Molise	1.420	50,1	4,5	6,4	2,5
Piemonte	40.160	52,9	5,3	212,8	2,6
Puglia	18.906	50,6	3,2	60,5	2,5
Sardegna	5.754	45,3	2	11,5	2,3
Sicilia	22.921	55,7	3,4	77,9	2,8
Toscana	35.398	40,7	5,3	187,6	2,0
Trentino	6.385	54,2	5,5	35,1	2,7
Umbria	12.053	53,4	2,7	32,5	2,7
Valle D'Aosta	2.001	48,9	4,2	8,4	2,4
Veneto	41.181	44,7	5,2	214,1	2,2
ITALIA	472.389	53,8	4,4	2.099	2,7

*numero screenati in meno primi 5 mesi 2020/ (numero screenati primi 5 mesi 2019/5)

^onon pervenuto

Come si può vedere il numero di test mammografici eseguiti in meno rispetto al 2019 sono complessivamente 472.389, una riduzione del 53,8%. Ci sono oscillazioni fra le Regioni, ma solo una Regione (Toscana) alla fine del Maggio 2020 ha accumulato un ritardo vicino al 40%. Le altre Regioni hanno ritardi superiori. Questo valore trasformato in tempo diviene un ritardo medio di 2,7 mesi standard (con oscillazioni da 2 al 3,6).

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening

Come si può vedere il numero di test mammografici eseguiti in meno rispetto al 2019 sono complessivamente 472.389, una riduzione del 53,8%. Ci sono oscillazioni fra le Regioni, ma solo una Regione (Toscana) alla fine del Maggio 2020 ha accumulato un ritardo vicino al 40%. Le altre Regioni hanno ritardi superiori. Questo valore trasformato in tempo diviene un ritardo

medio di 2,7 mesi standard (con oscillazioni da 2 al 3,6). Il numero di carcinomi non diagnosticati è stimato superiore a 2.000 (2.099).

Screening coloretale: volumi di attività in tempo di Covid 19

Delle 20 Regioni che hanno compilato la survey quantitativa 11 (55%) hanno ricominciato a eseguire test di screening nel mese di maggio 2020. Analogamente allo screening mammografico, le Regioni che sono ripartite hanno registrato un numero ridotto di esami rispetto agli anni precedenti. Solo 2 Regioni /PA (Bolzano e Toscana) nel mese di maggio hanno eseguito più del 20% degli esami eseguiti nel maggio del 2019. La tabella 2 riporta il confronto fra i primi 5 mesi del 2020 e lo stesso periodo del 2019 riguardo il numero e la percentuale di test coloretali (Ricerca del sangue occulto fecale e Rettosigmoidoscopia in Regione Piemonte) in meno, la stima dei cancri coloretali e degli adenomi avanzati non diagnosticati a causa del ritardo e il numero di mesi standard di ritardo accumulati.

Figura 16 Screening coloretale - Confronto fra primi 5 mesi del 2020 e lo stesso periodo del 2019

REGIONI	Ritardo accumulato primi 5 mesi 2020 vs 2019 (n.)	Ritardo accumulato primi 5 mesi 2020 vs 2019 (%)	Tassi di identificazione attesi: CCR (x 1000)	N. casi diagnosticati in meno: CCR	Tassi di identificazione attesi: adenoma avanzato (x 1000)	N.casi diagnosticati in meno: adenoma avanzato	Ritardo accumulato in mesi standard*
Abruzzo **	5.264	39,6	2,5	13	9,0	47	2,0
Basilicata	np°						
P.A. Bolzano	7.937	58,5	1,1	9	5,1	40	2,9
Calabria	2.435	72,8	3,6	9	3,8	9	3,6
Campania	15.622	54,1	2,0	31	5,9	93	2,7
Emilia Romagna	71.363	53,1	0,7	51	7,2	513	2,7
Friuli VG	15.584	38,6	0,7	12	4,1	64	1,9
Lazio	64.367	72,0	1,5	99	8,4	540	3,6
Liguria	18.995	61,1	1,0	19	4,9	93	3,1
Lombardia	152.868	57,8	1,0	148	4,8	735	2,9
Marche	16200	55,5	0,9	14	6,2	100	2,8
Molise	nv***		2,0		5,8		
Piemonte	15.954	53,7	1,6	25	11,6	186	2,7
Piemonte RS	4.624	60,8	2,9	13	45,7	211	3,0
Puglia	nv****						
Sardegna	7.308	56,0	2,0	15	4,8	35	2,8
Sicilia	6.982	43,3	1,1	8	5,6	39	2,2
Toscana	64.121	56,3	0,7	46	5,1	329	2,8
Trentino	6.716	45,7	0,9	6	7,3	49	2,3
Umbria	6.689	32,6	0,4	3	6,4	43	1,6
Valle D'Aosta	2.240	43,4	0,7	2	5,7	13	2,2
Veneto	10.0018	55,1	0,9	90	8,1	814	2,8
ITALIA	585.287	54,9		611		3.953	2,7

*numero screenati in meno primi 5 mesi 2020/ (numero screenati primi 5 mesi 2019/5)

** parametri calcolati sui dati di tre programmi su quattro

*** non valutabile perché programma non attivo nel 2020

**** non valutabile perché programma non attivo 2019

° non pervenuto

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening

Come si può vedere i test di screening eseguiti in meno rispetto al 2019 sono complessivamente 585.287 (54,9%). Ci sono oscillazioni fra le Regioni ma solo 3 Regioni (Abruzzo, Friuli Venezia Giulia e Umbria) alla fine di maggio 2020 hanno accumulato ritardi inferiori al 40%. Questo valore trasformato in tempo diviene un ritardo medio di 2,7 mesi standard (con oscillazioni da 1,6 a 3,6).

Il numero di carcinomi non diagnosticati è stimato superiore a 600 (611) e il numero di adenomi avanzati non identificati raggiunge quasi il numero di 4.000 (3.953).

Screening cervicale: volumi di attività in tempo di Covid 19

Delle 20 Regioni che hanno compilato la survey quantitativa solo 13 (65%) hanno riavviato l'erogazione dei test di screening cervicale (Pap test o HPV) nel mese di maggio 2020. Anche qui è da segnalare che anche molte delle Regioni che sono ripartite hanno eseguito un numero ridotto di esami e solo 5 Regioni (Abruzzo, P.A. Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Toscana e Valle D'Aosta) nel mese di maggio hanno eseguito un numero almeno pari al 20% degli esami eseguiti nel maggio del 2019. La tabella 3 riporta il confronto fra primi 5 mesi del 2020 e lo stesso periodo del 2019 riguardo il numero e la percentuale di test (Pap test e test HPV) eseguiti in meno, la stima delle lesioni CIN2+ non diagnosticate a causa del ritardo e il numero di mesi standard di ritardo accumulati.

Figura 17 Screening cervicale - Confronto fra primi 5 mesi del 2020 e lo stesso periodo del 2019

REGIONI	Ritardo accumulato primi 5 mesi 2020 vs 2019 (n.)	Ritardo accumulato primi 5 mesi 2020 vs 2019 (%)	Tassi di identificazione attesi	N. casi diagnosticati in meno	Ritardo accumulato in mesi standard*
Abruzzo	4.779	48,87	5,66	27,1	2,4
P.A. Bolzano	3.662	41,20	ND		2,1
Basilicata	np ^o		1,81		
Calabria**	7.155	63,66	10,03	71,8	3,2
Campania	26.823	60,59	2,04	54,8	3,0
Emilia Romagna	51.854	62,87	5,24	271,8	3,1
Friuli VG	11.419	42,46	4,92	56,2	2,1
Lazio	30.024	56,47	4,38	131,4	2,8
Liguria	11.232	60,49	5,39	60,6	3,0
Lombardia	24.455	62,53	3,81	93,2	3,1
Marche	12.700	54,98	2,82	35,9	2,7
Molise	667	42,57	ND		2,1
Piemonte	38.845	55,43	6,40	248,6	2,8
Puglia***	21.680	50,57	0,38	8,3	2,5
Sardegna	8.502	45,07	5,11	43,4	2,3
Sicilia	27.883	63,07	1,84	51,3	3,2
Toscana	31.309	45,01	6,44	201,6	2,3
Trentino	5.985	50,48	5,15	30,9	2,5
Umbria	8.013	48,21	12,28	98,4	2,4
Valle D'Aosta	1.551	54,92	2,96	4,6	2,7
Veneto	42.735	56,48	4,35	185,8	2,8
ITALIA	371.273	55,28	4,46	1675,7	2,8

*numero screenati in meno primi 5 mesi 2020/ (numero screenati primi 5 mesi 2019/5)

**tasso di identificazione disponibile per 1 solo programma, che ha inviato i dati

***tasso di identificazione verificato come da questionari ricevuti

^onon pervenuto

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening

Come si può vedere i test di screening eseguiti in meno rispetto al 2019 sono complessivamente 371.273 (55,3%). Ci sono piccole oscillazioni fra le Regioni, comunque nessuna Regione alla fine di maggio 2020 ha accumulato ritardi inferiori al 40%. Questo valore trasformato in tempo diviene un ritardo medio di 2,8 mesi standard (con oscillazioni che vanno da 2,1 a 3,2 mesi standard).

Il numero di lesioni CIN 2 o più gravi non diagnosticati è stimato in 1.676.

Per concludere se guardiamo ai numeri degli esami in meno il ritardo che si sta accumulando è imponente: complessivamente abbiamo avuto una riduzione di oltre un milione di esami di screening (precisamente 1.428.949). Questi esami in meno portano a stime di lesioni tumorali non individuate pari a 2.099 carcinomi mammari, 1.676 lesioni della cervice CIN2+, 611 carcinomi coloretale e quasi 4.000 adenomi avanzati del colon retto.

2.5.2 La ripartenza degli screening

L'osservatorio nazionale screening attraverso una raccomandazione alle Regioni e Province autonome ha previsto che la ripartenza dei programmi avrebbe dovuto innanzitutto tenere conto dell'esigenza di operare in completa sicurezza sia per gli operatori che per gli utenti.

Il confronto con i coordinamenti di screening delle Regioni e delle Province autonome ha permesso di formulare le seguenti raccomandazioni che devono essere aggiornate in funzione dell'andamento epidemiologico e delle indicazioni degli Enti preposti.

I punti salienti per la riapertura sono:

- La ripresa delle attività sia subordinata ad una valutazione del rischio per gli operatori sanitari coinvolti e per le persone invitate e alla relativa adozione di misure di prevenzione (incluso il triage) e di protezione in funzione della tipologia di attività erogata.
- Fatto salvo particolari situazioni epidemiologiche, le Regioni e le Province autonome riattivino il primo livello dei programmi di screening oncologico entro i mesi di maggio e giugno 2020.
- L'offerta sia razionata e rimodulata a seconda del livello di rischio.
- Le Regioni e le Province autonome si dotino di un Piano di rientro per l'attività di screening
- Sia adottato un piano di comunicazione
- I coordinamenti regionali di screening aggiornino con periodicità trimestrale l'ONS in merito allo stato della ripartenza delle attività di screening e alle azioni intraprese per il piano di rientro (comprehensive di cronoprogramma) ed i relativi risultati.

Vediamo ora in che modo si sono comportate le regioni a partire da maggio 2020:

Tabella 13 Riapertura attività di screening da maggio

Campania	Ha definito le Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività di screening, stabilendo criteri in linea con le Raccomandazioni Ons per la ripartenza.
FVG	hH stabilito il riavvio delle attività nelle farmacie per quanto riguarda lo screening coloretale a partire dal 25 maggio. Rilevata la non modificabilità del contenuto informativo delle lettere, si è chiesto il coinvolgimento di Federfarma per predisporre la modulistica delle informative privacy e le autocertificazioni di stato asintomatico

P.A Trento	Il Comitato tecnico scientifico ha prodotto un documento per il riavvio del primo livello dello screening mammografico. Le donne con appuntamento rinviato dovrebbero essere richiamate con appuntamento prioritario rispetto alle donne non ancora invitate.
Lombardia	Ha dato indicazioni per il riavvio dei programmi di screening oncologico, di cui viene richiamata la caratteristica di non differibilità rispetto alla riapertura delle attività di specialistiche ambulatoriali. Nella nota si definiscono alcuni criteri di priorità: fra i programmi di primo livello, attenzione prioritaria deve essere posta allo screening mammografico e, in particolare, alla fascia di età 50-69 anni. Per quanto riguarda primo e secondo livello, sono da ritenersi indifferibili tutti gli approfondimenti di secondo livello dei test risultati positivi. La riapertura è stata autorizzata il 27 maggio con il decreto 6279 della Giunta regionale.
Calabria	Ha disposto la ripresa delle attività ambulatoriali tramite l'ordinanza n.43 del Presidente della Regione.
Molise	Nelle Indicazioni Regionali per la riattivazione dell'assistenza sanitaria per la "fase 2" del 15 maggio, la Regione ha stabilito di riavviare le attività di screening oncologico di primo livello, procedendo prioritariamente a partire dai soggetti per i quali gli appuntamenti erano stati sospesi. Sono seguiti tre documenti che stabiliscono la rimodulazione delle attività per lo screening mammografico, con la ripresa dell'attività esternalizzata del mammografo mobile, per lo screening cervicale, dove si introduce la modalità di invito telefonico, e per lo screening coloretale, dove si stabiliscono le modalità di nuovo ritiro dei campioni.
Lazio	Con la Delibera del 15 maggio 2020, la Regione ha stabilito la ripresa dei primi livelli di screening e delle attività ambulatoriali a partire dal 28 maggio 2020. Le singole aziende dovranno stabilire la priorità con la quale contattare le persone con invito sospeso, compatibilmente con gli spazi disponibili, garantendo la continuità assistenziale del percorso per i soggetti che necessitano di approfondimento diagnostico ed eventuale trattamento.
Marche	Con la Delibera del 14 maggio 2020 la Regione ha stabilito la ripartenza dello screening coloretale a partire dal primo giugno e degli screening mammografico e cervicale a partire dal primo luglio.
Sardegna	Il 13 maggio, la Regione ha stabilito i primi indirizzi per il riavvio graduale dei primi livelli di screening oncologico, con la Delibera n.11675. Il documento dispone il riavvio delle attività per la fine di maggio, inizio di giugno e indica nello specifico: le modalità operative dei Centri per la gestione degli inviti, richiedendo la riallocazione del personale, la valutazione costante dell'adesione e la comunicazione attenta agli e alle utenti; le misure di protezione per le erogazioni di primo e secondo livello.
Emilia Romagna	Con la Delibera n. 404 del 27 aprile 2020 la Regione ha stabilito la riapertura dei programmi di screening nell'ambito di una programmazione più ampia della ripresa dell'attività sanitaria durante l'emergenza. In particolare, si stabilisce in maniera prioritaria la riapertura dello screening mammografico, con l'esaurimento degli eventuali early recall, l'invio delle lettere di invito di primo livello, e la presa in carico e la sorveglianza delle donne definite a rischio elevato secondo il programma per la valutazione del rischio eredo-familiare. Per quanto riguarda il programma coloretale, si prevede la graduale ripresa dei primi livelli, eventualmente anche ridotta sulla base della situazione locale. Per lo screening cervicale, priorità viene data alla ripresa degli esami di secondo livello e i follow-up

	che erano stati sospesi, per i primi livelli è prevista invece una ripresa graduale successiva. Il 27 maggio sono state comunicate le Indicazioni per il riavvio dell'attività sanitaria nei Centri di Senologia in cui si definiscono le misure specifiche su screening e diagnostica mammaria, e chirurgia senologica.
Sicilia	La delibera dell'8 maggio della Regione stabilisce, con esplicito riferimento alle Raccomandazioni dell'Osservatorio nazionale screening, la ripartenza anche in questa regione a condizione che venga tutelata la sicurezza di operatori e cittadini
Puglia	Ha dato disposizione per ripartire con i programmi di prevenzione oncologia il 4 maggio, tramite la delibera urgente del 2/5/2020. Oltre alla ripartenza dei programmi di primo livello, con la programmazione degli inviti a partire da giugno, si stabilisce il censimento per la disponibilità di DPI, l'implementazione del servizio di Recall e la verifica dell'andamento delle attività di secondo livello, mai interrotte
Veneto	Ha dato indicazione di ripartire con i primi livelli dei programmi di screening il 4 maggio.
Toscana	In Toscana, l'Ordinanza n. 49 del 3 maggio 2020, stabilisce la ripresa progressiva e graduale delle attività sanitarie sia ambulatoriali che chirurgiche. Le attività di screening oncologico di primo livello sono riattivate con recupero prioritario delle chiamate non eseguite nel periodo di emergenza, con le stesse modalità di sicurezza previste per le prestazioni ambulatoriali.

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening

2.6 Quadro regionale di confronto sulle politiche regionali: vaccini e screening - una Roadmap delle priorità

Un rapido sguardo alla tabella seguente, permette di avere un colpo d'occhio rispetto alle priorità di intervento per le Regioni in merito ad alcuni aspetti fondamentali della prevenzione che abbiamo trattato nel capitolo.

Appare evidente che i "punteggi" relativi alle vaccinazioni appaiono piuttosto disomogenei soprattutto al nord. Nelle regioni del nord si mostrano valori prevalentemente non sufficienti con punte particolarmente critiche nella P.A di Bolzano. Le regioni del Centro mostrano punteggi mediamente più alti sia per le vaccinazioni esavalente sia per quelle di morbillo, parotite e rosolia. Unica eccezione per le Marche che non raggiunge il target di copertura del 95%. Le regioni del sud per quanto riguarda le vaccinazioni mostrano punteggi positivi prevalentemente per le vaccinazioni esavalenti, con l'unica eccezione per la Sicilia che non raggiunge la sufficienza. Per le vaccinazioni HPV la situazione è estremamente disomogenea con valori critici in ogni area geografica ma soprattutto al sud.

Sul versante degli screening organizzati vediamo una situazione molto differente, con una netta prevalenza delle regioni del nord a totalizzare i punteggi migliori. Le regioni del centro si mostrano con punteggi mediocri, mentre i punteggi delle regioni del sud evidenziano criticità diffuse e marcate soprattutto per lo screening cervicale e coloretale.

Tabella 14 Una Roadmap per il miglioramento della prevenzione

Regioni	Esavalente	Morbillo parotite rosolia	Antinfluenzale	HPV	Screening mammo*	Screening cervicale*	Screening colorettale*
Piemonte	95,7	94,7	51	74,9	66	64	42
Valle d'Aosta	94,1	91,3	45,4	71,68	76	77	63
Lombardia	95,1	94,1	49,9	65,14	73	31	71
PA Bolzano	83,3	70,8	32,5	37,33	60	52	53
PA Trento	94,5	94,3	55,2	74,66	77	56	63
Veneto	95	96,4	53,9	60,73	67	59	69
Friuli Venezia Giulia	92,9	91,2	60,7	47,46	70	66	65
Liguria	97,2	94,0	53	64,30	66	42	47
Emilia Romagna	95,6	95,1	57,4	76,46	77	67	64
Toscana	96,8	95	56,4	73,59	73	69	60
Umbria	95,6	94,6	64,3	80,48	71	68	54
Marche	93,8	92,0	56,9	54,39	58	58	50
Lazio	97,3	94,9	52,7	55,91	48	34	28
Abruzzo	96,9	94,5	55,3	45,97	46	44	27
Molise	95,7	91,9	65,4	71,78	54	26	34
Campania	95,1	93,4	62,1	51,46	22	21	16
Puglia	95,2	94,2	51,4	70,91	34	31	4
Basilicata	97,1	92,9	60,7	73,25	71	57	42
Calabria	97	92,7	61,8	59,11	34	37	6
Sicilia	90,9	90,9	59,4	46,14	50	44	24
Sardegna	95,2	92,3	46,2	48,12	50	58	39

Fonte: Osservatorio civico sul federalismo in sanità 2019

* all'interno di screening organizzato

3. Assistenza ospedaliera

Di Valeria Fava

3.1 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 inappropriately, 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, Campania e Calabria

Tabella 1 I dati sulla assistenza ospedaliera - il nuovo sistema di garanzia LEA

Regioni	Punteggio
Piemonte	84,14
Valle d'Aosta	74,38
Lombardia	77,13
Liguria	79,99
Veneto	83,67
P.A Trento	94,75
P.A Bolzano	73,97
FVG	80,72
Emilia Romagna	88,51
Toscana	94,27
Umbria	80,59
Marche	69,84
Lazio	70,78
Abruzzo	67,92
Molise	40,66
Campania	44,83
Puglia	65,90
Basilicata	72,56
Calabria	50,63
Sicilia	73,05

Sardegna	63,74
----------	-------

Fonte: Corte dei Conti - Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica

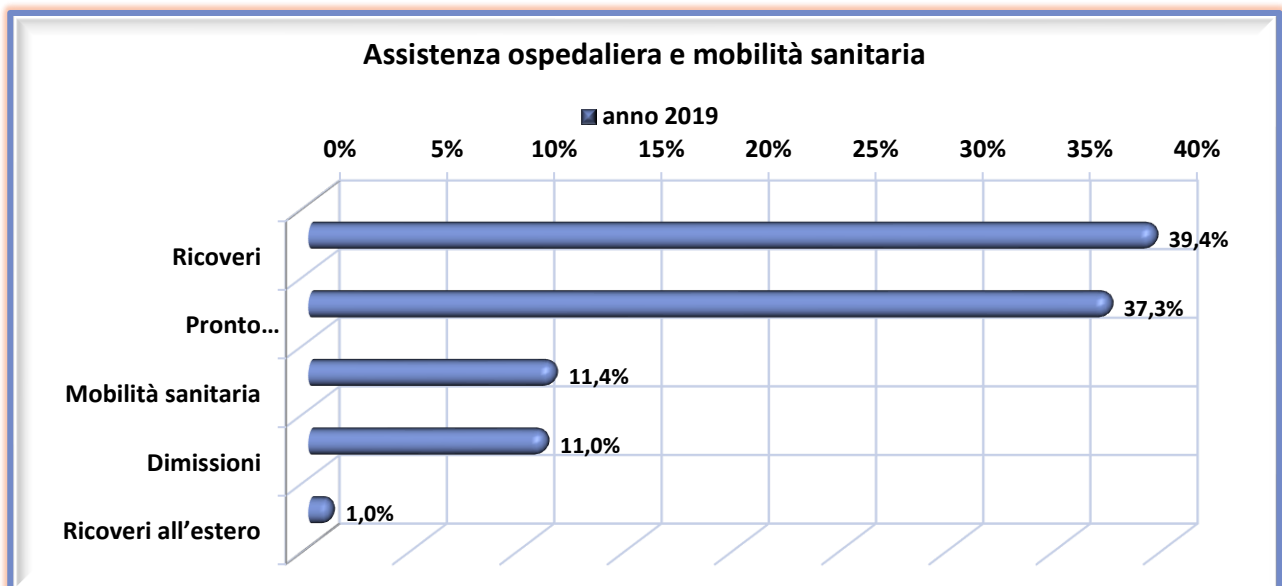
Il percorso del paziente dal pronto soccorso alla dimissione

In questo capitolo abbiamo voluto rappresentare un ipotetico percorso del paziente alle prese con la rete dei servizi e strutture offerte in ambito ospedaliero nelle regioni italiane partendo da: pronto soccorso, ricovero (posti letto e dotazione di apparecchiature diagnostiche), mobilità sanitaria, dimissioni e trasferimento ad altri setting assistenziali sul territorio. Partiamo pertanto con l'analisi delle segnalazioni dei cittadini sull'assistenza ospedaliera tratti dal rapporto PiT salute 2019 di Cittadinanzattiva e proseguiamo con l'analisi di alcuni dati regionali tratti da fonti esterne, che possono aiutarci ad avere una visione più completa di questo ambito.

3.2 Dati del pit salute sull'assistenza ospedaliera

Partendo dai dati del PiT salute 2019, notiamo che l'area dell'assistenza ospedaliera, che mostra secondo i cittadini le maggiori criticità, è quella relativa al ricovero. In questa voce, con quasi il 40% delle segnalazioni troviamo le difficoltà ad essere ricoverato a causa per lo più del taglio ai posti letto, il ricovero in reparti inadeguati, la carenza di personale sanitario (sia medico sia infermieristico) e la difficoltà ad essere trasferito in strutture più specializzate. Seguono i problemi legati al pronto soccorso con il 37,3% delle segnalazioni. In questa voce si denunciano in particolar modo le lunghe attese prima di essere visitato e per concludere il percorso nel pronto soccorso. La terza voce riguarda la mobilità sanitaria (11,4%) che, come vedremo meglio di seguito, riguarda tutti quei cittadini costretti a migrare in altri comuni e spesso in altre regioni per trovare l'alta specializzazione di cui hanno bisogno. A seguire il tema della dimissione (11%) vissuto dai cittadini come molto precoce rispetto ai bisogni assistenziali e spesso priva di quel raccordo necessario con i servizi territoriali come l'assistenza domiciliare, la riabilitazione o le RSA. In ultimo, con segnalazioni più esigue (1%) il tema dei ricoveri all'estero.

Figura 1: I dati sull'assistenza ospedaliera di Cittadinanzattiva



Fonte: Rapporto PiT Salute 2019 - Cittadinanzattiva

3.3 L'offerta dei servizi per l'emergenza: Pronto soccorso DEA I e II Livello

In questo paragrafo vogliamo 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 fornite dal DEA I livello, le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza, tra cui la cardiocirurgia, 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.

Strutture di ricovero, L'offerta dei servizi per l'emergenza

Particolare interesse ha rivestito in questi ultimi anni l'area dell'emergenza. Dalla figura che segue è possibile osservare che il 55,0% degli ospedali pubblici risulta dotato nel 2017 di un dipartimento di emergenza e oltre la metà del totale degli istituti (65,4%) di un centro di rianimazione. Il pronto soccorso è presente nel 79,9% degli ospedali mentre il pronto soccorso pediatrico è presente nel 17,4% degli ospedali.

Figura 2 Strutture di ricovero pubbliche - l'offerta dei servizi per l'emergenza

Regione	Dipartimento di Emergenza		Pronto Soccorso		Pronto Soccorso Pediatrico		Centro di Rianimazione		Ambulanze di Tipo "A"		Ambulanze Pediatriche	Ambulanze Trasporto Emergenza Neonato	Ambulanze di Tipo "B"	Unità Mobili di Rianimazione
	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture	Servizi	% sul totale Strutture	Totale	% con Medico				
PIEMONTE	24	66,7	26	72,2	7	19,4	24	66,7	14	42,9	1	6	25	7
LOMBARDIA	38	65,5	40	69,0	24	41,4	42	72,4	77	2,6		9	43	30
PROV. AUTON. BOLZANO	3	42,9	7	100,0	1	14,3	6	85,7						
PROV. AUTON. TRENTO	2	25,0	7	87,5	1	12,5	2	25,0	204				5	
VENETO	11	47,8	15	65,2	2	8,7	14	60,9	173	19,7		2	34	5
FRILULI VENEZIA GIULIA	7	70,0	7	70,0	3	30,0	8	80,0	39	5,1		2	7	
LIGURIA	8	72,7	9	81,8	5	45,5	10	90,9	76				12	17
EMILIA ROMAGNA	19	82,6	20	87,0	3	13,0	20	87,0	153	10,5		3	9	7
TOSCANA	34	85,0	33	82,5	4	10,0	28	70,0	86	2,3		1	30	2
UMBRIA	7	70,0	9	90,0			7	70,0	30	53,3			14	6
MARCHE	7	87,5	7	87,5	1	12,5	7	87,5	22	63,6			10	10
LAZIO	29	51,8	40	71,4	6	10,7	30	53,6	27	25,9		4	37	7
ABRUZZO	8	47,1	16	94,1	2	11,8	11	64,7	23	39,1		4	13	8
MOLISE	2	40,0	3	60,0			5	100,0	3			2	4	5
CAMPANIA	15	31,3	42	87,5	17	35,4	35	72,9	49	40,8		6	77	20
PUGLIA	22	64,7	29	85,3	1	2,9	22	64,7	77	23,4	1	11	59	10
BASILICATA	2	22,2	2	22,2			3	33,3	2			1	8	4
CALABRIA	11	50,0	20	90,9	2	9,1	10	45,5	20	25,0			6	2
SICILIA	27	40,3	59	88,1	6	9,0	40	59,7	45	20,0	3	5	52	48
SARDEGNA	8	32,0	22	88,0	4	16,0	14	56,0	37	27,0	1	2	32	17
VALLE D'AOSTA	1	100,0	1	100,0	1	100,0	1	100,0	15	13,3				
ITALIA	285	55,0	414	79,9	90	17,4	339	65,4	1.172	14,7	6	58	477	205

Fonte: Annuario statistico Ministero della salute 2017

Venendo all'analisi del dato regionale sull'offerta di servizi per l'emergenza, possiamo dire che se nella media il 55% delle strutture ospedaliere pubbliche ha un dipartimento di urgenza e il 79,9% ha un pronto soccorso, vi sono delle realtà con delle percentuali sicuramente più esigue e sotto la media sia per la presenza di DEA sia di pronto soccorso; è l'esempio di Veneto (47,8 DEA e 65,2 PS), Molise (40% DEA e 60% PS), Basilicata (22,2% DEA e 22,2% PS). Particolarmente sguarnite di Dipartimenti di emergenza risultano soprattutto la Basilicata (22,2%), la Campania (31%) e la Sardegna (32%).

Queste ultime due compensano con la presenza sopra la media dei Pronto soccorso. Sui pronto soccorso pediatrici la variabilità è ancora più marcata con la Puglia con una sola struttura (2,9%), il veneto con 2 strutture (8,7%) Calabria con 2 strutture (9,1%). Rispetto alle rianimazioni, a fronte di una presenza media di centri del 65,4%, la carenza è riscontrabile in particolare per la P.A di Trento (25%), Basilicata (33,3%) e Calabria (45,5%).

Figura 3 Dati di attività delle strutture con pronto soccorso 2017

Regione	Numero pazienti				% di ricoverati	N° Accessi x 1.000 abitanti
	Ricoverati	Non ricoverati	Deceduti	Totale		
PIEMONTE	192.482	1.529.619	3.891	1.725.992	11,2	394
VALLE D' AOSTA	8.463	36.771	25	45.259	18,7	359
LOMBARDIA	467.164	3.049.527	5.980	3.522.671	13,3	351
PROV. AUTON. BOLZANO	31.955	226.084	78	258.117	12,4	489
PROV. AUTON. TRENTO	23.736	173.908	136	197.780	12,0	366
VENETO	227.276	1.619.802	1.830	1.848.908	12,3	377
FRIULI VENEZIA GIULIA	59.101	303.836	408	363.345	16,3	299
LIGURIA	86.318	501.400	786	588.504	14,7	378
EMILIA ROMAGNA	245.511	1.451.017	1.966	1.698.494	14,5	381
TOSCANA	224.790	1.183.696	2.373	1.410.859	15,9	378
UMBRIA	53.681	274.605	270	328.556	16,3	371
MARCHE	62.511	411.586	1.051	475.148	13,2	310
LAZIO	298.837	1.481.863	4.945	1.785.645	16,7	303
ABRUZZO	74.118	439.071	476	513.665	14,4	391
MOLISE	15.671	73.729	190	89.590	17,5	290
CAMPANIA	238.788	1.481.109	1.599	1.721.496	13,9	295
PUGLIA	208.333	1.017.470	1.256	1.227.059	17,0	303
BASILICATA	31.101	140.153	108	171.362	18,1	302
CALABRIA	90.327	463.459	581	554.367	16,3	282
SICILIA	232.677	1.424.164	1.726	1.658.567	14,0	330
SARDEGNA	79.553	342.488	360	422.401	18,8	256
ITALIA	2.952.393	17.625.357	30.035	20.607.785	14,3	341

Fonte: Annuario statistico Ministero della salute 2017

Dai dati di attività delle strutture con pronto soccorso si evidenzia che nel 2017 ci sono stati circa 3,4 accessi ogni 10 abitanti; di questi quasi il 14,3% è stato in seguito ricoverato. Quest'ultimo indicatore si presenta altamente variabile a livello territoriale: a fronte di una percentuale di ricovero pari al 11,2% registrato nella Regione Piemonte si raggiungono valori pari a 18,8% nella Regione Sardegna. I dati riportati a colpo d'occhio ci informano di una tendenza a ricoverare di più nelle regioni del sud Italia. Ad eccezione della Sicilia e della Campania tutte le altre regioni del sud mostrano percentuali di ricoveri nettamente superiori alla media nazionale. Le uniche regioni del Nord invece a mostrare dati superiori alla media nazionale sono Valle D'Aosta e Friuli Venezia Giulia. Forse potremmo dedurre che una inefficiente organizzazione dei servizi territoriali rende più necessario in queste regioni il ricovero in ospedale.

3.4 I tempi d'attesa per gli interventi chirurgici

Vogliamo mostrare di seguito uno spaccato delle segnalazioni ricevute da Cittadinanzattiva, sul tema liste d'attesa e analizzate all'interno dell'ultimo rapporto PiT salute 2019. Nell'ambito delle liste d'attesa il tema dei ritardi per i ricoveri e gli interventi chirurgici accoglie circa un quarto delle segnalazioni (25,2%).

Tabella 2 Le segnalazioni dei cittadini sui tempi d'attesa

Liste d'attesa	2019	2018
Visite specialistiche	38,4%	34,1%
Esami diagnostici	33,2%	26,5%
Ricoveri/Interventi di chirurgia	25,2%	31,7%
Chemioterapia e radioterapia	3,2%	7,7%
Totale	100%	100%

Fonte: Rapporto PiT Salute 2019 - Cittadinanzattiva

I dati nazionali inerenti alle aree specialistiche che mostrano il maggior numero di segnalazioni nell'ambito degli interventi chirurgici, sono relativi all'ortopedia con il 18,2% anche se mostra un decremento importante (come anche la chirurgia generale) a fronte di incrementi sostanziali in altre aree come l'oculistica. Infatti va sottolineato che l'area oculistica risulta ancora una volta presente con area particolarmente critica con un incremento di oltre 4 punti percentuali (11,3% nel 2018 – 15,9% nel 2019). Anche l'urologia evidenzia dati in aumento (7,3% nel 2018 – 11,4% nel 2019) così come la cardiologia e l'odontoiatria. Degna di nota, la flessione del dato sull'oncologia che, come visto per le visite specialistiche, ci suggerisce un trend generalmente positivo sull'area. Ciò che purtroppo dobbiamo segnalare è il dato in aumento sulla chirurgia ricostruttiva (4,5% nel 2018 – 6,8% nel 2019), un'area fortemente connessa all'oncologia.

Tabella 3 Le aree specialistiche più segnalate per gli interventi chirurgici

Interventi chirurgici/Area specialistica	2019	2018
Ortopedia	18,2%	27,2%
Oculistica	15,9%	11,3%
Chirurgia generale	11,4%	16,0%
Oncologia	11,4%	13,0%
Urologia	11,4%	7,3%
Cardiologia	6,8%	5,5%
Chirurgia ricostruttiva	6,8%	4,5%
Odontoiatria	4,5%	3,3%
Altre aree	13,6%	11,9%
Totale	100%	100%

Fonte: Rapporto PiT Salute 2019 - Cittadinanzattiva

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

Il Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (SDO 2017) riporta interessanti dati sulle attese per procedure 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 bypass coronarico.

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.

Tabella 4 Tempi d'attesa per procedure in regime ordinario in giorni

	Tumore al colon retto	Tumore alla mammella	Tumore alla prostata	Bypass coronarico
Piemonte	21,8	23,9	53,6	18,5
Valle D'Aosta	33,7	31,8	27,5	-
Lombardia	24,5	29,9	71	17,4
PA Bolzano	17,3	15,7	23	-
PA Trento	18,1	17,9	31,2	64,4
Veneto	15,7	16,3	33,3	26
Friuli Venezia Giulia	31,3	33,3	63,4	46,3
Liguria	28,7	29,6	46,7	24,7
Emilia Romagna	19,9	18,9	56,3	20
Toscana	33,2	32,1	56,4	27,6
Umbria	29,6	34,5	70,3	44,2
Marche	27,3	28,7	46	14,5
Lazio	20,3	26	53,2	18,3
Abruzzo	25,7	24,2	83,7	18,9
Molise	15,1	15,1	20,7	23,6
Campania	28,5	21,7	49,4	17,5
Puglia	15,4	27,5	62,7	12,1
Basilicata	20,3	24,6	60	28,3
Calabria	17,3	21,5	40,4	9,8
Sicilia	23,6	27,3	48,7	24,7
Sardegna	42,1	53,5	48,3	67,9
Totale	23,7	26,3	55,1	21

Fonte: Osservatorio civico sul federalismo in sanità, 2019 su dati Ministero della Salute - Rapporto SDO 2018

3.5 Emergenza Covid 19: le sospensioni dei ricoveri

Il 16 marzo il Ministero della Salute ha emanato una Circolare²⁰ al fine di rendere omogenee le eventuali iniziative di riorganizzazione delle attività ospedaliere di ricovero diurno e ordinario e ambulatoriali che si rendessero necessarie allo scopo di soddisfare il potenziale incremento delle necessità di ricovero e di limitare i flussi di pazienti all'interno delle strutture di assistenza.

Le disposizioni della circolare erano volte ad individuare le prestazioni che potevano essere sospese, poiché procrastinabili, e quelle improcrastinabili. Le Regioni pertanto si sono per lo più attenute alle indicazioni della circolare.

²⁰<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73675&parte=1%20&serie=null>

Nell'ambito dei ricoveri queste le disposizioni previste:

Non procrastinabile:

- Ricoveri in regime di urgenza;
- Ricoveri elettivi oncologici;
- Ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità A (come definita dal pngla 2019-2021 di cui all'intesa stato-regioni 21.02.2019²¹).

Procrastinabile:

- Ricoveri elettivi non oncologici con classe di priorità B e C (come definite dal pngla 2019-2021 di cui all'intesa stato-regioni 21.02.2019). Questi casi verranno valutati singolarmente dal direttore Sanitario e dai direttori delle unità operative di afferenza della lista di attesa in base alle caratteristiche cliniche;
- Ricoveri elettivi classe di priorità D (come definita dal pngla 2019-2021 di cui all'intesa stato regioni 21.02.2019).

Nella circolare viene poi specificato che le prestazioni procrastinabili avrebbero dovuto essere riprogrammate non appena possibile.

Tuttavia sappiamo che la seconda ondata di emergenza covid 19, che ci ha investito a partire da ottobre in modo dirompente, non ha nei fatti consentito una riapertura efficace capace di recuperare le prestazioni rimandate, generando un effetto valanga difficilmente contenibile. Sono migliaia le prestazioni sospese da riprogrammare che si aggiungono a tutte le nuove richieste. A partire dalla fine di ottobre si sono avviati nuovi provvedimenti diffusi e a macchia di leopardo che hanno previsto ulteriori chiusure:

Tabella 5 Provvedimenti regionali sulle chiusure delle attività di ricovero a novembre 2020

Regioni che hanno sospeso i ricoveri con classe di priorità A,B,C,D	Regioni che hanno sospeso i ricoveri con classe di priorità B,C,D	Regioni che non hanno emanato atti regionali per la sospensione
Lombardia	Abruzzo	Valle d'Aosta
Campania		Piemonte
Puglia		Liguria
Calabria		P.A. Bolzano
		P.A Trento
		FVG
		Veneto
		Emilia Romagna
		Toscana
		Umbria

²¹ N.B. Classificazione priorità previste nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021

Classe A: ricovero entro 30 giorni per i casi clinici che potenzialmente possono aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti o, comunque da recare grave pregiudizio alla prognosi;

Classe B: ricovero entro 60 giorni per i casi clinici che presentano intenso dolore, o gravi disfunzioni, o grave disabilità, ma che non manifestano la tendenza ad aggravarsi rapidamente al punto da diventare emergenti, né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

Classe C: ricovero entro 180 giorni per i casi clinici che presentano minimo dolore, disfunzione o disabilità, e non manifestano tendenza ad aggravarsi né possono per l'attesa ricevere grave pregiudizio alla prognosi;

Classe D: ricovero senza attesa massima definita per i casi clinici che non causano alcun dolore, disfunzione o disabilità. Questi casi devono comunque essere effettuati almeno entro 12 mesi.

		Marche
		Lazio
		Molise
		Basilicata
		Sardegna
		Sicilia

Fonte: Altems - Instant Report#27

La tabella mette in evidenza le scelte di rimodulazione delle prestazioni in regime di ricovero da parte delle regioni al fine di impiegare il personale sanitario delle strutture pubbliche o private prioritariamente nella gestione dell'emergenza. **Al 5 novembre l'Abruzzo ha deliberato la sospensione dei ricoveri con classi di priorità B, C e D. Lombardia, Puglia, Calabria e Campania hanno invece optato per una sospensione integrale dei ricoveri (classi di priorità A, B, C e D).** Le restanti regioni italiane non hanno emanato decreti o altri atti regionali relativi a sospensioni delle prestazioni in regime di ricovero.

3.6 L'annoso caso dei posti letto e del personale sanitario tra programmazione ed emergenza Covid 19

Posti letto

Un aspetto di grande rilievo nel dibattito che sta accompagnando l'emergenza sanitaria è quello relativo alla riduzione del numero dei posti letto di ricovero.

Pur essendo un fenomeno comune agli altri Paesi europei, è indubbio che con la flessione registrata a 3,2 posti 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 trae 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 sostegno 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.

Inoltre, si dovrà comprendere, per orientare le scelte future, quanto una struttura territoriale messa nelle condizioni di fornire una assistenza adeguata e di intercettare i segnali epidemiologici con maggior rapidità avrebbe potuto contribuire ad un più efficace contenimento della diffusione della pandemia.

Figura 4 I numeri dei posti letto per Regione

REGIONE	Giornate di degenza 2018	Posti letto	Tasso di utilizzo dei posti letto	Giornate di degenza 2012	Posti letto	Tasso di utilizzo dei posti letto
Piemonte	4.612.557	16.638	76	5.190.983	18.312	78
Valle d'Aosta	144.161	489	81	153.560	460	91
Lombardia	10.284.277	37.795	75	10.940.756	39.629	76
P.A. Bolzano	572.251	2.076	76	619.205	2.101	81
P.A. Trento	639.120	2.122	83	688.515	2.261	83
Veneto	4.932.197	17.513	77	5.104.791	18.845	74
Friuli V.G.	1.205.655	4.357	76	1.371.256	5.075	74
Liguria	1.881.198	5.715	90	2.058.505	6.440	88
Emilia-Romagna	5.166.639	17.395	81	6.079.829	20.299	82
Toscana	3.206.453	12.025	73	3.560.750	13.751	71
Umbria	876.599	3.271	73	893.149	3.169	77
Marche	1.559.098	5.231	82	1.667.250	6.069	75
Lazio	6.187.656	20.818	81	7.130.451	22.896	85
Abruzzo	1.242.174	4.415	77	1.451.329	4.962	80
Molise	304.823	1.228	68	399.282	1.386	79
Campania	4.861.749	18.003	74	5.582.873	18.614	82
Puglia	3.344.054	12.543	73	3.998.743	13.792	79
Basilicata	509.633	1.862	75	552.736	2.161	70
Calabria	1.425.457	5.796	67	1.669.805	6.847	67
Sicilia	4.106.580	15.825	71	4.704.803	16.933	76
Sardegna	1.464.169	5.790	69	1.628.419	6.394	70
ITALIA	58.526.500	210.907	76	65.446.990	230.396	78

Fonte: elaborazione Corte dei Conti su dati Ministero della Salute

L'analisi della Corte dei Conti mostra che la riduzione del numero di posti letto dal 2012 al 2018 secondo gli standard richiesti dal D.M. 70/2015 ha spinto, non senza inconvenienti, ad una riduzione della durata media delle degenze, oltre che ad un contenimento del tasso di ospedalizzazione per tipologie di interventi considerati inappropriati se portati avanti in ricovero. Nonostante tale riduzione, il tasso di utilizzo dei posti letto, pari in media nazionale al 76%, risulta diverso tra le aree del paese. Ancora una volta le regioni del sud presentano mediamente tassi di utilizzo ben al di sotto la media nazionale, come nel caso di: Calabria, Molise, Sardegna e Sicilia. Non vogliamo dire che gli ospedali debbano operare sempre al limite della capacità produttiva e lo stiamo sperimentando nel caso dell'epidemia Covid-19, poiché ciò può esporre a notevoli rischi, ma non va trascurato che il mantenimento di strutture poco utilizzate assorbe risorse che potrebbero essere dedicate anche all'implementazione dell'assistenza territoriale.

Emergenza Covid 19: le discipline a rischio: Terapie intensive, pneumologia e malattie infettive

Partendo dallo stato dell'arte, l'emergenza covid ha imposto una serie di misure volte al potenziamento del personale, delle strutture, delle attrezzature per riuscire a contenere la pandemia e assicurare l'accesso alle cure ai pazienti covid e non covid.

Certamente tra le discipline da cui partire vi sono le tre discipline oggi più sotto pressione: malattie infettive, terapie intensive e la pneumologia.

Figura 5 i posti letto complessivi per terapia intensiva, pneumologia e malattie infettive per Regione

I POSTI LETTO COMPLESSIVI, PER TERAPIA INTENSIVA, PNEUMOLOGIA E MALATTIE INFETTIVE PER REGIONE								
	malattie infettive e tropicali		pneumologia		terapia intensiva		totale 3 discipline	
	2012	2018	2012	2018	2012	2018	2012	2018
PIEMONTE	190	165	182	171	310	299	682	635
VALLE D' AOSTA	7	7	8	8	10	10	25	25
LOMBARDIA	431	422	673	667	784	849	1.888	1.938
P.A.BOLZANO	14	13	23	21	36	40	73	74
P.A.TRENTO	22	23	35	29	21	31	78	83
VENETO	162	160	253	223	453	484	868	867
FRIULI V.G.	27	22	94	84	105	125	226	231
LIGURIA	149	133	153	125	181	183	483	441
EMILIA ROMAGNA	217	207	274	264	462	444	953	915
TOSCANA	228	189	189	154	332	365	749	708
UMBRIA	34	28	56	62	61	69	151	159
MARCHE	88	59	100	110	114	114	302	283
LAZIO	404	339	264	223	536	553	1.204	1.115
ABRUZZO	73	78	53	66	109	109	235	253
MOLISE	16	16			26	30	42	46
CAMPANIA	293	259	339	298	423	482	1.055	1.039
PUGLIA	180	180	371	327	248	299	799	806
BASILICATA	62	44	69	52	42	49	173	145
CALABRIA	74	66	115	90	121	144	310	300
SICILIA	253	224	245	239	365	385	863	848
SARDEGNA	79	65	176	88	113	120	368	273
Totale complessivo	3.003	2.699	3.672	3.301	4.852	5.184	11.527	11.184

Fonte: elaborazione Corte dei Conti su dati Ministero della Salute

Una delle priorità più avvertite da Governo è certamente quella di accrescere il numero dei posti letto di terapia intensiva e per altre due specialità: pneumologia e malattie infettive. Nella figura sono riportati i dati relativi ai posti letto in degenza ordinaria e totali per le tre discipline ricordate.

Il confronto con il 2012 e il dato per Regione mettono in rilievo alcuni elementi interessanti:

- nel periodo considerato, a fronte di una riduzione del 7,1% del complesso dei posti letto, i posti nelle discipline su cui oggi si punta per affrontare la crisi hanno subito una flessione significativamente più contenuta: l'1,5%;
- i posti di terapia intensiva sono cresciuti di oltre 330 unità a livello nazionale tra il 2012 e il 2018. Un aumento che ha interessato quasi, seppur con intensità diverse, tutte le Regioni; notiamo infatti dai dati la diminuzione delle terapie intensive in Piemonte (da 310 a 299) e nessun incremento in Valle d'Aosta, Marche e Abruzzo.
- nel complesso, il numero dei posti letto per mille residenti in queste discipline presenta valori superiori alla media in Liguria ed in Emilia-Romagna e, nel Mezzogiorno, in Puglia e Basilicata;
- ciò, nonostante in tutte le regioni del sud il numero dei posti letto per residenti si sia portato al di sotto della media.

L'impegno ad aumentare le disponibilità di posti letto nelle discipline indicate, a fronte dell'attuale concretizzarsi dell'aumento del contagio nelle regioni del sud e dei relativi fabbisogni, rischia di scontare una condizione di partenza penalizzante.

La dotazione di personale sanitario

Negli ultimi due anni sono divenuti più evidenti gli effetti negativi di due fenomeni diversi che hanno inciso sulle dotazioni organiche del sistema di assistenza: 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 di recente, 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. Al 31 dicembre 2018 era inferiore a quello del 2012 per circa 25.000 lavoratori (circa 41.400 rispetto al 2008).

Nel valutare gli effetti della **riduzione del personale** sull'assistenza va, tuttavia, considerato distintamente l'andamento nella dotazione di **medici ed infermieri**. **Nel periodo 2012 – 2017, il personale medico si è ridotto di oltre 3.100 unità (-2,9 per cento), mentre l'infermieristico di poco meno di 7.400 (-2,7 per cento)**. Una variazione in parte **compensata** da aumenti delle unità a **tempo determinato** in entrambi i casi in **crescita, di 2.400 (+35%) i medici e di 6.222 gli infermieri**.

La flessione dei medici si è tuttavia concentrata nelle regioni in piano: 2.867 unità riconducibili soprattutto alle 3 Regioni maggiori, cui sono riferibile riduzioni nelle dotazioni per oltre 2.800 unità. Si distinguono i risultati in **aumento dell'Abruzzo** e, soprattutto, **della Puglia** che nel periodo segna un **incremento di oltre 295 unità**. Nelle Regioni non in piano il numero di medici si è **ridotto di sole 242 unità**, più che compensate a livello complessivo dalla crescita delle posizioni a tempo determinato (+1220). Anche tra queste Regioni si rilevano differenza di rilievo: **la Liguria, il Piemonte, la Sardegna** e, in misura più limitata, la Basilicata, anche considerando le immissioni a tempo determinato, **registrano una flessione del personale medico**; Emilia e Marche più che compensano la flessione con il personale a tempo determinato; tutte le altre regioni registrano aumenti.

Il personale medico

In termini di numero di medici, il nostro Paese è in cima alle graduatorie europee: operano in Italia 3,9 i medici per 1000 abitanti contro i 4,1 in Germania, i 3,1 in Francia e i 3,7 in Spagna. In Italia, per questa categoria si conferma (anche grazie al blocco del turn-over) un incremento dell'età media del personale: ha più di 55 anni oltre il 50 per cento degli addetti, la quota più elevata in Europa e superiore di oltre 16 punti alla media Ocse; si tratta in prevalenza di medici specialisti.

Figura 6 Personale medico a tempo indeterminato

IL PERSONALE MEDICO								
a tempo indeterminato								
	2012				2017			
	Tempo pieno	Part time <50	Part time >50	totale	Tempo pieno	Part time <50	Part time >50	totale
Piemonte	8.468	29	111	8.608	8.343	13	90	8.446
Valle d'Aosta	332	1	9	342	306	1	4	311
Lombardia	13.977	35	178	14.190	14.182	17	179	14.378
P.A. Bolzano	809	22	39	870	825	31	89	945
P.A. Trento	977	2	25	1.004	1.027	1	37	1.065
Veneto	7.801	11	92	7.904	7.989	4	86	8.079
Friuli V.G	2.587	2	32	2.621	2.574	1	23	2.598
Liguria	3.416	2	37	3.455	3.251	1	34	3.286
Emilia-Romagna	8.545	11	89	8.645	8.137	11	97	8.245
Toscana	8.031	15	49	8.095	8.072	10	55	8.137
Umbria	1.920	1	6	1.927	1.967	1	8	1.976
Marche	3.021	3	15	3.039	2.971	3	15	2.989
Lazio	8.359	14	31	8.404	7.459	7	34	7.500
Abruzzo	2.662	3	9	2.674	2.670	4	7	2.681
Molise	535	0	0	535	427	0	1	428
Campania	9.836	2	3	9.841	9.031	3	9	9.043
Puglia	6.332	1	18	6.351	6.619	3	24	6.646
Basilicata	1.229	1	1	1.231	1.161	1	1	1.163
Calabria	3.975	6	0	3.981	3.742	0	8	3.750
Sicilia	10.045	8	15	10.068	8.915	7	17	8.939
Sardegna	4.120	3	22	4.145	4.204	2	10	4.216
Totale	106.977	172	781	107.930	103.872	121	828	104.821
Piano	41.744	34	76	41.854	38.863	24	100	38.987
No Piano	65.233	138	705	66.076	65.009	97	728	65.834

	a tempo indeterminato							
	variazione assoluta				variazione %			
	Tempo pieno	Part time <50	Part time >50	totale	Tempo pieno	Part time <50	Part time >50	totale
Piemonte	-125	-16	-21	-162	-1,5	-55,2	-18,9	-1,9
Valle d'Aosta	-26	0	-5	-31	-7,8	0,0	-55,6	-9,1
Lombardia	205	-18	1	188	1,5	-51,4	0,6	1,3
P.A. Bolzano	16	9	50	75	2,0	40,9	128,2	8,6
P.A. Trento	50	-1	12	61	5,1	-50,0	48,0	6,1
Veneto	188	-7	-6	175	2,4	-63,6	-6,5	2,2
Friuli V.G	-13	-1	-9	-23	-0,5	-50,0	-28,1	-0,9
Liguria	-165	-1	-3	-169	-4,8	-50,0	-8,1	-4,9
Emilia-Romagna	-408	0	8	-400	-4,8	0,0	9,0	-4,6
Toscana	41	-5	6	42	0,5	-33,3	12,2	0,5
Umbria	47	0	2	49	2,4	0,0	33,3	2,5
Marche	-50	0	0	-50	-1,7	0,0	0,0	-1,6
Lazio	-900	-7	3	-904	-10,8	-50,0	9,7	-10,8
Abruzzo	8	1	-2	7	0,3	33,3	-22,2	0,3
Molise	-108	0	1	-107	-20,2			-20,0
Campania	-805	1	6	-798	-8,2	50,0	200,0	-8,1
Puglia	287	2	6	295	4,5	200,0	33,3	4,6
Basilicata	-68	0	0	-68	-5,5	0,0	0,0	-5,5
Calabria	-233	-6	8	-231	-5,9	-100,0		-5,8
Sicilia	-1.130	-1	2	-1.129	-11,2	-12,5	13,3	-11,2
Sardegna	84	-1	-12	71	2,0	-33,3	-54,5	1,7
Totale	-3.105	-51	47	-3.109	-2,9	-29,7	6,0	-2,9
Piano	-2.881	-10	24	-2.867	-6,9	-29,4	31,6	-6,9
No Piano	-224	-41	23	-242	-0,3	-29,7	3,3	-0,4

Fonte: Corte dei Conti rapporto sul coordinamento della finanza pubblica - 2020 su dati Annuario statistico Ministero della salute 2019

Figura 7 Personale medico a tempo determinato 2012 - 2017

a tempo determinato				
	2012	2017	Variazione assoluta	Variazione %
Piemonte	154	224	70	45,4
Valle d'Aosta	5	6	1	18,1
Lombardia	1.600	1.645	44	2,8
P.A. Bolzano	114	158	44	38,9
P.A. Trento	49	65	16	33,4
Veneto	217	226	8	3,8
Friuli V.G	176	243	67	38,0
Liguria	57	86	29	50,4
Emilia-Romagna	307	903	596	193,9
Toscana	170	320	150	88,6
Umbria	152	227	75	49,5
Marche	200	366	166	82,7
Lazio	869	948	79	9,1
Abruzzo	168	156	-12	-7,2
Molise	85	103	18	20,7
Campania	308	523	215	70,0
Puglia	560	592	32	5,7
Basilicata	64	69	5	7,5
Calabria	320	327	7	2,3
Sicilia	815	1.700	885	108,5
Sardegna	459	409	-50	-10,9
Totale	6.849	9.295	2.446	35,7
Piano	3.125	4.349	1.224	39,2
No Piano	3.724	4.946	1.221	32,8

Fonte: Corte dei Conti rapporto sul coordinamento della finanza pubblica - 2020 su dati Annuario statistico Ministero della salute 2019

Personale infermieristico

Nel nostro Paese il personale infermieristico a differenza di quello medico è molto inferiore alla media europea, nonostante il crescente ruolo che questi possono svolgere in un contesto di popolazione sempre più anziana.

L'andamento della dotazione per quanto riguarda il personale infermieristico è tuttavia simile a quello medico. La flessione tra il 2012 e il 2017 è del 5,6 per cento nelle Regioni in piano: circa 5.000 unità, riconducibili soprattutto alle tre Regioni maggiori, cui sono riferibili riduzioni nelle dotazioni per oltre 3.500 unità cui va ad aggiungersi per il rilievo in termini di peso relativo sulle dotazioni regionale il Molise (-10,9 per cento). Nelle Regioni non in piano la riduzione ha raggiunto le 2.378 unità, più che compensate a livello complessivo dalla crescita delle posizioni a tempo determinato (+3.148). Anche tra queste Regioni si rilevano differenze di rilievo: **la Liguria, la Lombardia, il Veneto, il Friuli e la Basilicata presentano una flessione non compensata dalle immissioni a tempo determinato**; Piemonte, Emilia, Toscana, Umbria e Marche più che compensano la flessione con il personale a tempo determinato.

La spesa per il personale medico

La spesa per il personale a tempo indeterminato di tutti ruoli si è ridotta tra il 2012 e il 2018 di poco meno del 4%. Nello stesso periodo quella per personale a tempo determinato è aumentata del 48%. In crescita anche il ricorso a diverse forme di lavoro da privati (collaborazioni, consulenze e lavoro interinale), aumentato nello stesso intervallo del 6,2%.

Diverso l'andamento guardando alle Regioni in piano e non. Le prime registrano una riduzione della spesa per contratti a tempo indeterminato dell'8,3 per cento; non diversa dal dato medio nazionale la dinamica della spesa a tempo determinato (+48 per cento), mentre cresce di oltre il 30% l'importo di quella da privati. Nel complesso, tra il 2012 e il 2018 la spesa si contrae del 4%.

Nelle Regioni non in piano, invece, la flessione della spesa a tempo indeterminato è inferiore (-1,5 per cento), mentre simile alle altre è l'aumento di quella a tempo determinato. In flessione è invece la spesa per collaborazioni, consulenze e interinale (-5,6 per cento).

Sono le Regioni a statuto ordinario del Nord e del Centro ad aver limitato fortemente le riduzioni relative al ruolo sanitario e tecnico. Così come hanno limitato il ricorso a lavoro da privati per servizi sanitari. Già dal 2019, poi, queste Regioni sembrano aver utilizzato la maggiore flessibilità per incrementare la spesa, invertendo l'andamento delle collaborazioni a tempo determinato.

Nelle Regioni a statuto speciale la flessione della spesa per il ruolo sanitario indeterminato è stata superiore, ma in ogni caso contenuta entro il 4,4 per cento mentre quella per il ruolo tecnico è rimasta invariata. In queste Regioni il diverso mix di componenti ha consentito di mantenere la spesa complessiva sui livelli del 2012, con un seppur contenuto aumento (+2 per cento)

Nelle Regioni in piano a statuto ordinario la flessione della spesa del ruolo sanitario è stata in media dell'8 per cento, minore la flessione del ruolo professionale. Il ricorso a lavoro privato è aumentato, ma rimanendo su livelli limitati.

L'emergenza Covid 19: quali misure dal Governo

Box 1 le misure del Governo in risposta all'emergenza sanitaria

Personale

Per aumentare il potenziale di risposta all'emergenza sanitaria sul fronte del personale con il D.L. 14/2020 si è previsto di poter procedere al reclutamento di professionisti sanitari (compresi i medici specializzandi iscritti all'ultimo e penultimo anno), con incarichi di lavoro autonomo, anche in collaborazione coordinata e continuativa, della durata massima di 6 mesi, prorogabili in ragione del perdurare dello stato di emergenza.

Nel caso sia verificata l'impossibilità di assumere personale, anche facendo ricorso agli idonei in graduatorie in vigore, le aziende possono fino al 31 luglio 2020 conferire incarichi di lavoro autonomo, con durata non superiore ai sei mesi, e comunque entro il termine dello stato di emergenza, a personale medico e a personale infermieristico collocato in quiescenza.

Tali incarichi possono riguardare anche laureati abilitati anche senza cittadinanza italiana previo riconoscimento del titolo di studio.

Inoltre, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, verificata l'impossibilità di utilizzare personale già in servizio nonché di ricorrere agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, possono, durante la vigenza dello stato di emergenza, conferire incarichi a tempo determinato, previo avviso pubblico, al personale sanitario e ai medici in possesso dei requisiti previsti dall'ordinamento per l'accesso alla dirigenza medica.

Con il D.L. 18/2020, poi, si sono incrementate le risorse destinate alla remunerazione delle prestazioni di lavoro straordinario del personale sanitario dipendente delle aziende e degli enti del Servizio

sanitario nazionale direttamente impiegato nelle attività di contrasto alla emergenza epidemiologica, aumentando nel limite di 250 milioni i fondi contrattuali per le condizioni di lavoro della dirigenza medica e sanitaria dell'area della sanità e i fondi condizioni di lavoro e incarichi del personale del comparto.

Si dispone anche che fino al perdurare dello stato di emergenza, verificata l'impossibilità di procedere al reclutamento di personale, potranno essere trattenuti in servizio i dirigenti medici e sanitari, nonché il personale del ruolo sanitario del comparto sanità e gli operatori sociosanitari, anche in deroga ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza e verrà consentito l'esercizio temporaneo di qualifiche professionali sanitarie ai professionisti che hanno conseguito il titolo di studio all'estero.

Va osservato come il quadro normativo che si è venuto componendo potrebbe consentire, dunque, di stipulare contratti di lavoro autonomo, limitati nel tempo, ed in stretta relazione all'emergenza sanitaria in corso non solo con personale in quiescenza ma, con ogni probabilità in misura più consistente, con personale di fasce di età più giovane e che non ha (o non ha avuto) rapporti di lavoro nell'ambito del servizio sanitario nazionale

USCA

Al fine di consentire al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta o al medico di continuità assistenziale di garantire l'attività assistenziale ordinaria, il D.L. 14/2020 prevede che le Regioni istituiscono, entro dieci giorni dall'entrata in vigore del decreto, presso una sede di continuità assistenziale già esistente, una unità speciale ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero

Posti letto

Sempre per affrontare l'emergenza sanitaria, le Regioni e le Aziende Sanitarie sono state autorizzate dal D.L. 18/2020, nel caso che si renda necessario incrementare le dotazioni dei posti letto in terapia intensiva, in pneumologia e per malattie infettive (secondo quanto disposto con la circolare del Ministro della salute del 1° marzo), a stipulare contratti per l'acquisto di ulteriori prestazioni sanitarie, in deroga al limite di spesa, per un importo di 240 milioni per il 2020.

Qualora non si riesca in tal modo a soddisfare le necessità, tale disposizione può essere estesa anche a strutture private non accreditate.

Viene poi specificato che le strutture private, su richiesta delle Regioni o delle Aziende Sanitarie, dovranno mettere a disposizione il personale sanitario in servizio, nonché i locali e le apparecchiature disponibili. Per i contratti che saranno efficaci fino al termine dello stato di emergenza, sono attribuite alle Regioni risorse per 160 milioni.

Con il decreto Rilancio (D.L. 34/2020) le regioni dovranno garantire l'incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva, tramite apposito Piano di riorganizzazione. Viene prevista la dotazione strutturale di almeno 3.500 posti letto di Terapia Intensiva (corrispondente ad un incremento di circa 70% del numero di posti letto preesistenti la pandemia) e dovrà essere programmato un incremento di 4.225 posti letto di area semi-intensiva. In relazione all'andamento della curva pandemica, per almeno il 50% di questi posti letto, si prevede la possibilità di immediata conversione in posti letti di terapia intensiva, mediante integrazione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio.

Sarà, inoltre, resa disponibile, per un periodo massimo di 4 mesi dalla data di attivazione, una dotazione di 300 posti letto suddivisa in 4 strutture movimentabili. Per ciascuna struttura è prevista una dotazione di 75 posti letto.

Allestimento aree temporanee e opere edilizie

Le Regioni potranno attivare, anche in deroga ai requisiti autorizzativi e di accreditamento, aree sanitarie anche temporanee 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, fino al termine dello stato di emergenza. Le opere edilizie strettamente necessarie a rendere le strutture idonee all'accoglienza e alla assistenza possono essere eseguite in deroga alle disposizioni in materia di edilizia. Allo scopo viene autorizzata una spesa di 50 milioni a valere sui fondi non ancora ripartiti destinati all'edilizia sanitaria di cui all'art. 20 della legge 67/1988.

Il caso dei posti letto nelle terapie intensive: dalle misure all' implementazione

A seguito delle misure previste dal Governo per implementare i posti letto, alla data del 9 ottobre 2020 solo Veneto, Friuli Venezia Giulia e Valle d'Aosta risultavano pronte ad affrontare la seconda ondata con una dote di letti in terapia intensiva che supera i **14 posti per 100mila abitanti, la soglia di sicurezza fissata dal Governo** a maggio scorso con il dl rilancio (D.L. 34/2020) per potenziare questi reparti necessari ai malati Covid più gravi. Di tempo ne è trascorso dal 9 ottobre e sicuramente la situazione è in continua evoluzione. Il dato pertanto è mostrato in questo paragrafo al fine di riflettere sulla capacità delle singole regioni di adeguarsi al target prefissato e la tempestività nell'implementare i posti letto in terapia intensiva.

Figura 8 incremento posti letto in terapia intensiva fase COVID 19

Posti letto terapia intensiva in Italia							
Regioni	Posti pre covid	Posti in più programmati	posti attuali	Incremento pl	pl occupati da pazienti Covid	% letti occupati pazienti Covid	% pl x 100mila abitanti
Abruzzo	123	66	133	10	15	11,3	10
Basilicata	49	32	73	24	0	0	12,9
Calabria	146	134	152	6	1	0,6	10,5
Campania	335	499	427	92	62	14,5	7,3
Emilia Romagna	449	192	516	67	31	6	11,5
Friuli Venezia Giulia	120	55	175	55	10	5,7	14,4
Lazio	571	274	747	176	83	11,1	12,7
Liguria	180	43	209	29	27	12,9	13,4
Lombardia	861	585	983	122	62	6,3	9,8
Marche	115	105	127	12	6	4,7	8,3
Molise	30	14	34	4	0	0	11,1
Piemonte	327	299	367	40	30	8,1	8,4
Pa Bolzano	37	40	55	18	3	5,5	10,5
Pa Trento	32	46	51	19	0	0	9,4
Puglia	304	275	366	42	23	6,2	9
Sardegna	134	102	175	41	26	14,8	10,6
Sicilia	418	301	538	120	44	8,1	10,7
Toscana	374	162	415	41	44	10,6	11,1
Umbria	70	57	70	0	11	15,7	7,9
Valle d'Aosta	10	8	20	10	3	15	15,9
Veneto	494	211	825	331	33	4	16,8
Totale	5179	3500	6458	1259	514	8	10,8

Fonte: Elaborazione Quotidiano Sanità su DL Rilancio e Report Commissario Arcuri

Le regioni che si mostrano più critiche sono senza ombra di dubbio la Campania che ha incrementato di 92 posti letto a fronte dei 499 previsti dal DL 34, l'Umbria che non ha incrementato alcun posto letto e le Marche che ha incrementato solamente 12 posti letto.

Altre Regioni sono comunque indietro come Abruzzo, Piemonte, P.A Trento e Puglia.

Le regioni più virtuose sono il Veneto (16,8), la Valle d'Aosta (15,9) e il Friuli Venezia Giulia (14,4). Lazio, Emilia o Toscana hanno situazioni intermedie ma comunque sotto la soglia dei 14 posti letto per mille abitanti (12,7, 11,5 e 11,1).

Una precisazione in più va fatta proprio per la Lombardia, la regione più colpita dalla prima ondata di Covid. Adesso conta meno di dieci letti (9,8) per 100mila abitanti, per un totale di 983 posti attualmente disponibili, 120 in più rispetto alla situazione pre-coronavirus. Il target individuato per questo territorio è di 1.446 posti complessivi, ma ad oggi il sistema sanitario regionale dispone già di circa 800 attrezzature aggiuntive (respiratori, monitor ecc) per poter intervenire in rapidità (durante i mesi del lockdown si è arrivati ad un fabbisogno di 1.800 posti).

Le Regioni hanno pertanto aggiunto, alla data del 9 ottobre, complessivamente 1.279 letti stabili ai 5.179 iniziali e così la dote attuale, secondo il Governo, è di 6.458 posti. Ma con differenze regionali significative anche a causa del ritardo dei piani regionali che erano attesi a

fine giugno e invece sono stati bollinati solo a fine luglio. Il rischio ora è che sia soprattutto il Centro-Sud a scontare una situazione di offerta inadeguata a fronte di un'emergenza sanitaria che si sta mostrando in queste settimane poderosa.

Il caso anestesisti e rianimatori in terapia intensiva: dalle misure all'implementazione

A Fronte del potenziamento dei posti letto in terapia intensiva è stato necessario lavorare sui medici effettivamente disponibili presso questi reparti. Una interessante analisi proposta da Altems in uno dei più recenti Instant Report²² di novembre mostra una situazione non risolta.

Tabella 6 Confronto posti letto terapia intensiva e numero anestesisti

Regioni	Anestesisti e rianimatori/PL TI Pre DL 34	Anestesisti e rianimatori/PL TI Post DL 34	Differenza 22 ottobre ²³	Differenza 5 novembre
Abruzzo	2,4	2,2	- 0,7	- 0,2
Basilicata	2,5	2,0	- 0,9	- 0,5
Calabria	2,4	2,5	- 1,0	0,1
Campania	3,4	2,4	- 1,3	- 1,0
Emilia Romagna	2,1	1,7	- 0,6	- 0,4
Friuli Venezia Giulia	2,8	2,0	- 0,8	- 0,8
Lazio	2,4	1,7	- 0,7	- 0,7
Liguria	2,8	2,2	- 0,9	- 0,6
Lombardia	2,3	2,1	- 0,8	- 0,5
Marche	2,6	2,1	- 1,2	- 0,5
Molise	2,0	2,4	- 0,3	0,4
P.A. Bolzano	3,3	2,8	- 1,5	- 0,5
P.A. Trento	3,1	2,4	- 1,5	- 0,7
Piemonte	3,0	1,8	- 1,4	- 1,3
Puglia	2,7	2,3	- 1,2	- 0,4
Sardegna	3,0	2,5	- 1,0	- 0,5
Sicilia	2,8	2,1	- 1,1	- 0,7
Toscana	2,4	1,8	- 0,8	- 0,4
Umbria	2,9	2,1	- 1,2	- 0,8
Valle D'Aosta	3,5	1,6	- 1,7	- 1,9
Veneto	1,9	1,4	- 0,3	- 0,5
Italia	2,5	1,9	- 0,9	- 0,6

Fonte: Osservatorio civico sul federalismo in sanità su dati Altems

La tabella confronta il rapporto tra il numero di anestesisti e rianimatori²⁴ per posto letto in terapia intensiva prima del DL34 e **al 5 novembre**, considerando i posti effettivamente attivati dalla Regioni.

In altre parole ogni posto letto vi erano 2,5 unità di personale. Se consideriamo la risposta Prima dell'emergenza sanitaria il rapporto in Italia tra anestesisti e rianimatori e posti letto di TI era di 2.5 strutturale delle regioni, ovvero l'acquisizione di personale tramite bandi per posizioni a tempo indeterminato e determinato, e l'incremento di posti letto tale rapporto scende a 1,9 (-0,6), con rimarcate differenze regionali.

²² Instant REPORT#27: 05 Novembre 2020

²³ instant REPORT #24: 22 ottobre 2020

²⁴ Dati reperiti da http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_PERS_SANIT

Il valore più basso dell'indicatore, considerando i posti letto effettivamente implementati, si registra per Veneto e Valle D'Aosta: rispettivamente 1,4 e 1,6 anestesisti per posto letto di terapia intensiva. Al contrario la regione che mantiene il rapporto più alto è la Provincia Autonoma di Bolzano con 2,8 unità per posto letto. Considerando la differenza tra la situazione pre Covid-19 e lo stato attuale, la regione che registra la riduzione più alta è la Valle d'Aosta (-1.9), passando da 3.5 anestesisti e rianimatori per posto letto prima dell'emergenza a 1.6 dopo l'implementazione di nuovi posti letto.

Molise e Calabria, risultano al momento le uniche regioni a registrare un incremento positivo passando rispettivamente da 2.0 a 2.4 e da 2.4 a 2.5 anestesisti e rianimatori per posto letto in terapia intensiva.

Un rapido confronto con l'evoluzione del fenomeno è dato dalla colonna che mostra la situazione al 22 ottobre. La proporzione di anestesisti/rianimatori per posti letto è migliorata pur mantenendo delle forti criticità in alcune regione come Valle d'Aosta, Piemonte e Campania

3.7 La mobilità sanitaria: un esame del fenomeno

Per proseguire l'ipotetico percorso del paziente mostriamo alcune suggestioni riguardanti la mobilità sanitaria extraregionale.

Un indicatore generale che concorre a valutare la qualità dei servizi messi a disposizione dei cittadini dai diversi SSR è la mobilità sanitaria. In entrata misura il grado di attrazione della regione, in uscita rende conto della propensione della popolazione ad allontanarsi dalla regione di residenza per usufruire delle prestazioni. Il Nuovo Patto della Salute precisa, a tal proposito, che la mobilità sanitaria è espressione del principio di unitarietà del Servizio sanitario nazionale e del diritto dei cittadini di scegliere il luogo di cura. L'evoluzione del fenomeno ha consentito di rilevare, come è noto, criticità nelle aree di confine tra Regioni e nei flussi interregionali, in particolare dal Sud al Nord del Paese. Si tratta di una evidente risposta da parte dei cittadini a carenze nella offerta di prestazioni, tanto dal punto di vista organizzativo che della qualità, che comporta ricadute in termini di accesso e costi per i pazienti e incide sugli equilibri economico-finanziari delle Regioni. Il Patto della Salute prevede la definizione di un nuovo quadro nazionale di riferimento a sostegno degli accordi regionali, con programmi per il potenziamento dei servizi nelle aree critiche, piani di sviluppo delle strutture pubbliche e di quelle private accreditate, il coordinamento dei piani regionali con gli obiettivi del Piano nazionale liste di attesa e l'avvio di un percorso di armonizzazione dei sistemi di controllo dell'appropriatezza degli erogatori accreditati.

Il Ministero della salute ha effettuato a fine 2019 un'analisi sulle SDO 2018²⁵ per inquadrare e misurare correttamente il fenomeno della mobilità, distinguendo la componente fisiologica da quella determinata da carenze dell'offerta della regione di residenza del paziente. L'obiettivo è fornire uno strumento di analisi innovativo, che consenta di individuare le criticità e le carenze di offerta che costringono i residenti ad allontanarsi dalla propria regione per accedere più velocemente alle cure o ricevere assistenza di qualità migliore. L'analisi pertanto si mostra al netto di due fenomeni: quella riconducibile alla componente fisiologica della mobilità, ovvero quella dovuta ad una scelta dal paziente che non origina da carenze dell'offerta della propria regione di residenza anagrafica e quella legata a soggetti che, pur ancora residenti nelle regioni di origine, risultano domiciliati nella regione di ricovero. Pur figurandosi come paziente extra-regione, in realtà la persona compie la scelta naturale di ricoverarsi nella regione vicino a casa.

²⁵ https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=80665

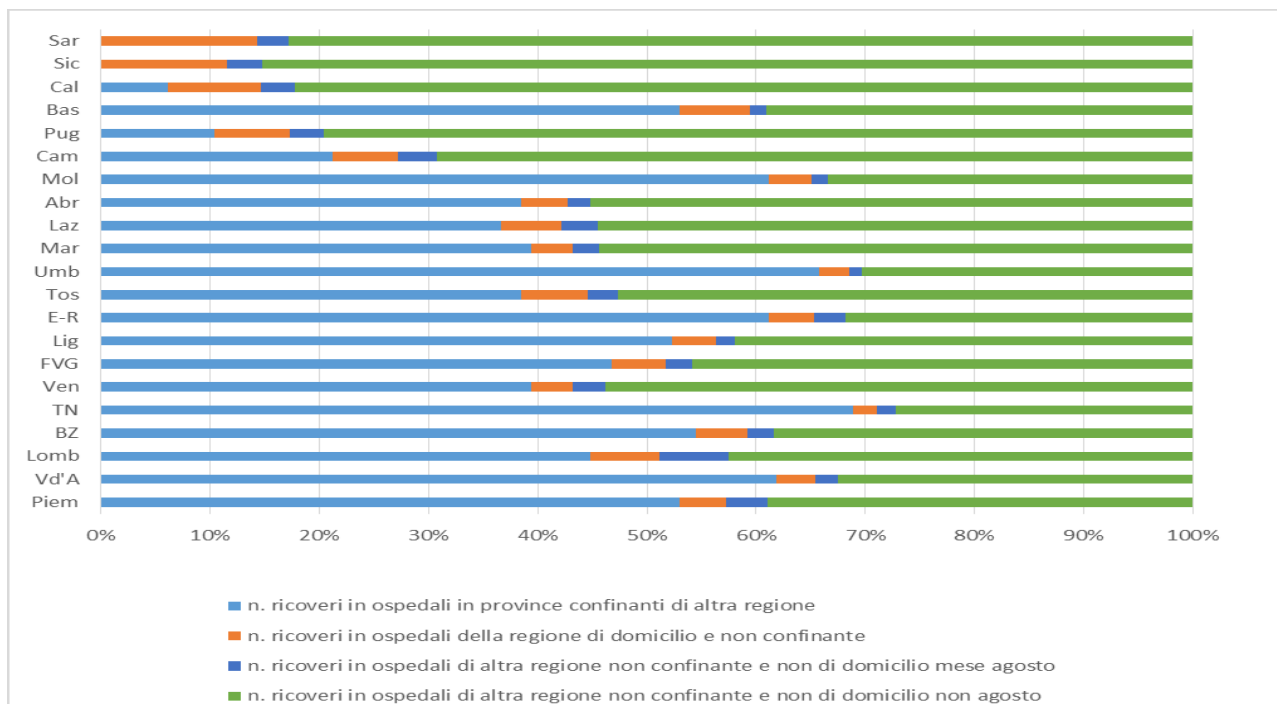
L'analisi del Ministero consente quindi di evidenziare i casi di mobilità che si sono verificati per effettiva esigenza di cure migliori e tempestive.

La mobilità al netto di tali due fenomeni, risulta ridimensionata da 576.729 a 342.390 casi, inferiore del 40%.

L'analisi svolta appare propedeutica all'esame delle cause delle criticità nella rete di offerta di alcune regioni alla base della mobilità infra regionale. In alcuni casi il fenomeno netto risulta molto ridimensionato, mentre in altri la dimensione rimane in ogni caso di rilievo.

Figura 9 L'analisi della Mobilità 2018

regione di residenza	n. casi totale residenti	n. casi residenti ricoverati extraregione		n. casi in mobilità extraregione, residenti in provincia adiacente		n. casi domiciliati nella regione di ricovero		n. casi residenti ricoverati extraregione netti	
		n.casi	% casi	n.casi	% casi	n.casi	% casi	n.casi	% casi
Piemonte	491.991	35.048	7,1	18.570	53,0	1.492	4,3	14.986	3,0
Valle d'Aosta	16.235	2.438	15,0	1.507	61,8	87	3,6	844	5,2
Lombardia	1.142.979	53.232	4,7	23.860	44,8	3.393	6,4	25.979	2,3
P.A. Bolzano	68.351	3.077	4,5	1.678	54,5	145	4,7	1.254	1,8
P.A. Trento	59.559	8.480	14,2	5.837	68,8	187	2,2	2.456	4,1
Veneto	545.914	35.854	6,6	14.114	39,4	1.356	3,8	20.384	3,7
Friuli V.G.	143.035	10.804	7,6	5.052	46,8	539	5,0	5.213	3,6
Liguria	200.005	28.990	14,5	15.166	52,3	1.153	4,0	12.671	6,3
Emilia-Romagna	573.739	34.296	6,0	20.994	61,2	1.422	4,1	11.880	2,1
Toscana	405.252	28.215	7,0	10.857	38,5	1.712	6,1	15.646	3,9
Umbria	108.490	13.506	12,4	8.885	65,8	364	2,7	4.257	3,9
Marche	181.342	24.187	13,3	9.541	39,4	917	3,8	13.729	7,6
Lazio	648.128	54.954	8,5	20.151	36,7	3.045	5,5	31.758	4,9
Abruzzo	159.034	25.945	16,3	9.972	38,4	1.120	4,3	14.853	9,3
Molise	34.952	9.884	28,3	6.042	61,1	392	4,0	3.450	9,9
Campania	620.231	60.514	9,8	12.835	21,2	3.626	6,0	44.053	7,1
Puglia	476.494	44.107	9,3	4.583	10,4	3.043	6,9	36.481	7,7
Basilicata	62.828	15.082	24,0	7.994	53,0	975	6,5	6.113	9,7
Calabria	205.263	40.941	19,9	2.490	6,1	3.529	8,6	34.922	17,0
Sicilia	509.847	37.166	7,3			4.288	11,5	32.878	6,4
Sardegna	183.569	10.009	5,5			1.426	14,2	8.583	4,7
Totale	6.837.238	576.729	8,4	200.128	34,7	34.211	5,9	342.390	5,0



Fonte: elaborazione Corte dei Conti su dati Ministero della Salute

Guardando ai flussi direzionali, al Nord la mobilità riguarda principalmente le regioni di confine, fenomeno che si può considerare fisiologico e che si conferma 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.

Sono in particolare i pazienti di Calabria, Campania e Sicilia a spostarsi di più verso le regioni del Nord.

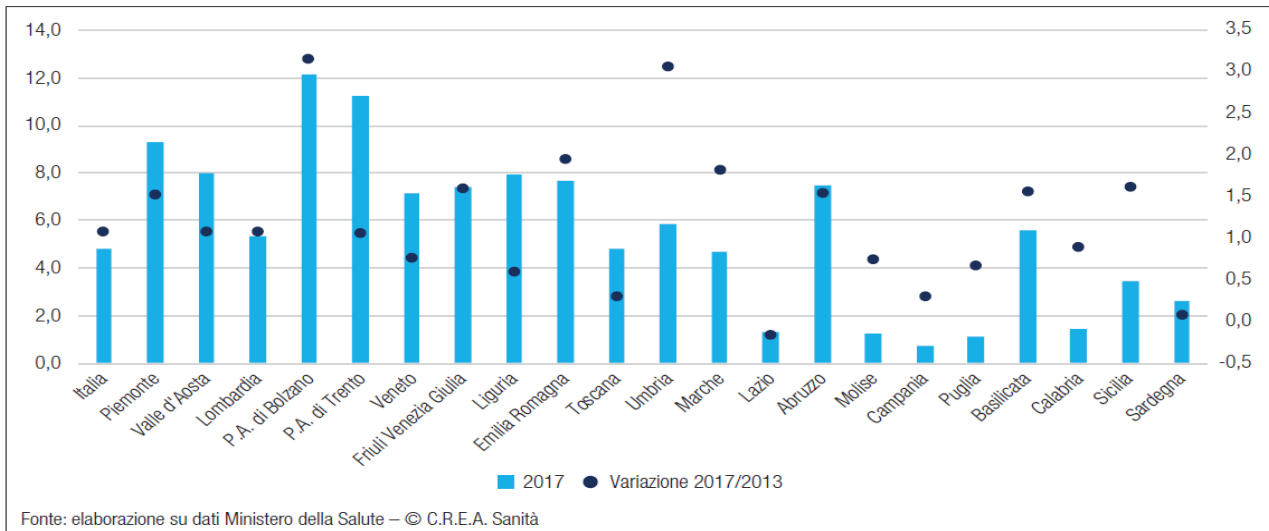
È la Lombardia in ogni caso il luogo di preferenza per i ricoveri per particolari patologie e ricoveri in alta specializzazione, come nel caso di tumori e terapie collegate, che vedono affluire il 29 per cento dei pazienti che si curano fuori regione, mentre il Lazio ne assorbe il 12,4 per cento, provenienti 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 pediatrica.

3.8 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 96,6 mammografi ogni 1.000.000 di abitanti con valori oltre 150 in 2 Regioni (Valle d'Aosta e Umbria). 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 76,5 mammografi per 1.000.000 di abitanti e la Calabria con 86,6, indice con buona probabilità, in questo caso, di una sostanziale carenza di apparecchiature. Stessa situazione per la Calabria e la Campania per la dotazione di TAC (rispettivamente 17,8 e 16,1 con media a 19,9) sia per la dotazione di risonanze magnetiche (rispettivamente con 7,6 e 4,3 con media a 12).

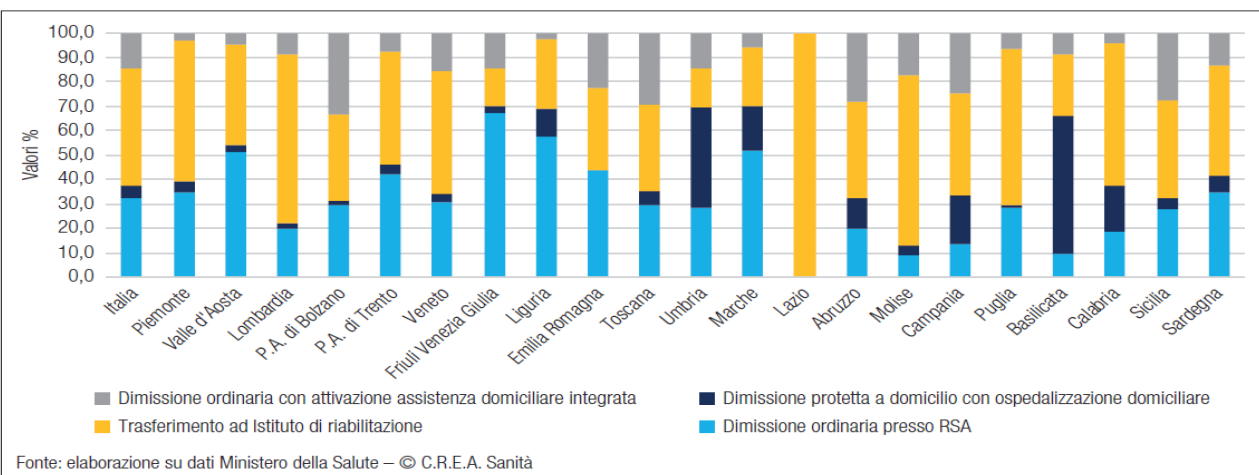
Figura 11 Dimessi vivi in luoghi diversi dal domicilio. Anno 2017



Fonte: CREA Sanità 2019

La quota di pazienti che viene presa in carico dai servizi dell'assistenza intermedia e primaria è fortemente variabile: a fronte di una media in Italia del 4,8% di pazienti vivi dimessi non a domicilio, ad un estremo troviamo le PP.AA. di Bolzano e di Trento che utilizzano tale opzione in oltre il 10% dei casi (rispettivamente il 12,2% e l'11,3%); all'altro troviamo la Campania (1,1%). In generale si registra un netto gradiente Sud- Nord (solo Abruzzo e Basilicata fra le Regioni meridionali superano il 4% di pazienti vivi dimessi non a domicilio). Sembra evidente che la modalità di dimissione è fortemente condizionata dall'offerta di assistenza intermedia e primaria.

Figura 12 Distribuzione dimessi vivi in luoghi diversi dal domicilio per tipologia. Anno 2017



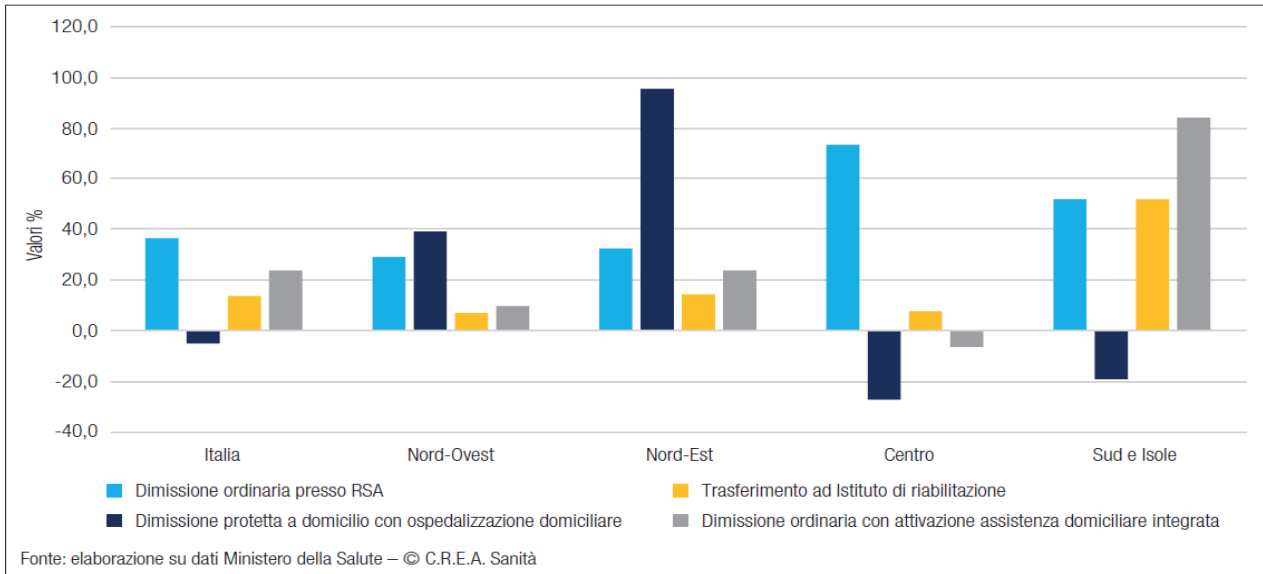
Fonte: CREA Sanità 2019

Ne segue che anche la scelta fra le varie alternative è fortemente variabile e, presumibilmente, slegata da effettive differenze epidemiologiche e/o di bisogno. La dimissione in riabilitazione rappresenta una opzione utilizzata in modo abbastanza omogeneo a livello regionale, con l'eccezione di Friuli Venezia Giulia, Umbria, Marche e Basilicata, dove appare essere una opzione residuale. Di contro è la soluzione "preferita" in Lombardia. Appare altresì degno di nota il forte ricorso alla dimissione protetta o alla ospedalizzazione domiciliare in Basilicata e, a seguire, in Umbria. La scelta di elezione in Friuli Venezia Giulia, ma anche in Liguria e nelle Marche, sembra invece essere il ricovero in strutture residenziali.

Il maggior ricorso relativo all'ADI è quello che si registra nel Sud e Isole, con un incremento tra il 2017 ed il 2013 del +84,4%).

Tutte le forme di dimissione (non a domicilio) sono comunque in crescita; l'eccezione riguarda la dimissione protetta che diminuisce a livello nazionale.

Figura 13 Distribuzione per tipologia dei dimessi vivi in luoghi diversi dal domicilio. Variazione 2017/2013



Fonte: CREA Sanità 2019

Dal confronto per ripartizioni emerge che la dimissione protetta cresce nettamente nel Nord-Est (+95,3%) e nel Nord-Ovest (+39,4%) e diminuisce nel Centro e nel Sud e Isole (rispettivamente -27,2% e -19,1%).

Di contro, cresce nettamente il ricorso alle dimissioni in strutture residenziali in tutto il Paese ed in particolare nel Centro Italia (+73,4%). Aumenti significativi nella dimissione in riabilitazione si osservano nel Sud e Isole (+51,8%). Infine, aumenta il ricorso all'ADI in tutte le ripartizioni geografiche, ad eccezione del Centro Italia (-6,4%). La scelta per la continuità ospedale-territorio è quindi ancora condizionata dall'offerta; la variabilità regionale non sembra poter dipendere da specificità epidemiologiche e/o sociali, confermando che i modelli di assistenza primaria (e intermedia) regionali effettivamente in atto sono fortemente difforni e non sembra intravedersi una tendenza alla convergenza: probabilmente, manca proprio un modello di assistenza primaria basato sull'evidenza.

Si evince, ancora, che stenta a consolidarsi un modello di continuità fra ospedale e assistenza intermedia e primaria: i dimessi vivi non a domicilio, incidono in modo difforme regionalmente, e presumibilmente sono indirizzati alle varie alternative, in funzione dell'offerte disponibile, più che dei loro reali bisogni.

Il raccordo tra ospedale e territorio: i dati del monitoraggio dei DH oncoematologici di Cittadinanzattiva

Vogliamo di seguito proporre alcuni dati relativi all'esito del monitoraggio su 46 DH oncoematologici svolto da Cittadinanzattiva nel 2018 in diverse regioni italiane. I dati sono relativi alla capacità di raccordo tra ospedale e territorio, intesa come la efficacia organizzativa del percorso nel garantire l'invio del paziente alla presa in carico sul territorio. Dai dati emergono alcune difformità territoriali interessanti. Innanzitutto solo gli ospedali monitorati in Lombardia e Umbria garantiscono la presenza di protocolli operativi per la verifica della continuità

assistenziale; tuttavia di queste solamente le strutture Lombarde garantiscono anche la presenza di un referente per la gestione del percorso. Le strutture di Lazio e Umbria hanno un referente solo nel 50% dei casi, mentre molto critica la situazione in Sicilia e Campania dove questa funzione è presente solo nel 20% delle strutture monitorate. Rispetto al raccordo verso altri setting assistenziali vediamo che per l'ADI esso è garantito sempre solo nelle strutture monitorate in Sicilia e Lombardia mentre in Campania e Umbria è piuttosto debole. Le strutture Siciliane si mostrano deboli anche nel raccordo verso i centri di terapia del dolore e l'hospice e nessuna struttura garantisce un raccordo con i centri per la riabilitazione. Il raccordo con la riabilitazione è molto critico anche in Umbria (16%). Appare quanto mai evidente quanto, a fronte di servizi e strutture territoriali esistenti, sia il raccordo, ovvero la capacità di "dialogare" tra strutture ospedaliere e territoriali a fare la differenza nella vita del cittadino. Tante volte abbiamo assistito a testimonianze di cittadini dimessi e lasciati a loro stessi, con interruzioni importanti della presa in carico e costretti a inventarsi soluzioni fai da te. Immaginiamo solo, un paziente terminale siciliano dimesso dall'ospedale e bisognoso di un ricovero in hospice, che deve individuare da sé una struttura pronta ad accoglierlo. Temiamo che il giudizio non possa diverso dal ritenere questo fatto inaccettabile.

Tabella 7 la continuità assistenziale dall'ospedale ad altri setting assistenziali

regioni	Presenza di protocolli per la verifica della continuità assistenziale	Referente per continuità terapeutica nei diversi setting assistenziali	Modalità organizzative/raccordo tra dimissione ospedaliera e altri setting assistenziali	
Lombardia	100%	100%	- Riabilitazione - Centri terapia del dolore - Hospice - ADI	33% 66% 66% 100%
Lazio	60%	50%	- Riabilitazione - Centri terapia del dolore - Hospice - ADI	60% 60% 100% 80%
Umbria	100%	50%	- Riabilitazione - Centri terapia del dolore - Hospice - ADI	16% 50% 66% 66%
Campania	66%	22%	- Riabilitazione - Centri terapia del dolore - Hospice - ADI	66% 100% 66% 66%
Sicilia	60%	20%	- Riabilitazione - Centri terapia del dolore - Hospice - ADI	0% 33% 33% 100%

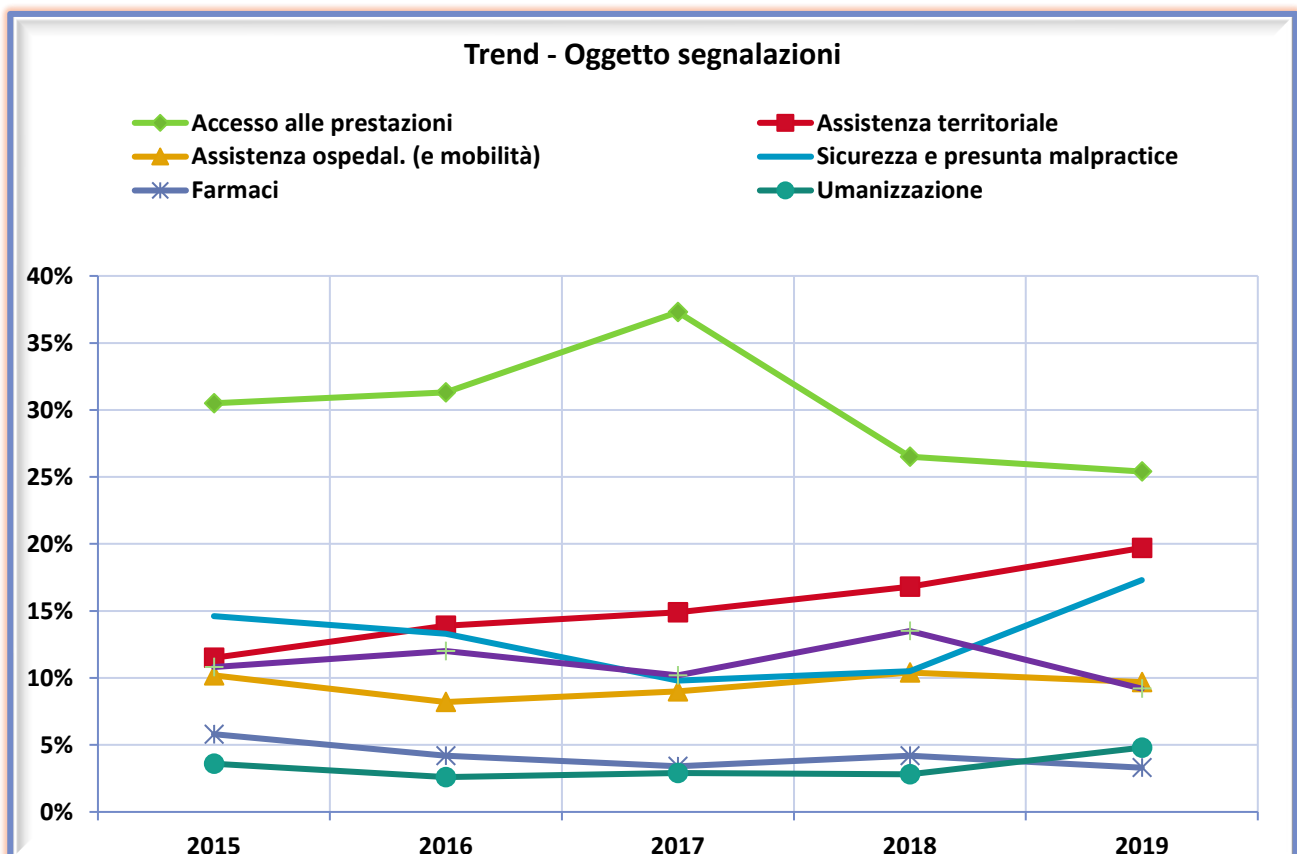
Fonte: Osservatorio civico sul federalismo in sanità su dati Monitoraggio dei DH oncematologici – Cittadinanzattiva 2019

4. Assistenza territoriale

di Michela Liberti, Maria Vitale e Valeria Fava

Le segnalazioni che raccogliamo con il nostro servizio di tutela²⁷ e che riportiamo annualmente nel Rapporto Pit Salute²⁸ ci raccontano che nell'ultimo quinquennio (2015-2019) l'accesso alle prestazioni e l'**assistenza territoriale** sono stati gli ambiti nei quali i cittadini, che si rivolgono a noi, hanno incontrato le maggiori criticità. In considerazione del valore da sempre attribuito alle segnalazioni come "eventi sentinella", queste due aree hanno mostrato negli anni la loro fragilità trascinandosi dietro questioni irrisolte sulle quali non si è agito in maniera "sistemica" provocando inevitabili ripercussioni sull'intero SSN (inappropriati accessi ai Pronto Soccorso, lunghe liste di attesa, ricorso alla sanità privata, rinuncia alle cure, etc.).

Fig. 1 Oggetto segnalazioni servizio tutela- Trend 2015-2019



Fonte: XXIII Rapporto PiT Salute – Cittadinanzattiva

²⁷ [Progetto Integrato di Tutela](#)

²⁸ [Rapporto Pit Salute](#)

4.1. La medicina generale

La medicina generale è da decenni riconosciuta quale espressione fondamentale delle cure primarie e principale leva per garantire l'accesso diffuso alla salute di tutti. I medici di medicina generale (MMG), all'interno delle cure primarie, costituiscono il primo punto di contatto del cittadino con il sistema e il nodo centrale nella presa in carico continuativa del paziente indipendentemente da sesso ed età, anche al di là di questioni legate a specifiche patologie. Quindi, i processi di trasformazione istituzionali e organizzativi della componente territoriale dei servizi sanitari e socio-sanitari devono coinvolgere i MMG perché sono sempre più chiamati a svolgere un approccio di *patient-centred* volto alla governance degli interventi erogati in modo frammentario da soggetti diversi.

Nel tempo le sfide con cui le cure primarie sono state chiamate a confrontarsi sono cresciute, tra le sfide messe in evidenza nella letteratura scientifica rientrano²⁹:

- 1) l'incapacità di affrontare quei fattori sociali e non medici (quali povertà, educazione, sistemazioni abitative, inquinamento, fattori alimentari) che possono essere responsabili degli *outcome* di salute fino al 90%;
- 2) un orientamento alle dinamiche complessive della popolazione oltre alla salute individuale;
- 3) la poca predisposizione a sviluppare processi di *community building* in stretto contatto con i vari stakeholder.

I medici di medicina generale: una fotografia dello stato attuale

La figura del medico di medicina generale viene definita per la prima volta nella [legge 833 del 1978 all'art. 25 che dice](#): «L'assistenza medico-generica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel Comune di residenza del cittadino». Tra le due alternative, la scelta è caduta sulla libera professione in convenzione ([legge 502 del 1992, art. 8](#)), vuol dire che il lavoro dei medici di medicina generale è disciplinato da accordi collettivi triennali sottoscritti dalle loro rappresentanze sindacali e dalla Conferenza Stato-Regioni. Ogni prestazione aggiuntiva deve quindi passare da una contrattazione sindacale.

La tabella 1 riporta la distribuzione regionale dei medici di medicina generale e della popolazione divisa per classi di età, da cui si rileva che i MMG assistono l'86,7% della popolazione di cui il 60% rientra nella fascia 45-oltre 74, una popolazione che richiede un grado maggiore di assistenza sempre crescente.

Tab. 1 Distribuzione regionale: mmg, popolazione per classe di età (distribuzione %), popolazione totale – anno 2017

REGIONI	N° mmg per regione	Popolazione per classe di età – distribuzione %					Tot. Popolaz.
		0-14	15-44	45-64	65-74	oltre 74	
PIEMONTE	3.038	12,6	32,1	30,0	11,9	13,3	4.375.865
VALLE D'AOSTA	86	13,4	32,4	30,7	11,4	12,1	126.202
LOMBARDIA	6.245	13,8	34,2	29,6	10,8	11,6	10.036.258
P.A. BOLZANO	279	15,8	36,1	28,7	9,4	10,1	527.750
P.A. TRENTO	361	14,5	34,4	29,4	10,7	11,0	539.898
VENETO	3.198	13,5	33,5	30,4	11,1	11,5	4.905.037
FRIULI VENEZIA GIULIA	873	12,2	31,5	30,4	12,4	13,5	1.215.538
LIGURIA	1.151	11,3	29,6	30,7	12,7	15,7	1.556.981
EMILIA ROMAGNA	2.995	13,2	33,2	29,8	11,1	12,7	4.452.629
TOSCANA	2.718	12,5	32,4	29,8	11,9	13,3	3.736.968
UMBRIA	719	12,7	32,9	29,2	11,7	13,5	884.640

²⁹ Capitolo 11, *Regione, azienda sanitaria e medicina generale: relazione in trasformazione*, Rapporto OASI 2019, CERGAS-Bocconi

MARCHE	1.125	12,8	33,3	29,4	11,3	13,2	1.531.753
LAZIO	4.600	13,5	35,0	30,1	10,5	10,9	5.896.693
ABRUZZO	1.105	12,6	34,2	29,6	11,3	12,3	1.315.196
MOLISE	264	11,5	34,8	29,5	11,4	12,9	308.493
CAMPANIA	4.297	14,7	38,4	28,4	9,8	8,6	5.826.860
PUGLIA	3.286	13,3	36,3	28,7	11,1	10,6	4.048.242
BASILICATA	486	12,1	35,6	29,7	10,7	11,9	567.118
CALABRIA	1.604	13,4	36,9	28,5	10,6	10,6	1.956.687
SICILIA	4.089	14,0	36,9	28,3	10,6	10,2	5.026.989
SARDEGNA	1.212	11,4	34,1	31,3	11,8	11,3	1.648.176
ITALIA	43.731	13,4	34,6	29,5	11,0	11,6	60.483.973

Fonte: Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica-anno 2017

Inoltre, sappiamo che in media a livello nazionale ogni medico di base ha un carico potenziale di 1.211 adulti residenti. A livello regionale esistono notevoli differenziazioni: per le regioni del Nord, fatte salve alcune eccezioni, gli scostamenti dal valore medio nazionale sono positivi. In particolare si evidenzia la Provincia Autonoma di Bolzano con 1.613 residenti adulti per medico di base: va però tenuto presente che in detta Provincia Autonoma il contratto di convenzione con il SSN dei medici di base stabilisce quale massimale di scelte 2.000 assistiti. In tutte le Regioni del Sud, ad eccezione della Regione Sardegna, il carico potenziale dei medici di medicina generale è inferiore al valore medio nazionale; la Regione Basilicata in particolare registra il valore minimo di 1.037 residenti adulti per medico.

Tab. 2 Distribuzione dei medici generici per classi di scelte e n° adulti residenti per medico generico – anno 2017

REGIONI	MEDICI GENERICI DISTINTI PER CLASSI DI SCELTE				N° adulti residenti per medico generico
	da 1 a 500 (%)	da 501 a 1000 (%)	da 1.001 a 1500 (%)	oltre 1.500 (%)	
PIEMONTE	5,1	14,6	45,7	34,5	1.272
VALLE D'AOSTA	7	8,1	62,8	22,1	1.285
LOMBARDIA	3,4	8,3	30,7	57,6	1.400
P.A. BOLZANO	2,5	7,5	24,4	65,6	1.613
P.A. TRENTO	5	16,3	35,5	43,2	1.294
VENETO	4,8	11,0	38,8	45,4	1.342
FRIULI VENEZIA GIULIA	5	16,2	55,7	23,1	1.235
LIGURIA	7,7	19,0	44,9	28,4	1.211
EMILIA ROMAGNA	5,2	15,4	40,2	39,2	1.303
TOSCANA	9,7	16,3	44,2	29,8	1.214
UMBRIA	12,8	24,2	44,6	18,4	1.085
MARCHE	6,8	20,4	44,9	27,9	1.199
LAZIO	13,1	21,1	38,7	27,1	1.121
ABRUZZO	15,7	21,6	43,7	19,0	1.051
MOLISE	11	28,8	46,2	14,0	1.044
CAMPANIA	9,2	20,1	43,7	27,0	1.171
PUGLIA	13,4	22,7	47,0	17,0	1.080
BASILICATA	12,6	28,6	43,8	15,0	1.037
CALABRIA	14,9	28,4	40,9	15,8	1.069
SICILIA	13,7	24,9	48,1	13,3	1.070
SARDEGNA	8,6	19,6	46,0	25,7	1.216
ITALIA	8,8	17,9	41,7	31,6	1.211

Fonte: Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica -anno 2017

Se si analizzano i dati degli ultimi 10 anni disponibili (2007-2017) relativi all'assistenza primaria si osserva che, mentre il numero di MMG mostra complessivamente un trend di leggero decremento (da 46.964 a 43.731, -6,9% - Fonte Annuario Statistico del SSN), quella che è cambiata radicalmente è la composizione del suo insieme, come dimostra la tabella che segue.

Tab. 3 Distribuzione dei medici generici per anzianità di laurea – anno 2017

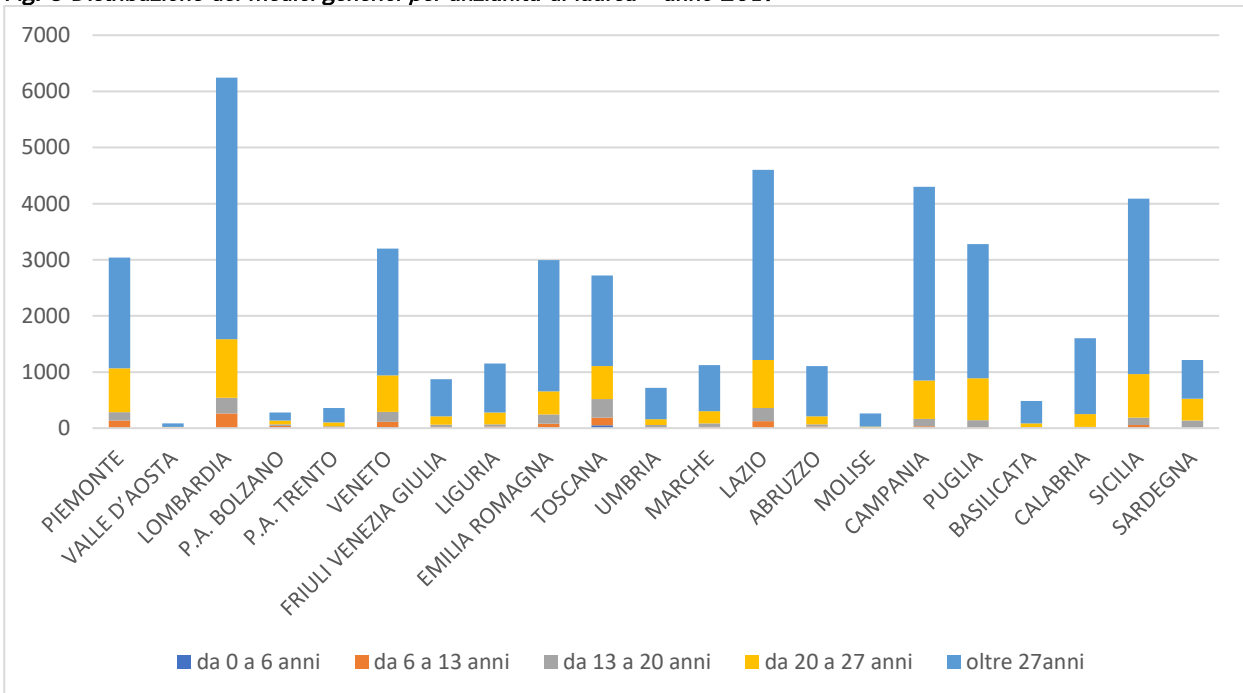
REGIONI	NUMERO DI MEDICI GENERICI PER ANZIANITA' DI LAUREA				
	da 0 a 6 anni	da 6 a 13 anni	da 13 a 20 anni	da 20 a 27 anni	oltre 27anni
PIEMONTE	2	132	150	782	1.972
VALLE D'AOSTA	-	6	4	15	61
LOMBARDIA	-	260	282	1.044	4.659
P.A. BOLZANO	10	30	31	65	143
P.A. TRENTO	-	19	13	72	257

VENETO	16	98	176	648	2.260
FRIULI VENEZIA GIULIA	-	20	43	150	660
LIGURIA	-	30	39	213	869
EMILIA ROMAGNA	10	70	163	411	2.341
TOSCANA	51	135	334	587	1.611
UMBRIA	-	16	38	103	562
MARCHE	1	22	63	218	821
LAZIO	-	127	231	857	3.385
ABRUZZO	7	22	39	141	896
MOLISE	-	-	2	28	234
CAMPANIA	11	24	132	682	3.448
PUGLIA	1	17	127	743	2.389
BASILICATA	-	3	12	71	400
CALABRIA	-	3	21	225	1.355
SICILIA	6	51	130	776	3.126
SARDEGNA	4	9	126	385	688
ITALIA	119	1.094	2.156	8.216	32.146

Fonte: Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica-anno2017

La percentuale di MMG con oltre 27 anni di anzianità di laurea è passata dal 32,2% del 2007 al 73,5% del 2017. Questi dati hanno generato crescente preoccupazione legata all'imminente carenza di MMG e ai rischi collegati.

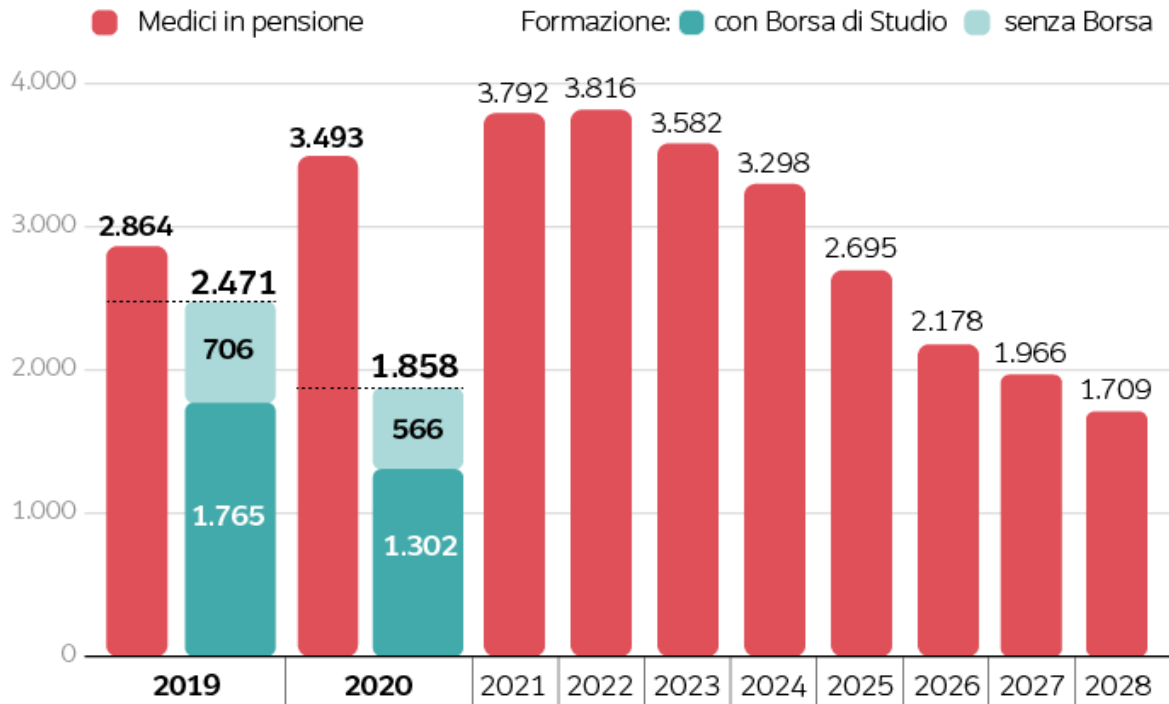
Fig. 3 Distribuzione dei medici generici per anzianità di laurea – anno 2017



Fonte: Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica-anno2017

Questo trend non è stato compensato nel tempo da un sufficiente numero di borse messe a bando, fenomeno ulteriormente inasprito dal fatto che la MG registra i più alti tassi di abbandono nel corso del processo di specializzazione, come risulta dal grafico di seguito.

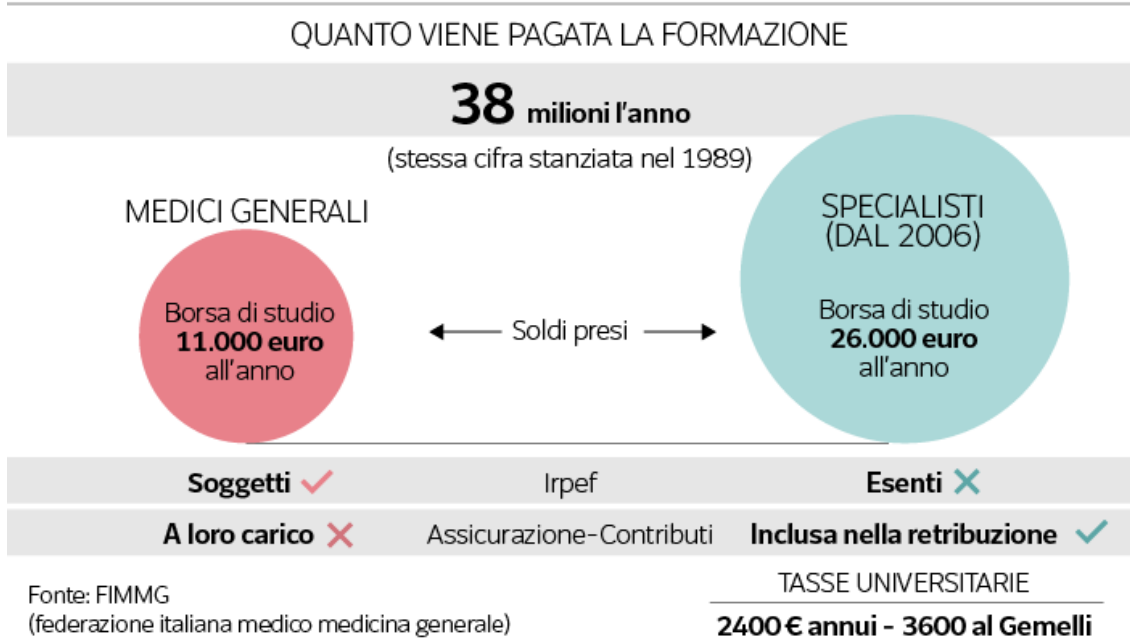
Fig. 4 numero dei MMG in pensione, in formazione



Fonte: FIMMG - Dataroom 8 novembre 2020

Vengono formati sempre meno medici: lo scorso anno 2.864 medici di medicina generale sono andati in pensione, ma sono solo 1.765 le borse di studio previste; nel 2020 scendono a 1.032 per sostituire 3.493 che quest'anno smettono l'attività. Inoltre, la borsa di studio dei neolaureati che si iscrivono al corso di formazione triennale per diventare medici di famiglia è di 11 mila euro l'anno, sono soggetti a Irpef e con contributi a carico; mentre quella per chi sceglie il corso di specializzazione è di 26 mila, contributi inclusi e senza Irpef³⁰.

Fig. 5 valore delle borse di studio per la medicina generale e quella specialistica



³⁰ [Tampono rapido Covid e medico di base, ecco chi deve fare il test e perché non funzionano le cure a casa di Milena Gabanelli e Simona Ravizza, Dataroom, 8 novembre 2020](#)

Infine, il finanziamento per i corsi di formazione triennale è di 38 milioni l'anno, la stessa cifra del 1989.

Le modalità organizzative adottate nelle diverse regioni

Il Rapporto OASI 2019³¹ ricostruisce a partire dalla Normativa Nazionale e dagli Accordi Integrativi Regionali le modalità organizzative adottate nelle diverse regioni.

Normativa nazionale

All'interno della normativa nazionale il focus viene posto principalmente sulle forme organizzative della MG:

1. Forme associative
2. Forme aggregative funzionali (quali le AFT-Aggregazioni Funzionali Territoriali)
3. Forme aggregative strutturali (soluzioni che prevedono la concentrazione fisica dei servizi a partire da quelli della MG)

Le forme associative.

Le forme associative della MG nascono con l'ACN del 2000, dove all'Art. 40 "Forme associative dell'assistenza primaria" per la prima volta se ne delineano caratteristiche, finalità, tipologie e strumenti. Le forme associative vengono promosse in quanto si attribuisce loro la finalità di facilitare il rapporto tra il cittadino e il medico, snellendo le procedure di accesso ai servizi. Esse hanno inoltre lo scopo di aumentare la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni, tramite il coordinamento funzionale dell'attività del MMG con i servizi e con le attività del distretto, e la condivisione e implementazione di linee guida o percorsi diagnostici terapeutici per patologie ad alta prevalenza.

Per quanto riguarda le tipologie di forme associative, l'ACN 2000 ne individua due di diversa natura:

1) Forme associative che costituiscono modalità organizzative del lavoro e di condivisione funzionale delle strutture di più professionisti (per sviluppare le potenzialità assistenziali), In particolare, rientrano in questa tipologia diverse fattispecie:

- la medicina in associazione semplice
- la medicina in rete
- la medicina di gruppo

Il livello di complessità organizzativa è crescente dalla prima alla terza forma associativa: si passa infatti dall'unione di MMG che coordinano le loro attività mantenendo i propri studi (associazione semplice) alla condivisione di sistemi informativi (associazione in rete), fino alla condivisione di una sede unica e dello stesso personale di studio (associazione di gruppo).

2) Le società di servizio, anche cooperative, che non possono fornire prestazioni sanitarie e assicurano esclusivamente beni e servizi ai medici.

La società di servizi può essere composta da medici aderenti a una delle tre forme associative e può offrire strutture e servizi come:

- a. Sedi associative, studi professionali, poliambulatori
- b. Beni strumentali
- c. Servizi informativi, organizzativi e gestionali
- d. Servizi informatici, telematici, di raccolta dati e telemedicina
- e. Servizi di verifica e revisione della qualità
- f. Ogni altro bene o servizio, ma non la fornitura di prestazioni sanitarie.

³¹ [Rapporto OASI, 2019](#)

Secondo l'ACN 2000, l'appartenenza di un medico alla società di servizi non comporta per il medico il riconoscimento di alcun incentivo.

I modelli aggregativi funzionali.

Le équipes territoriali sono modelli organizzativi funzionali e multi professionali, nascono con l'ACN 2000 che ne traccia i fondamenti nell'Art. 15 "Equipes territoriali" e vengono poi riprese dall'ACN 2005 (Art. 25 "Equipes territoriali e UTAP"). Esse rappresentano il primo esempio di costituzione di gruppi multidisciplinari: le équipes sono infatti formate da figure professionali deputate a garantire assistenza primaria, continuità assistenziale, PLS, assistenza specialistica ambulatoriale, medicina dei servizi e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria. Secondo l'ACN 2000, le équipes possono essere considerate articolazione distrettuale. Le équipes si ritrovano anche nell'accordo del 2005, il quale include tra le finalità la continuità assistenziale e la presa in carico del paziente.

A partire dall'ACN del 2009 nell'Art. 12 "Aggregazione funzionale territoriale della medicina generale" si inizia a parlare di **Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)**. Le AFT differiscono dalle équipes in primo luogo perché sono aggregazioni mono professionali e in secondo luogo perché sono una forma aggregativa obbligatoria. Le AFT sono pensate per raggiungere l'integrazione professionale delle attività dei singoli MMG per conseguire obiettivi di assistenza. Mentre l'ACN 2009 si concentra sull'identificazione di obiettivi e strumenti a disposizione, la Legge Balduzzi 189/2012 nell'Art.1 riprende il concetto di AFT e offre una rinnovata definizione. Nel 2012, le AFT vengono infatti definite come modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali che condividono obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi. Viene inoltre sottolineato come siano le regioni a dover definire, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, obiettivi e programmi di attività delle forme aggregative, definendo i conseguenti livelli di spesa programmati, insieme a indicatori e percorsi applicativi. Le AFT possono essere costituite per ciascuna famiglia professionale (MMG, PLS e specialisti ambulatoriali).

Infine, il Patto per la Salute 2014/2016 recupera grande enfasi sulle AFT. Da un lato viene posta l'attenzione sull'interazione che deve esserci tra esse e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP): ogni AFT della medicina generale e della pediatria è funzionalmente collegata ad una UCCP al fine di promuovere un modello multi professionale ed interdisciplinare per l'erogazione delle cure primarie. Dall'altro lato, le AFT diventerebbero le "uniche forme di aggregazione dei MMG e dei PLS, sostituendo le diverse tipologie di forme associative della medicina generale e le altre tipologie di aggregazioni funzionali e/o strutturali realizzate nelle varie regioni" (Patto per la Salute 2014/2016).

I modelli aggregativi strutturali.

Un primo tentativo di costituzione di modelli organizzativi strutturali della MG insieme con altri professionisti, si osserva nell'Art. 26 dell'ACN 2005 che invita le regioni a prevedere in via sperimentale e con partecipazione volontaria dei medici e altri operatori sanitari la costituzione di **UTAP (unità di assistenza primaria)**, ovvero di strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale per rispondere in modo complesso ai bisogni di salute. Le UTAP evolvono poi in UCCP con l'Art. 13 dell'ACN 2009 "Requisiti e funzioni minime dell'UCCP". Innanzitutto, secondo l'accordo, alle regioni è demandata la programmazione e la definizione delle UCCP, i cui modelli possono essere diversi in relazione alle caratteristiche orografiche e demografiche e ai bisogni assistenziali specifici della popolazione. Inoltre dall'entrata in vigore dell'accordo, i MMG, i PLS, gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari sono obbligati a svolgere la loro attività all'interno delle UCCP attivate dagli accordi regionali.

Tra le caratteristiche che sono delineate nell'Art. 13, l'UCCP: opera nell'ambito dell'organizzazione distrettuale con sede unica o con sede di riferimento, è costituita da medici convenzionati e si può avvalere di altri operatori amministrativi, sanitari e sociali secondo quanto previsto dagli accordi regionali.

L'UCCP è la forma organizzativa ideale per assicurare l'erogazione dei LEA, erogare servizi sanitari di base e diagnostica di primo livello, sviluppare la medicina di iniziativa e realizzare l'integrazione tra assistenza sociale e sanitaria in raccordo con i distretti. Le UCCP appaiono quindi come uno strumento di concentrazione fisica di servizi e di professionisti di diversa natura. Anche la Legge Balduzzi valorizza la multi professionalità: le UCCP vengono infatti definite come forme organizzative multi professionali che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione di tutte le figure professionali, con particolare riguardo all'integrazione tra medicina specialistica e medicina generale. Infine, nel Patto per la Salute 2014/2016, quanto affermato per le AFT vale anche per le UCCP, che dovrebbero andare a sostituire le forme aggregative precedenti.

Dall'analisi emerge come le basi normative sostanziali per la costituzione e la configurazione delle forme associative siano state poste dall'ACN del 2000, senza più subire alcuna modifica considerevole fino ad oggi. La tabella sintetizza i contenuti principali, rispetto alla prospettiva di studio adottata, del quadro normativo nazionale rintracciato.

Tab. 4 Comparazione dei modelli organizzativi della medicina generale

	Tipo di modello organizzativo		Composizione		Modalità di adesione	
	Funzionale	Strutturale	Mono professionale	Pluri professionale	Obbligatorio	Facoltativo
Forme associative	X	X	X			X
Equipes territoriali	X			X		X
AFT	X		X		X	
UTAP		X		X		X
UCCP		X		X	X ³²	

Fonte: Rapporto OASI, 2019

4.1.2 Accordi integrativi regionali

Un altro punto di osservazione è quello relativo alla situazione regionale, con l'obiettivo di analizzare e comparare le forme per il governo della MG proposte dalle regioni. Per questo fine, sono stati analizzati gli ultimi Accordi Integrativi Regionali (AIR), che rappresentano la declinazione regionale del quadro normativo definito a livello nazionale.

L'analisi presentata nel Rapporto OASI è stata focalizzata su 4 principali strumenti di governo della MG previsti dagli AIR: associazionismo medico e innovazione nei modelli organizzativi; piani di incentivi e sistemi premianti; coinvolgimento in progetti innovativi; sistemi informativi. Ai fine del nostro lavoro abbiamo deciso di concentrarci su tre di questi. Di seguito il quadro sinottico.

³² Secondo l'ACN 2009, dall'entrata in vigore dell'accordo, i MMG, i PLS, gli specialisti ambulatoriali e gli altri professionisti sanitari convenzionati sono obbligati a svolgere la loro attività all'interno delle UCCP attivate con gli accordi regionali. Nonostante ciò, come approfondito nel paragrafo successivo, non tutte le regioni hanno pienamente attivato tali forme organizzative.

	AFT	UCCP	CRONICITÀ	SVILUPPO DEI SISTEMI INFORMATIVI
ABRUZZO	24 su 75	6 su 25	Non sono previste al momento progettualità ad hoc per la MG per la presa in carico della cronicità ma ha recepito il PNC con DGR 421 del 18/06/2018.	L'AIR2006 applica la struttura incentivante definita dall'ACN senza integrazione degli incentivi. Non sono diffuse soluzioni tecnologiche particolari.
	disallineamento tra le Aziende			
BASILICATA	-	-	Non sono presenti programmi strutturati né è stato recepito il PNC. La Regione ha in programma una sperimentazione dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFC). Possibile coinvolgimento dei MMG.	L'AIR 2008 garantisce un'indennità informatica allineata con quanto previsto nell'ACN ³³ . Per i medici in grado di garantire alcune attività ulteriori si prevede una quota aggiuntiva ³⁴
	Permangono le UTAP (forma organizzativa strutturale) e le équipes di assistenza territoriale			
EMILIA ROMAGNA	-	Case della salute	Nel 2014 l'Agenzia, in collaborazione con la Jefferson University di Philadelphia, ha sviluppato un proprio modello (Risk-EM). L'adesione da parte dei NCP è volontaria, al momento il numero di MMG coinvolti è ancora limitato. L'algoritmo Risk-EM è stato inserito anche nei più recenti accordi attuativi aziendali ³⁵	La Rete SOLE (Sanità On LinE) permette di collegare tutti i medici convenzionati con le strutture sanitarie e con i colleghi. Permette inoltre di integrare i medici non associati, che tramite la rete SOLE entrano in contatto con i NCP e l'azienda. Sull'infrastruttura SOLE si poggia il Fascicolo Sanitario Elettronico.
	Nuclei di Cure Primarie (multiprofessionali)			
LAZIO	-	Case della Salute (in fase di implementazione)	La nuova governance della presa in carico della cronicità prevede che i MMG procederanno a rendere operativi i PDTA arruolando i pazienti cronici nei percorsi diabete, BPCO, scompenso cardiaco, oltre che negli altri che la Regione intenderà avviare. Si rimanda al livello aziendale per la definizione dei progetti e delle modalità di erogazione da parte dei MMG delle attività specialistiche nell'ambito del Governo delle Liste d'Attesa.	Utilizza la "cooperazione applicativa" tra MMG e sistemi informativi della Regione Lazio, che prevede l'interoperabilità degli applicativi di studio medico con i sistemi regionali. Tutte le UCP sono collegate in cooperazione applicativa con il sistema regionale, e il singolo medico nelle UCP condivide le schede sanitarie individuali dei propri assistiti con gli altri partecipanti dell'UCP ³⁶ .
	Unità di Cure Primarie (forma associativa mono-professionale di MMG di uno stesso distretto che condivide obiettivi e può effettuare accertamenti diagnostici di base)			
	-	-		

³³ L'indennità forfetaria mensile pari a 77,47 euro è subordinata al rispetto della soglia del 70% della stampa informatizzata delle prescrizioni.

³⁴ L'elaborazione di statistiche di tipo epidemiologico e la compilazione di liste di pazienti con caratteristiche omogenee, si prevede un contributo ulteriore di 1,29 euro per assistito.

³⁵ Esempio: l'AAA 2018-2020 dell'Ausl di Ferrara sottolinea come per la formulazione dei PAI nei casi di politerapie per comorbidità si debba tenere conto delle raccomandazioni sulla sicurezza delle cure (Risk-ER); nell'AAA 2018-2019 dell'Ausl di Bologna, invece, si evidenzia come ai MMG saranno consegnate le liste dei pazienti a fragilità alta o molto alta individuati secondo algoritmo Risk-ER che gli sarà richiesto di confermare.

³⁶ La Regione riconosce inoltre 125 euro nel 2017 e 250 euro nel 2018/2019 per medici che raccoglieranno il consenso dell'assistito alla costituzione del Fascicolo Sanitario Elettronico e la compilazione del Patient Summary, il documento che riassume la storia clinica sintetica del paziente, per almeno il 70% degli assistiti.

LOMBARDI A	<p>Le forme associative tradizionali rimangono l'elemento fondante dell'infrastrutturazione dei MMG, con circa il 68% del MMG che risulta associato di cui il 59% in rete e il 41% in gruppo.</p> <p>Si registra inoltre una cospicua presenza delle società di servizio o cooperative, elemento centrale anche nella Presa in Carico (PIC): vi aderiscono il 38% del MMG.</p>		<p>Nel 2017 (con i DGR 6164, 6551 e 7655 del 2017) sono stati definiti il modello organizzativo della presa in carico della cronicità e il ruolo dei MMG all'interno di questa, con la possibilità per MMG, in qualità di gestore o co-gestore, di definire i PAI. La successiva DGR 754/2018 ha esteso la possibilità di partecipazione alla PIC anche al medico in forma singola in qualità di clinical manager.</p> <p>Tra i progetti di governo clinico a cui ciascun MMG deve aderire c'è anche la "Chiamata proattiva dei propri assistiti qualificati come pazienti cronici". Considerato che nel 2019 non è prevista una comunicazione diretta delle ATS, si affida ai MMG il compito di chiamare attivamente i pazienti cronici per il rinnovo oppure per l'illustrazione della proposta.</p>	<p>Nell'ambito della PIC è stato creato un sistema informativo ad hoc che permette ai MMG di caricare i PAI, che vengono successivamente validati dalle ATS. Anche le cooperative stanno cercando di integrare i propri gestionali nel sistema. L'AIR 2019 prevede alcune interessanti novità relative all'informatizzazione del servizio di continuità assistenziale: ai medici di CA sarà consentita l'apertura della cartella informatizzata al momento della richiesta dell'assistenza e al termine delle visite. L'AIR riconosce inoltre un elenco di prestazioni diagnostiche eseguibili dai MMG anche in telemedicina per gli assistiti per i quali è stato redatto e validato il PAI.</p>
PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO	<p>26 (dotate di relativo Centro Servizi-1CS ogni 2-3 AFT)</p>	<p>-</p>	<p>L'armonizzazione dell'assistenza per i pazienti cronici è stata concretamente dettagliata nel Masterplan Chronic Care approvato con DGP 1281/2018 che fa leva sulla riorganizzazione della MG in AFT, si identifica il MMG come referente responsabile per le cure svolte a domicilio del paziente e si prevede la programmazione di spazi dedicati all'interno delle liste di attesa per i pazienti cronici.</p>	<p>Il Piano per l'assistenza ai cronici 2018-20 ha previsto un tavolo tecnico per la messa a punto di un sistema informativo territoriale interconnesso con le varie applicazioni, anche relative alle fragilità sociali. L'AIP 2017 prevede una indennità informatica potenziata rispetto a quanto previsto dall'ACN a fronte della partecipazione al FSE, al sistema informativo sanitario (SIS) ed e-prescrizione (ePre). Ai MMG è anche riconosciuta una indennità definita "valigetta informatica" per garantire il collegamento in rete tra gli studi medici delle AFT e con la sede distrettuale di AFT e UCCP.</p>
PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO	<p>2 su 25</p>	<p>A marzo 2019, l'87% dei 349 MMG risulta associato, di cui 127 MMG in gruppo, 63 in rete e 113 in associazione periferica complessa.</p>	<p>La Provincia ha acquistato il sistema ACG (Adjusted Clinical Groups): al momento un gruppo tecnico è in fase di formazione per definire i possibili prodotti da rendere fruibili ai vari professionisti, compresi i MMG.</p> <p>A ottobre 2018 è stato recepito il Piano Nazionale Cronicità con l'obiettivo di arrivare a definire specifici percorsi per le patologie croniche a maggiore impatto. Al momento non si individuano impatti diretti sull'attività dei MMG.</p>	<p>L'AIP 2013 prevede che tutti medici di assistenza primaria garantiscano il 90% delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di visite specialistiche in formato elettronico.</p> <p>I MMG sono anche coinvolti in alcune progettualità collegate alla piattaforma TreC, che nel tempo è stata validata anche per la gestione remota di alcuni pazienti cronici. La prescrizione di queste app è per il momento specialistica, ma anche MMG e infermieri di comunità accedono ad alcune informazioni.</p>

TOSCANA	116	69 Insediate nelle Case della Salute e nei luoghi in cui si attua il Chronic Care Model.	Nel mandato delle AFT rientra la realizzazione dei progetti di sanità di iniziativa sui pazienti cronici mettendo in atto i principi del Chronic Care Model (CCM). La prima fase del progetto era basata sulla presa in carico di 5 patologie croniche (diabete mellito, SC, BPCO, pregresso ictus/TIA, ipertensione arteriosa), mentre con la seconda, inserita nella DGRT 650/2016, si supera la logica per singolo PDTA e si passa alla presa in carico basata sul profilo di rischio e sulla complessità del singolo paziente. Nel nuovo modello si individuano 3 diversi target: i target di assistiti complessi (A), i pazienti ipertesi e diabetici ad alto rischio cardiovascolare (B1) e i pazienti cronici già arruolati e non eleggibili per i target precedenti (B2). La presa in carico è attuata all'interno di team assistenziali coordinati dai MMG dal punto di vista clinico, alla presenza di una moltitudine di professionisti.	L'AIR 2012 prevede che la Regione metta a disposizione della MG il sistema di cooperazione applicativa di Regione Toscana (CART) per veicolare le informazioni alle singole ASL. Si prevede inoltre che ogni AFT debba essere dotata di un proprio SI con collegamento in rete, connesso al sistema aziendale e regionale. Il sistema prevedrà: servizi anagrafe, gestione scelta e revoca, prescrizione, numero ricetta elettronica, esenzioni per reddito e ticket, Patient Summary, Chronic Care Model, dati presenti su ACN MMG e PLS, certificazione telematica di malattia INPS.
	I medici che fanno parte di AFT e UCCP sono comunque tenuti al rispetto dei compiti previsti per le forme associative.			
VALLE D'AOSTA	-	-	La Regione ha recepito il Piano Nazionale delle Cronicità e ha istituito un tavolo di lavoro per definire le linee di indirizzo a livello regionale. Al momento non si registrano impatti significativi sulla Medicina Generale.	Tutti i medici della VdA sono in rete con il software gestionale Millewin, la cui licenza è fornita dalla Regione a fronte del rispetto del debito informativo.
	Sono attualmente presenti le forme tradizionali di associazione: gruppo e rete, quest'ultima composta anche da soli 2 medici, a cui aderisce il 60% dei medici.			
VENETO	Presenti e attive	Medicina di Gruppo Integrata	La Regione Veneto ha introdotto nel 2012 il sistema ACG, che è stato fin qui principalmente utilizzato per la programmazione generale mentre l'utilizzo diretto da parte dei MMG, che dovrebbe passare tramite i Direttori di Distretto, è ancora molto limitato. L'assistenza ai malati cronici rientra comunque tra gli obiettivi dei MMG: si valutano l'attivazione e l'applicazione dei PDTA TAO/NAO, diabete, BPCO e scompenso cardiaco con l'obiettivo di raggiungere il 70% dei malati cronici. Il più recente PSSR 2019-2023 si propone di responsabilizzare il MMG nella attribuzione definitiva di una persona al	L'utilizzo di software con caratteristiche di completa interoperabilità tra medici di famiglia delle MGI è uno degli obiettivi previsti nell'AIR 2015. Gli standard per l'informatizzazione dei MMG sono stati definiti con DGR 1753/2013.
	Medicina di Gruppo Integrata (MGI): esse assicurano contattabilità telefonica e disponibilità nella sede di riferimento nell'arco delle 12 ore e l'apertura di almeno uno studio il sabato e nei festivi dalle 8 alle 10. Le MGI prevedono inoltre l'integrazione con la specialistica ambulatoriale e, in alcuni casi,			

	anche con l'assistenza socio-sanitaria. Questi elementi rendono la MGI assilabile alle logiche alla base delle UCCP.	profilo di morbidità e di rischio, partendo dalla classificazione del case mix tramite ACG, e di distinguere due livelli di complessità: la cronicità "semplice", appropriatamente presa in carico dai professionisti dell'assistenza primaria, e quella "complessa ed avanzata" che invece richiede team multiprofessionali specialistici dedicati.	
--	--	--	--

Associazionismo medico e innovazione nei modelli organizzativi

Come ricordato, l'art. 5 del Patto per la Salute 2014/2016 identifica le AFT e le UCCP come uniche forme di aggregazione dei MMG, che entro sei mesi dalla stipula dei nuovi ACN, o comunque non oltre la vigenza del Patto, avrebbero dovuto sostituire le diverse tipologie di forme associative della MG. **Ad oggi sul tema permane una notevole variabilità, di fatto l'attuazione delle AFT resta ancora ferma ai blocchi di partenza**, mentre, l'aggregazione strutturale (UCCP), ha vissuto un momento di gran vigore alla luce della diffusione del modello ascrivibile alla Casa della Salute. Il quadro sinottico riportata che tra le 10 regioni analizzate **solo tre (Veneto, Toscana e Provincia Autonoma di Bolzano) hanno pienamente attivato le AFT nei territori di competenza seguendo il modello previsto a livello centrale**. In Emilia Romagna, invece, i Nuclei di Cure Primarie (NCP) costituiscono una forma di aggregazione funzionale multi professionale, nata sulla base delle équipes territoriali e divenuta in tale contesto obbligatoria già a partire dai primi anni del 2000. Altro discorso per le UCCP: il quadro normativo ad esse riferito rappresenta l'ancoraggio formale per la definizione delle Case della Salute piuttosto che dei Presidi Territoriali di Assistenza che propongono modelli e funzioni quasi completamente sovrapponibili.

Coinvolgimento in progetti innovativi per la presa in carico della cronicità

Tutte le regioni stanno sperimentando modalità codificate di presa in carico strutturata della cronicità, per cui risultano ovviamente responsabilizzati a vario titolo e con vari strumenti anche i medici di assistenza primaria. Il quadro di dettaglio riportato evidenzia come la maggior parte delle regioni abbia disegnato processi strutturati di presa in carico della cronicità facendo leva sulla medicina d'iniziativa e sull'arruolamento in PDTA. Alcune regioni hanno iniziato a lavorare a livello centrale sulla stratificazione epidemiologica degli assistiti allo scopo di conoscere la domanda potenziale e sensibilizzare verso una presa in carico proattiva e una migliore programmazione delle risposte. L'Emilia Romagna ha da tempo condiviso informazioni con i MMG attraverso il sistema SOLE e la stratificazione della popolazione con il modello Risk ER. Il Veneto, che pur si è dotato del modello ACG (Adjusted Clinical Group), sembra non riuscire a capillarizzare anche per la MG l'uso di tale approccio che arriva in modo predittivo a stimare il rischio di accesso ai servizi ospedalieri. Situazione ancora diversa è quella della Lombardia, in cui i risultati del *targeting* della popolazione tramite Banca Dati Assistiti (BDA) sono stati resi disponibili sin dal principio ai diversi enti gestori. In linea generale, le progettualità riconducibili a fenomeni di analisi della domanda, introdotti dalle Regioni, si stanno rivelando di non facile diffusione e utilizzo.

Tra le progettualità innovative possono essere segnalate anche quelle volte alla riorganizzazione della rete dei servizi territoriali tramite l'integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale: in questo senso si segnalano le esperienze delle Regioni Lazio e Valle d'Aosta. In Regione Lazio sono stati istituiti gli Ambulatori di Cure Primarie (ACP), ambulatori di riferimento per la rete delle UCP aperti nei weekend e nei giorni festivi. La Valle d'Aosta invece ha attivato, prima sperimentalmente e poi in pianta stabile, gli ambulatori di Medici di Assistenza Primaria (MAP) ad accesso libero in aggiunta agli ambulatori territoriali già in essere. In tale classe di innovazione dell'assistenza ricadono anche tutte le altre esperienze nazionali che attraverso le Case della Salute piuttosto che dei PTA (presidi territoriali di assistenza) promuovono forme di integrazione fisica dell'offerta e di prossimità delle cure, largamente diffuse nel Paese.

Sviluppo dei sistemi informativi

L'ultimo tra gli strumenti di governo a disposizione delle aziende che viene qui analizzato è quello dell'interoperabilità dei sistemi informativi. Tale tema, è demandato dallo stesso art. 4 dell'ACN alla negoziazione regionale, incaricata di *“definire i criteri e le modalità nell'organizzazione del sistema informativo”* tra tutti i vari operatori del sistema. Il lavoro presentato nel Rapporto OASI 2019 evidenzia che alcune regioni continuano a fare leva principalmente su quanto previsto dagli ACN, e si limitano a garantire la corresponsione di una indennità forfettaria mensile (art. 79) per la gestione informatizzata della scheda sanitaria individuale, altre regioni stanno lavorando per garantire la massima interoperabilità tra i gestionali degli MMG e i sistemi aziendali. In alcuni contesti regionali si inizia anche a normare l'erogazione di alcune prestazioni diagnostiche da parte dei MMG in regime di telemedicina oppure si fa ricorso all'utilizzo di tecnologie *mobile* per l'automonitoraggio dei pazienti con controllo a distanza dei professionisti, come nel caso dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento. Si tratta di esperienze *“apripista”* che in molti contesti aziendali sono in fase di gestazione o di implementazione spesso parziale (relativa ad alcune strutture organizzative e non all'intera azienda) e che non è stato possibile approfondire.

4.1.3 Cosa è successo durante il Covid-19?

[Il decreto dell'8 aprile 2020](#) prevede che *“4. i MMG e PDL si dotano, con oneri a proprio carico, di sistemi di piattaforme digitali che consentono il contatto ordinario e prevalente con i pazienti fragili e cronici gravi, e collaborano a distanza, nel caso in cui non siano dotati di dispositivi di protezione idonei, in via straordinaria ove fosse richiesto dalle Regioni, per la sorveglianza clinica dei pazienti in quarantena e o isolamento o in fase di guarigione dimessi precocemente dagli Ospedali.”* Lo stesso decreto sollecita i medici del territorio ad occuparsi dei loro pazienti in quarantena, o dimessi dagli ospedali ma non ancora guariti, attraverso il controllo telefonico o visite a domicilio. Di fatto ognuno decide per sé stesso: chi vuole lo fa, chi non vuole non lo fa. Va detto che la distribuzione di dispositivi di protezione individuale, è arrivata con il contagocce, come anche la disponibilità di saturimetri (e ancora peggio va per gli strumenti minimi di diagnosi come l'ecografo toracico, al momento non pervenuti).

Anche Cittadinanzattiva insieme a FIMMG ha cercato di fare la sua parte con queste due iniziative:

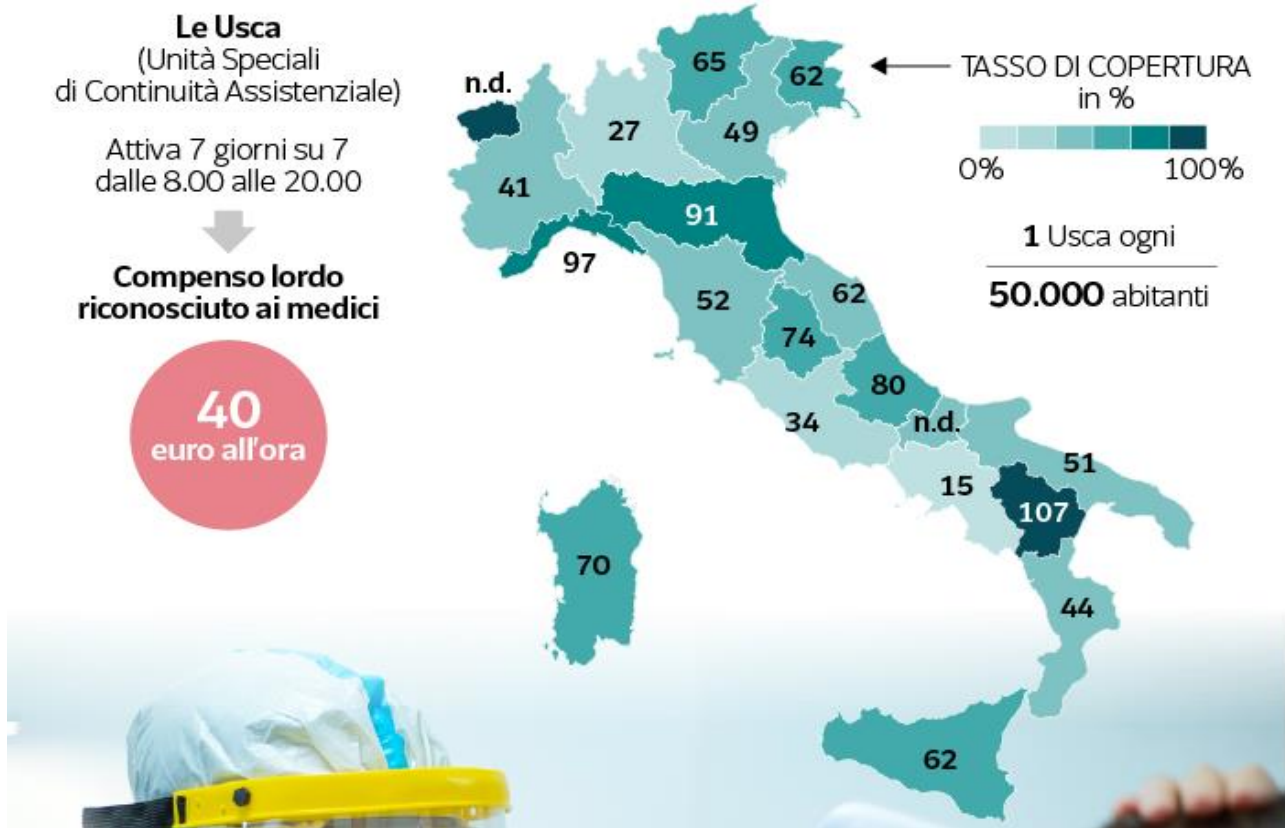
[“Insieme senza paura, keep calm”, campagna social nel mese di febbraio 2020](#)

[“Aiutaci a proteggere il tuo medico!”, campagna di raccolta fondi](#)

Per coprire questo «buco» di assistenza sono stati incaricati i Dipartimenti di Prevenzione delle Asl di fare le telefonate quotidiane per verificare lo stato di salute (temperatura, grado di ossigenazione misurato con saturimetro e test del cammino). Funziona un po' sì e un po' no, visto che il personale è sempre lo stesso.

Invece per le visite a domicilio sono state create le Usca³⁷ (DI n. 14 del 9 marzo 2020, art. 8), ma sulle 1.200 previste ne sono state istituite secondo gli ultimi dati disponibili la metà.

Figura 6 distribuzione regionale delle USCA attivate



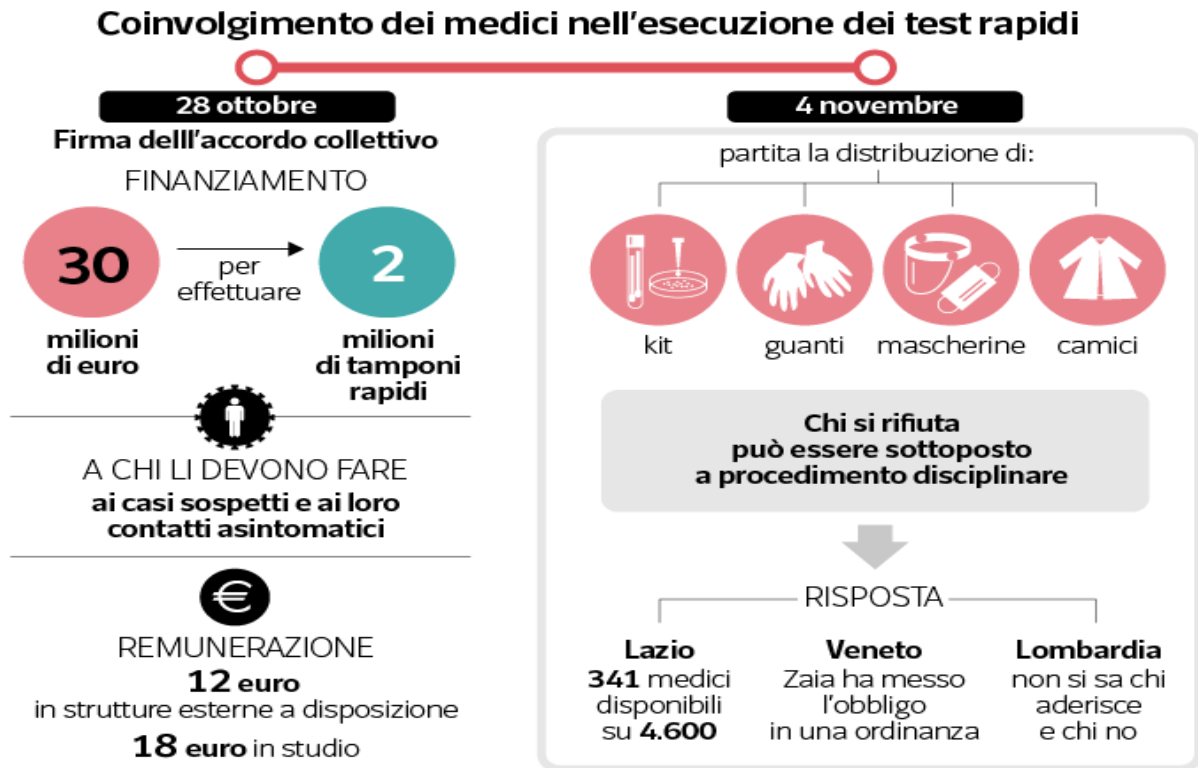
Fonte: Dataroom 8 novembre 2020 su dati Altems – Università Cattolica del Sacro Cuore

I test rapidi al via. Per una identificazione veloce dei focolai e l'isolamento dei casi, il 28 ottobre l'accordo collettivo nazionale in vigore è stato integrato su proposta dei ministri Roberto Speranza e Francesco Boccia: **i medici di base sono chiamati a fare i test antigenici rapidi ai loro pazienti sospetti e ai relativi contatti stretti asintomatici.** La retribuzione aggiuntiva è dai 12 ai 18 euro a tampone. Il 4 novembre il commissario straordinario Domenico Arcuri ha iniziato la distribuzione di 50 mila kit al giorno e oltre 3 milioni di pezzi a settimana di mascherine, visiere, guanti e tute. A questo si aggiunge la dotazione delle Regioni. **I medici che non li fanno possono essere sottoposti a procedimento disciplinare.** Ma l'accordo è sottoscritto solo dalla FIMMG che rappresenta il 63% dei medici di famiglia, e pure fra questi ci sono contrari e pronti a restituire la tessera sindacale. Il problema più ricorrente: gli studi sono dentro ai palazzi e i condomini si oppongono perché temono il va e vieni di contagiati. **È però possibile farli in aree esterne messe a disposizione dai Comuni.** Sta di fatto che la categoria è in subbuglio: in Lazio, per ora, hanno dato la disponibilità in 341 (su 4.600). In Veneto il governatore Luca Zaia ha firmato [un'ordinanza](#): tutti i 3.198 medici di medicina generale sono obbligati a effettuare i test

³⁷ Il compito delle USCA è monitorare la situazione clinica di chi è positivo al Covid in isolamento, somministrare i giusti farmaci ai malati ed eventualmente per fare tamponi a domicilio. Squadre composte da almeno un dottore e un infermiere, con un obiettivo preciso: alleggerire la pressione sugli ospedali e sui medici di base.

rapidi ai propri assistiti pena la perdita della convenzione. Il numero di adesioni in Emilia-Romagna è in alto mare, in Lombardia si conoscerà solo nei prossimi giorni.

Figura 7 distribuzione regionale delle USCA attivate



Fonte: Dataroom 8 novembre 2020

In ogni caso nell'accordo con i sindacati nulla è stato previsto sulle visite a domicilio che consentirebbero agli ospedali di mandare a casa un po' di pazienti.

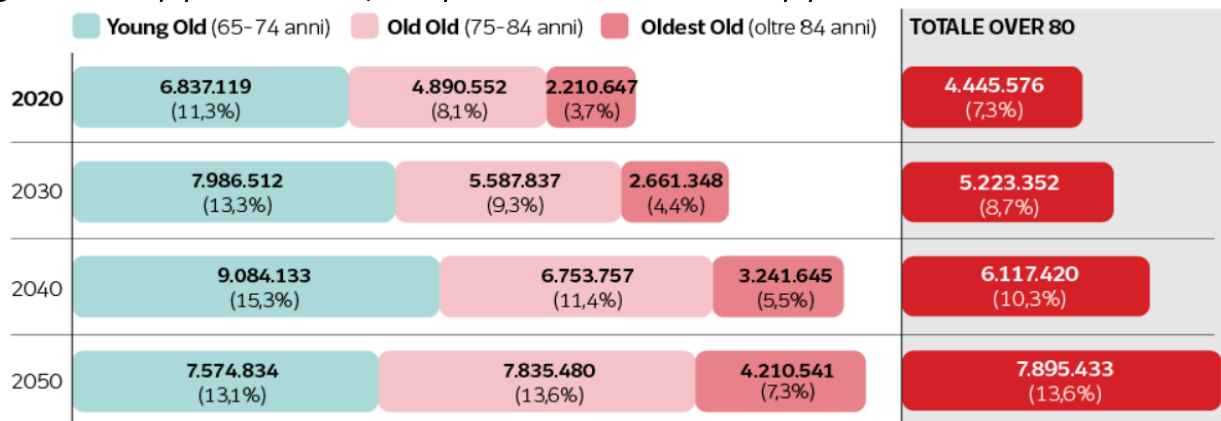
4.2 L'assistenza residenziale³⁸

Il processo di invecchiamento da tempo in atto nel nostro Paese comporterà inevitabilmente la necessità di dover prendere in carico persone con bisogni sempre più multi-fattoriali; occorrerà dunque potenziare un continuum tra sociale e sanitario, non solo per gli anziani ma anche per le altre categorie più fragili.

In Italia, l'assistenza residenziale viene prestata in strutture con caratteristiche alberghiere, che ospitano in via temporanea o definitiva le persone che ne hanno necessità; esse possono avere diverse forme e denominazioni, a seconda della Regione di appartenenza: RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), Case di cura, Case di riposo, Case albergo, Comunità alloggio, etc.

Siamo il Paese più anziano d'Europa. Gli over 80 sono 4,4 milioni, di cui 2,2 sopra gli 84. In prospettiva tra 10 anni ci saranno quasi 800 mila ultra 80enni in più, che diventeranno quasi 8 milioni nel 2050. Siamo anche il Paese che fa meno figli. Vuol dire un esercito di solitudini che se non te ne prendi cura, degenerano.

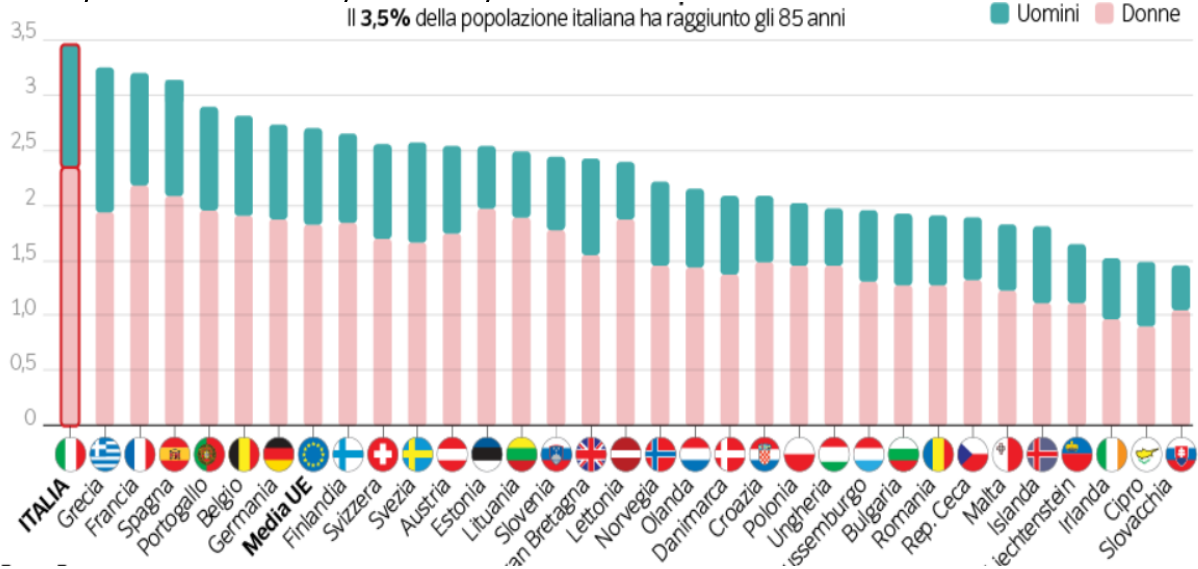
Figura 8 Italia: la popolazione anziana, stima per fasce di età e incidenza sulla popolazione totale



Fonte: Dataroom su dati Osservatorio settoriale delle RSA della Liuc Business su dati ISTAT

³⁸ Nell'Annuario Statistico per strutture residenziali s'intende: Residenze Sanitarie Assistenziali, Case protette, Hospice e in generale strutture che svolgono attività di tipo residenziale

Figura 9 la percentuale di ottantacinquenni in Europa

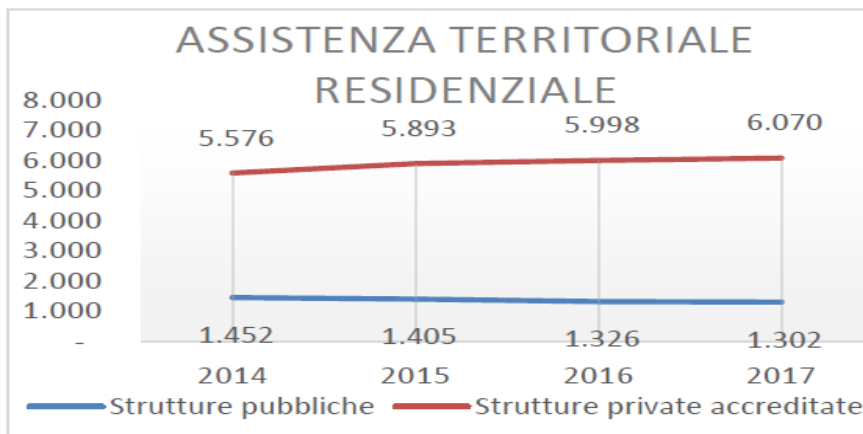


Fonte: Dataroom su dati Eurostat

4.2.1 Le RSA: i numeri

Le strutture sono in tutto 7.372, di cui 6.070 private accreditate (82,3%) e 1.302 pubbliche (17,7%). Il numero delle private nel tempo è aumentato mentre quelle pubbliche è diminuito. Il sistema di welfare pubblico ha di fatto quasi interamente appaltato alle strutture private l'assistenza ai più fragili.

Figura 10 numero di strutture pubbliche e private accreditate in Italia, anno 2017



Fonte: Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, 2017

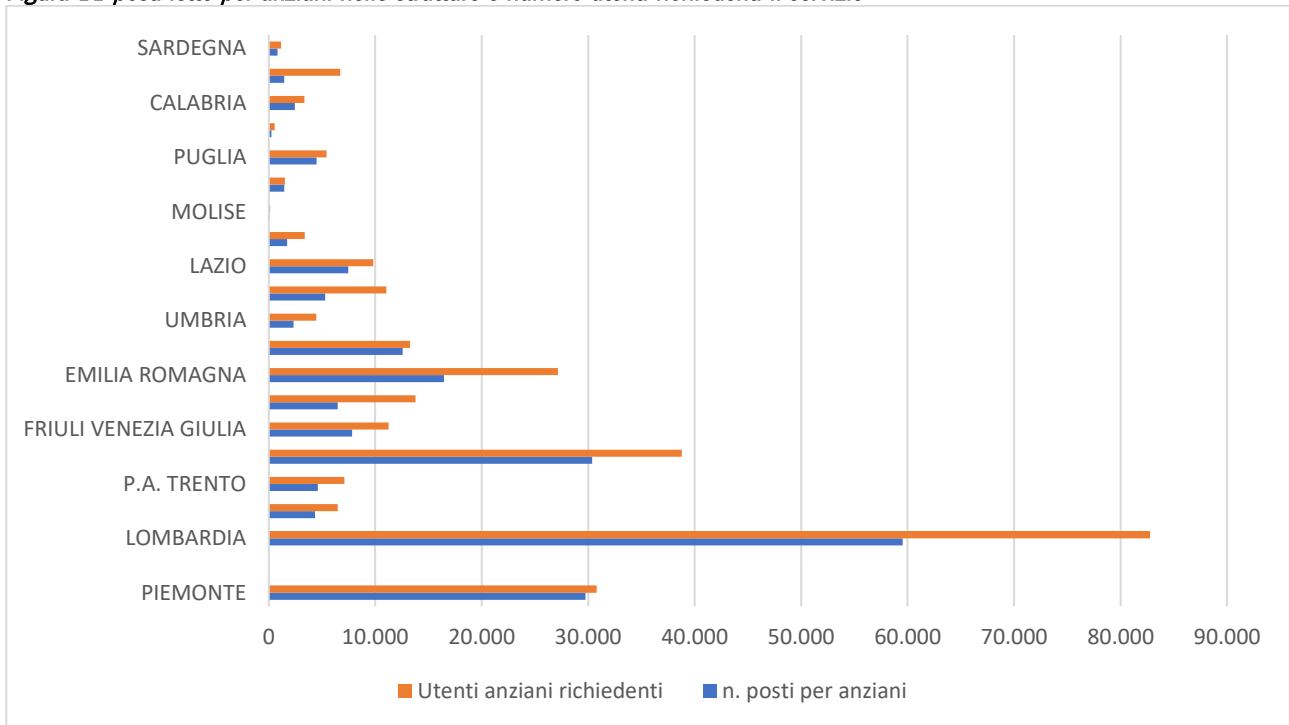
Le strutture dedicate all'assistenza degli anziani sono il 46%, mentre i posti letto dedicati a loro sono il 79%.

Tabella 5 numeri delle strutture, numeri posti per anziani e numeri utenti

REGIONI	N. Strutt. Priv.	N. Strutt. Pubb.	Tot strutt residenziali	Strutt. Pubb. e Priv x Anziani	n. posti strutture residenziali	n. posti per anziani	Utenti anziani richiedenti
PIEMONTE	1.098	158	1.256	611	36.319	29.744	30.806
VALLE D'AOSTA	12	1	13	-	230	-	-
LOMBARDIA	1.298	168	1.466	665	70.433	59.524	82.779
P.A. BOLZANO	85	10	95	76	4.588	4.351	6.481
P.A. TRENTO	76	19	95	59	5.014	4.617	7.096
VENETO	725	108	833	355	36.608	30.387	38.798
FRIULI VENEZIA GIULIA	114	73	187	86	9.259	7.827	11.241
LIGURIA	261	35	296	187	8.134	6.482	13.790
EMILIA ROMAGNA	724	129	853	356	21.326	16.456	27.167
TOSCANA	355	147	502	304	14.595	12.568	13.260
UMBRIA	121	59	180	60	3.263	2.330	4.464
MARCHE	169	85	254	159	6.415	5.290	11.031
LAZIO	222	66	288	108	10.752	7.463	9.801
ABRUZZO	62	25	87	37	2.511	1.722	3.361
MOLISE	15	2	17	2	214	60	127
CAMPANIA	67	71	138	43	3.157	1.464	1.515
PUGLIA	365	21	386	102	8.814	4.476	5.427
BASILICATA	36	12	48	11	678	252	534
CALABRIA	107	26	133	68	3.627	2.432	3.333
SICILIA	96	72	168	54	3.850	1.463	6.715
SARDEGNA	62	15	77	22	1.914	829	1.139
ITALIA	6.070	1.302	7.372	3.365	251.701	199.737	278.865

Fonte: Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, 2017

Figura 11 posti letto per anziani nelle strutture e numero utenti richiedenti il servizio



Fonte: Direzione Generale della Digitalizzazione del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, 2017

Figura 12, Num. posti equivalenti per assistenza agli anziani ≥ 65 anni in strutture residenziali per 1.000 anziani residenti

Regione	2016	2017	2018
Piemonte	24,3	27,9	29,7
Valle d'Aosta	1,3	1,3	1,3
Lombardia	26,4	27,8	31,8
P.A. Bolzano	0	0	0
P.A. Trento	69,8	72,6	73,8
Veneto	21,7	21,5	21,9
Friuli Venezia Giulia	21,5	22,0	23,3
Liguria	13,8	14,1	14,1
Emilia-Romagna	15,1	14,9	15,3
Toscana	9,2	9,4	10,7
Umbria	9,5	17,8	24,9
Marche	12,8	13,6	13,8
Lazio	3,9	4,5	6,1
Abruzzo	7,9	7,1	5,7
Molise	0,5	0,8	1,4
Campania	0,8	1,0	1,3
Puglia	5,1	5,4	6,0
Basilicata	1,7	1,9	1,2
Calabria	11,8	12,3	9,6
Sicilia	3,3	3,9	4,6
Sardegna	0	0	0

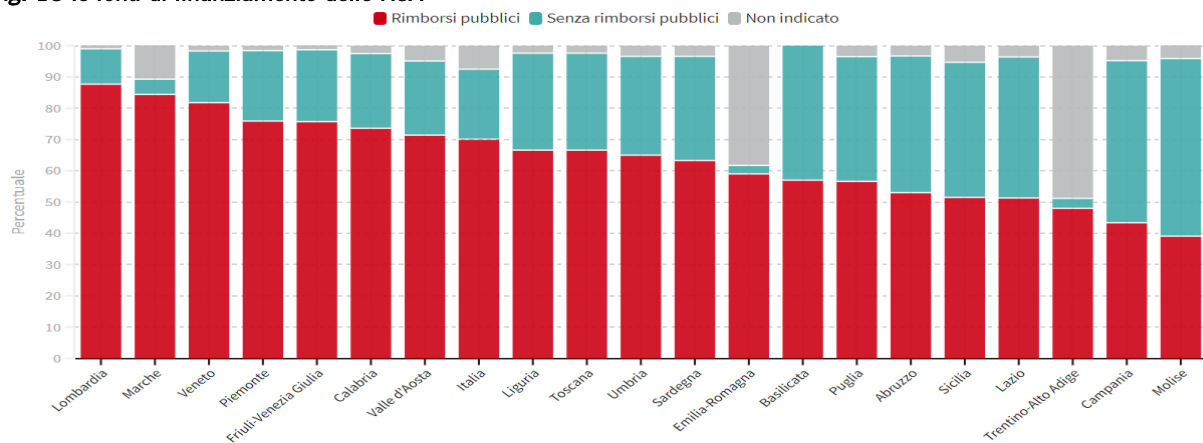


Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0	Validità del dato -1
≥9,80	≥ 4.81 e < 9.80	< 4.81 e in aumento	< 4.81 e non in aumento	Flusso insufficiente per qualità e/o copertura

Fonte: Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA, Ministero della Salute Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio VI, luglio 2020

Il pubblico finanzia il servizio, il privato lo gestisce.

Fig. 13 le fonti di finanziamento delle RSA



Fonte: Dataroom su dati Osservatorio settoriale delle RSA della Liuc Business School

4. 2.2 Le RSA alla prova del Covid-19

L'ISS ha realizzato una survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie³⁹, da cui risulta che circa il 40% dei decessi è stato causato dal Covid-19 o sintomi simil-influenzali.

Tab. 6 Numero dei decessi totali, COVID-19 positivi (conferma da tampone) e con sintomi simil-influenzali, regione

	Totale decessi	COVID19 positivi, N (%) [§]	con sintomi, N (%) [§]	Tasso mortalità* COVID19, %	Tasso mortalità* sintomi, %
Piemonte	1658	161 (9,7)	410 (24,7)	0,9	2,4
Lombardia	3793	281 (7,4)	1807 (47,6)	1,0	6,5
PA Bolzano	28	3 (10,7)	10 (35,7)	0,7	2,4
PA Trento	99	33 (33,3)	45 (45,5)	2,7	3,7
Veneto	1136	38 (3,3)	180 (15,8)	0,2	1,0
Friuli Venezia Giulia	222	6 (2,7)	41 (18,5)	0,2	1,1
Liguria	136	20 (14,7)	34 (25)	1,3	2,2
Emilia Romagna	639	81 (12,7)	265 (41,5)	1,0	3,2
Toscana	640	36 (5,6)	154 (24,1)	0,4	1,6
Umbria	38	0 (0)	11 (28,9)	0,0	1,5
Marche	160	13 (8,1)	59 (36,9)	0,9	4,3
Lazio	158	1 (0,6)	28 (17,7)	0,0	0,6
Abruzzo	47	1 (2,1)	0 (0)	0,2	0,0
Molise	24	0 (0)	2 (8,3)	0,0	0,9
Campania	50	6 (12)	13 (26)	0,9	2,0
Puglia	111	0 (0)	4 (3,6)	0,0	0,2
Calabria	75	0 (0)	1 (1,3)	0,0	0,1
Sicilia	73	0 (0)	11 (15,1)	0,0	1,0
Sardegna	67	0 (0)	17 (25,4)	0,0	2,8
Totale	9154	680 (7,4)	3092 (33,8)	0,7	3,1

[§]Percentuale sul totale dei decessi

*Tasso di mortalità espresso per 100 residenti nelle strutture

Fonte: Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie, ISS, 2020

Altro dato interessante è il numero dei residenti ospedalizzati, su un totale di 5.292 quelli relativi al Covid-19 o con sintomi simil-influenzali è pari al 56,4%.

Tabella 7 Residenti ospedalizzati, totali, positivi e con sintomi simil-influenzali, per regione

³⁹ L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) – in collaborazione con il Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale – ha avviato, a partire dal 24 marzo 2020, una survey specifica sul contagio da COVID-19 nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA). L'obiettivo della survey è quello di monitorare la situazione e adottare eventuali strategie di rafforzamento dei programmi e dei principi fondamentali di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). Tutti i dati presenti nel report sono riferiti dai referenti delle RSA su base volontaria. Si sottolinea che in questa tipologia di studi esiste un bias di risposta e probabilmente le strutture in una situazione più critica non partecipano a queste iniziative.

	Tot.ospedalizzati		positivi COVID-19		sintomi simil influenzali	
	N		N	%	N	%
Piemonte	1048		362	34,5	496	47,3
Lombardia	719		198	27,5	370	51,5
Bolzano	27		5	18,5	6	22,2
Trento	53		4	7,5	38	71,7
Veneto	933		65	7,0	226	24,2
Friuli Venezia Giulia	341		18	5,3	114	33,4
Liguria	111		15	13,5	38	34,2
Emilia Romagna	604		136	22,5	278	46,0
Toscana	732		87	11,9	247	33,7
Umbria	33		1	3,0	19	57,6
Marche	137		30	21,9	60	43,8
Lazio	212		14	6,6	48	22,6
Abruzzo	33		0	0,0	6	18,2
Molise	9		0	0,0	5	55,6
Campania	65		30	46,2	18	27,7
Puglia	68		0	0,0	9	13,2
Calabria	30		0	0,0	5	16,7
Sicilia	92		0	0,0	27	29,3
Sardegna	45		0	0,0	11	24,4
Totale	5292		965	18,2	2021	38,2

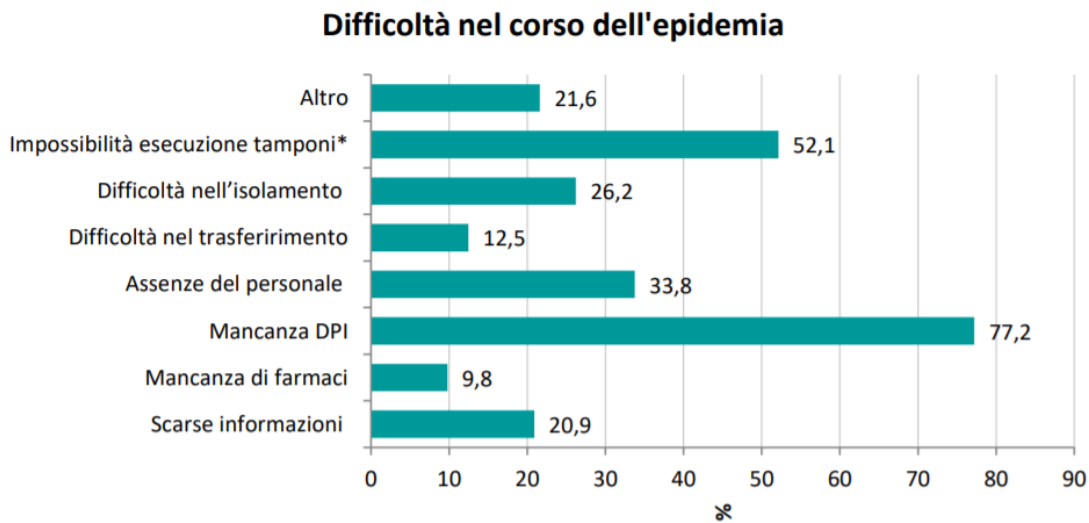
Fonte: Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie, ISS, 2020

Contrastare il COVID-19 nelle RSA

1 aprile 2020 - [Lettera-appello inviata da Cittadinanzattiva](#) ai Presidenti delle Regioni, agli Assessori regionali alla Salute e al Coordinatore Commissione salute Conferenza delle Regioni, affinché siano adottati al più presto i piani straordinari di emergenza finalizzati alla prevenzione, assistenza e controllo del contagio da Covid-19 nelle Residenze Sanitarie Assistite (RSA).

L'indagine cerca di sondare anche per principali difficoltà incontrate durante il primo periodo della pandemia. Delle 1259 strutture che hanno risposto alla domanda, 972 (77,2%) hanno riportato la mancanza di Dispositivi di Protezione Individuale, mentre 263 (20,9%) hanno riportato una scarsità di informazioni ricevute circa le procedure da svolgere per contenere l'infezione. Inoltre, 123 (9,8%) strutture segnalano una mancanza di farmaci, 425 (33,8%) l'assenza di personale sanitario e 157 (12,5%) difficoltà nel trasferire i residenti affetti da COVID-19 in strutture ospedaliere. Infine, 330 strutture (26,2%) dichiarano di avere difficoltà nell'isolamento dei residenti affetti da COVID-19 e 282 hanno indicato l'impossibilità nel far eseguire i tamponi. Tuttavia, essendo stata aggiunta questa opzione di risposta l'8 aprile, questo numero si riferisce al 52,1% delle strutture che hanno risposto alla domanda come sopra riportata (541). In aggiunta, 272 strutture (21,6%) hanno dichiarato altro.

Fig. 14 Principali difficoltà riscontrate

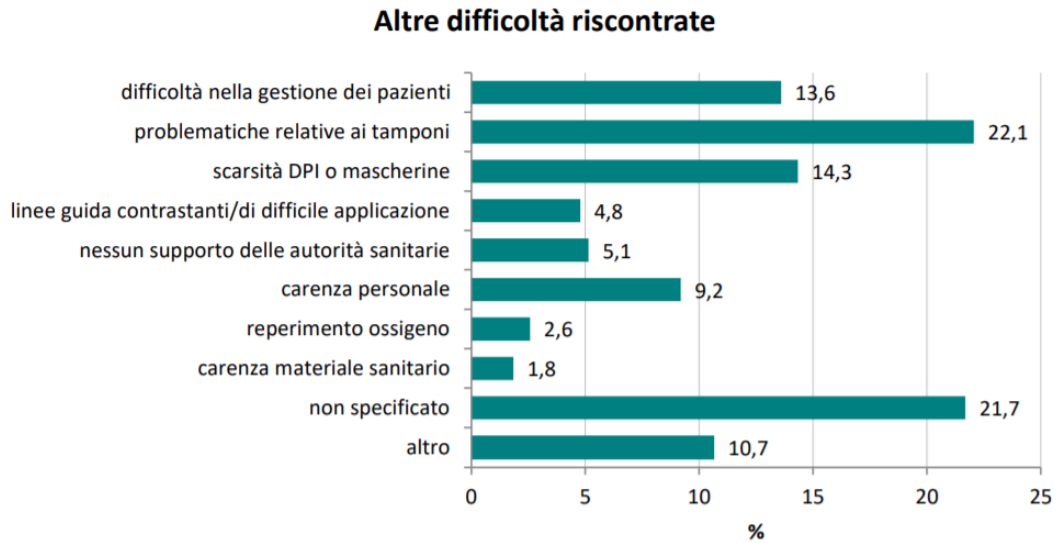


*Informazione sull'impossibilità di eseguire tamponi disponibile dal 9 aprile

Fonte: Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie, ISS, 2020

Di queste 272 strutture la codifica di tutte le informazioni riportate può essere riassunta nella figura 15. Si rileva che le problematiche relative ai tamponi, la scarsità di DPI o mascherine chirurgiche o FFP2/FFP3 e la difficoltà nella gestione dei pazienti rappresentano le principali difficoltà segnalate.

Fig. 15 Altre difficoltà riscontrate specificate



Fonte: Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie, ISS, 2020

4.3 L'assistenza domiciliare integrata

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 decisamente 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.

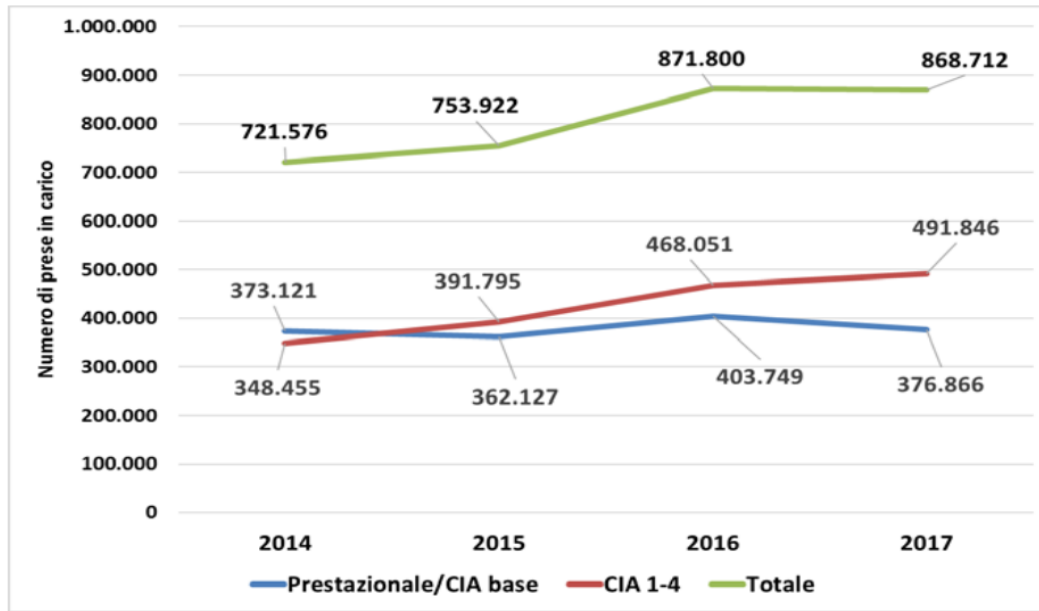
L'ADI si articola in quattro differenti livelli di intensità assistenziale, la quale viene misurata in termini di Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA)⁴⁰.

⁴⁰ 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

4.3.1 L'Assistenza domiciliare: i numeri

La figura 16 mostra come il numero di assistiti nel quadriennio considerato è costantemente aumentato, e il contributo maggiore è stato dato dalle prestazioni con CIA 1-4.

Fig. 16 Numero di prese in carico divise per livello di intensità assistenziale nel quadriennio 2014-2017



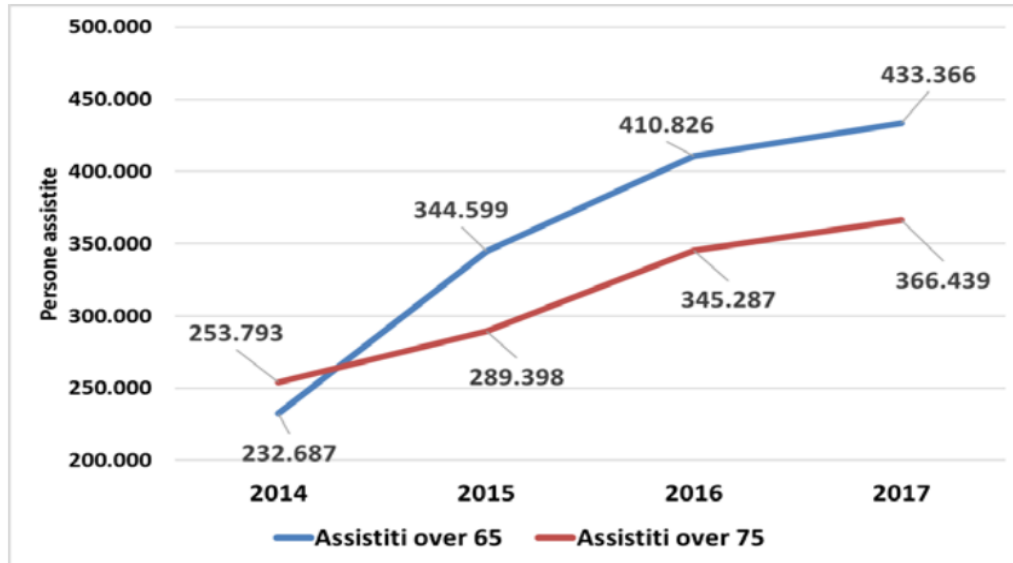
Fonte: Italia Longeva, L'Assistenza Domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa e buone pratiche, 2018

La figura 17, mostra come, in Italia, il numero di over 65 riceventi cure domiciliari è quasi raddoppiato nell'ultimo quadriennio, passando dalle 232.687 persone del 2014 alle 433.366 del 2017. Similmente, anche se in maniera meno rapida, è cresciuto il numero di over 75.

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.

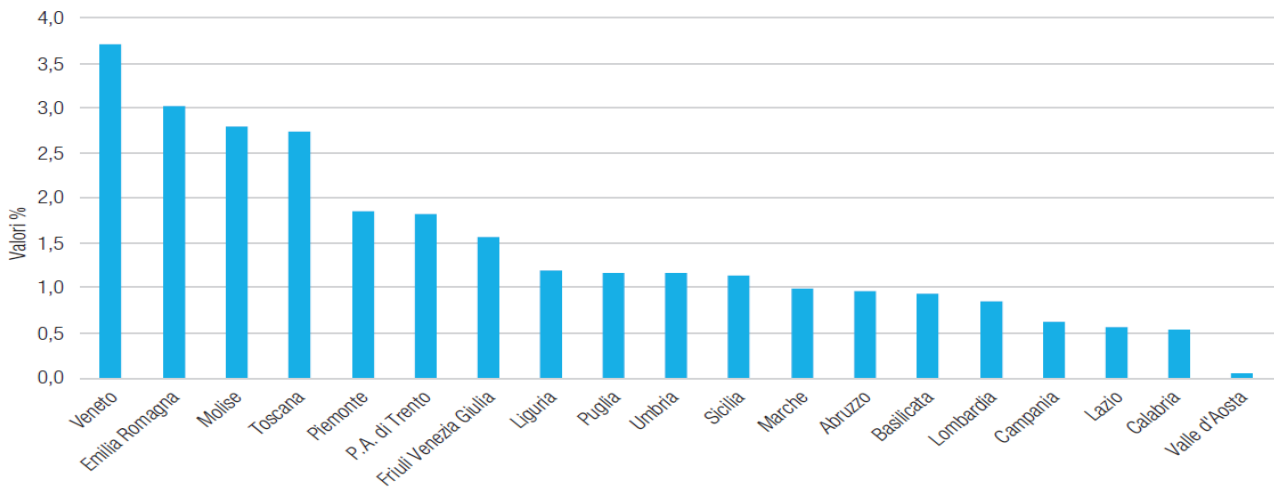
Fig. 17 Numero di anziani assistiti per classi di età nel quadriennio 2014-2017



Fonte: Italia Longeva, L'Assistenza Domiciliare in Italia: chi la fa, come si fa e buone pratiche, 2018

Nel 2017, in Italia sono state prese in carico dall'ADI 868.712 persone⁴¹ (1,8% dei residenti). Si passa da un ricorso massimo, pari al 3,7%, del Veneto ad uno minimo della Valle d'Aosta (0,05%). In 8 Regioni non si raggiunge nemmeno l'1,0% (Figura 18). Se invece andiamo a vedere la tipologia di assistenza erogata, il 56,6% hanno riguardato prestazioni con CIA 1-4 ed il restante 53,4% prestazioni di base.

Fig. 18 Persone in ADI. Anno 2017



Dato non disponibile per P.A. di Bolzano e Sardegna

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Italia Longeva, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Analizzando il ricorso a tale forma di assistenza in termini di complessità delle prestazioni erogate, si osserva che:

- al 60,6% delle persone in carico vengono effettuate prestazioni base o di bassa complessità (CIA 1),

⁴¹ ogni assistito può essere preso in carico più di una volta durante il corso dell'anno in esame. Di conseguenza, il numero di persone riceventi assistenza domiciliare è di gran lunga inferiore rispetto al numero di prese in carico totali

registrate.

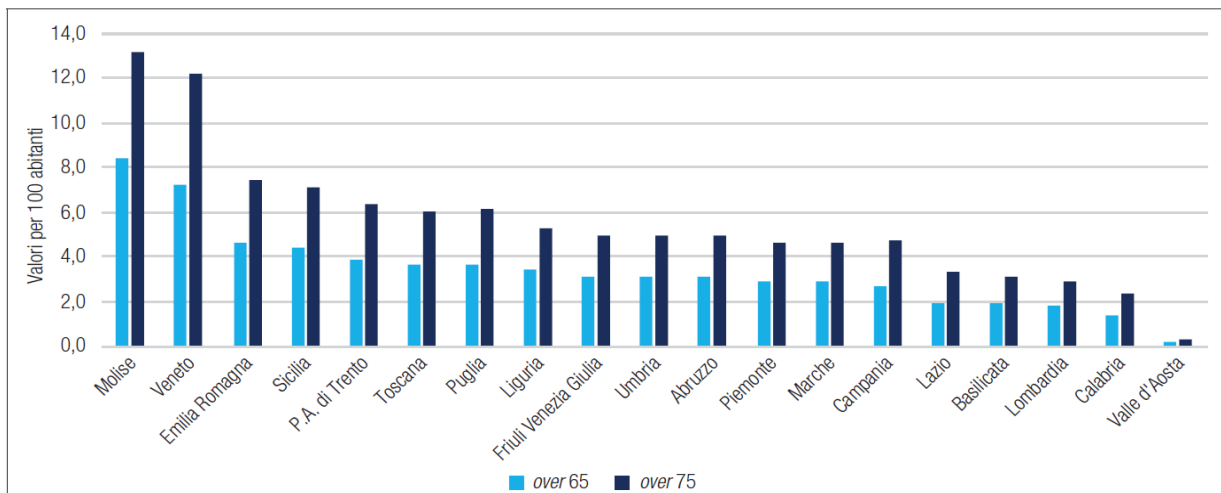
- al 18,5% prestazioni di media complessità (CIA 2),
- al 12,9% prestazioni di complessità media o alta (CIA 3 e 4).

Nell'ultimo quadriennio si è registrato un aumento del 20,4% nel numero di persone in carico, soprattutto per prestazioni associate a CIA 1-4 (+31,8%).

4.3.2 L'ADI nell'anziano

La metà (49,9%) delle persone in carico all'ADI nel 2017 sono pazienti *over 65*, e di questi l'84,6% sono ultrasettantacinquenni. Analizzando il ricorso regionale a tale forma assistenziale per le persone *over 65*, si riscontra una importante variabilità (fig. 19): si passa da un valore massimo dell'8,4% del Molise, ad uno minimo dello 0,2% della Valle d'Aosta (non disponibili i dati della P.A. di Bolzano e Sardegna), a fronte di una media nazionale di 3,2 persone ogni 100 *over 65*. Limitando l'analisi agli *over 75* la forbice tra la Regione più performante e quella meno si allarga, passando da un valore massimo di 13,2 persone ogni 100 *over 75* del Molise ad un minimo pari a 0,3 della Valle d'Aosta, a fronte di una media nazionale di 5,3 ogni 100 *over 75*.

Fig. 19 Quota assistiti over 65 e over 75 in ADI. Anno 2017



Dato non disponibile per P.A. di Bolzano e Sardegna

Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute e Italia Longeva, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

Nella "Griglia LEA" 2017, è rimasto confermato come valore di "normalità" relativo all'indicatore sulla quota di *over 65* in ADI, quello del 1,88%, che fa così risultare "inadempienti" Calabria (0,4%) e Valle d'Aosta (0,2%), e con uno scostamento minimo dalla "normalità" la Lombardia (1,8%).

Fig. 20, Percentuale di anziani ≥ 65 anni trattati in ADI

Regione	2016	2017	2018
Piemonte	2,6	2,4	2,8
Valle d'Aosta	0,3	0,1	0,2
Lombardia	2,4	2,1	2,5
P. A. di Bolzano	0	0	0
P. A. di Trento	3,3	3,3	2,9
Veneto	3,2	4,2	3,5
Friuli Venezia Giulia	2,5	2,8	3,4
Liguria	3,1	3,2	3,4
Emilia Romagna	3,3	3,5	3,6
Toscana	3,0	3,1	3,3
Umbria	2,0	2,7	2,0
Marche	1,9	2,6	2,8
Lazio	1,3	1,7	2,0
Abruzzo	3,5	3,1	3,5
Molise	3,9	5,4	5,0
Campania	1,7	2,0	2,4
Puglia	1,6	1,9	2,0
Basilicata	1,8	3,2	3,5
Calabria	1,6	1,4	1,5
Sicilia	3,4	3,7	4,0
Sardegna	0,2	0	0

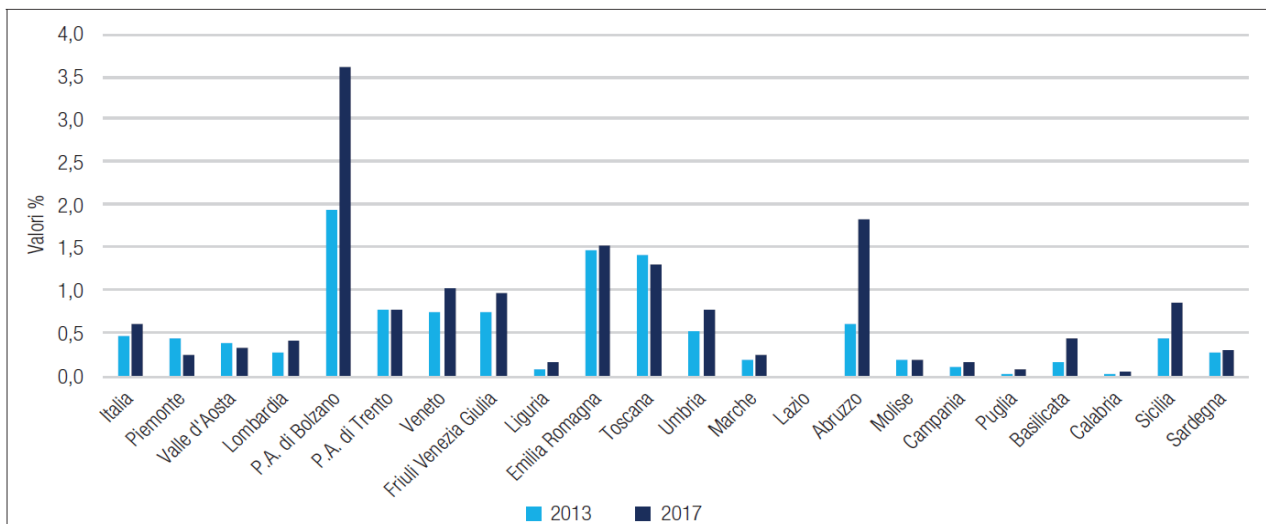


Valore normale 9	Scostamento minimo 6	Scostamento rilevante ma in miglioramento 3	Scostamento non accettabile 0	Validità del dato -1
≥1,88	≥ 1,56 e < 1,88	< 1,56 e in aumento	< 1,56 e non in aumento	Flusso insufficiente per qualità e/o copertura

Fonte: Monitoraggio dei LEA 2018

Nel 2017, a 38.457 residenti (0,06% della popolazione residente) è stata attivato, in fase di dimissione da strutture di ricovero, un servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): si tratta dello 0,7% dei pazienti dimessi non al domicilio. Anche in termini di ricorso a tale forma assistenziale post dimissione si riscontra una evidente disparità territoriale (fig. 21), che può rappresentare un indicatore indiretto della congruità dell'offerta: la maggiore quota di residenti dimessi da ricoveri acuti ordinari in ADI si riscontra nelle Regioni del Nord; ricorsi decisamente inferiori si riscontrano invece nelle Regioni meridionali.

Fig. 21 Quota assistiti con attivazione di ADI in dimissione



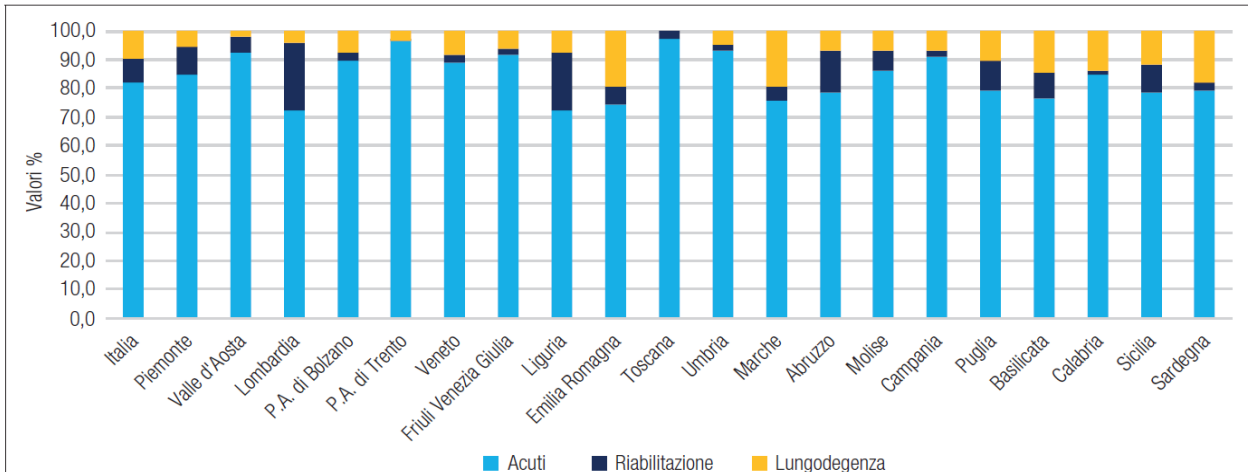
Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

La P.A. di Bolzano, l'Abruzzo, l'Emilia Romagna e la Toscana sono le Regioni che ricorrono maggiormente a tale forma assistenziale in fase di dimissione ospedaliera (rispettivamente 0,36%, 0,18%, 0,15% e 0,13%); la Calabria, la Puglia invece quelle con il minor ricorso ($\leq 0,01\%$ dei pazienti dimessi).

Nell'ultimo quadriennio si è registrato un aumento dei pazienti dimessi inseriti in ADI di 0,15 punti percentuali, passando dallo 0,5% allo 0,6% di tutti i residenti, in linea con il trend nazionale di aumento dell'accesso ai servizi domiciliari offerti dal Sistema Sanitario; in particolare, Abruzzo, Puglia, Basilicata, Calabria e Liguria hanno incrementato considerevolmente la quota di pazienti dimessi in ADI.

Passando ad analizzare il ricorso a tale modalità di dimissione in funzione del tipo di ricovero (acuzie, lungodegenza, nido e riabilitazione), si osserva come questo percorso sia, come atteso, riservato soprattutto ai pazienti dimessi da ricoveri in acuzie, sebbene si riscontri una variabilità regionale, in parte dovuta anche alla diversa offerta delle altre tipologie di ricovero (fig. 22.).

Fig. 22 Quota pazienti con attivazione di ADI in dimissione, per tipologia attività. Anno 2017

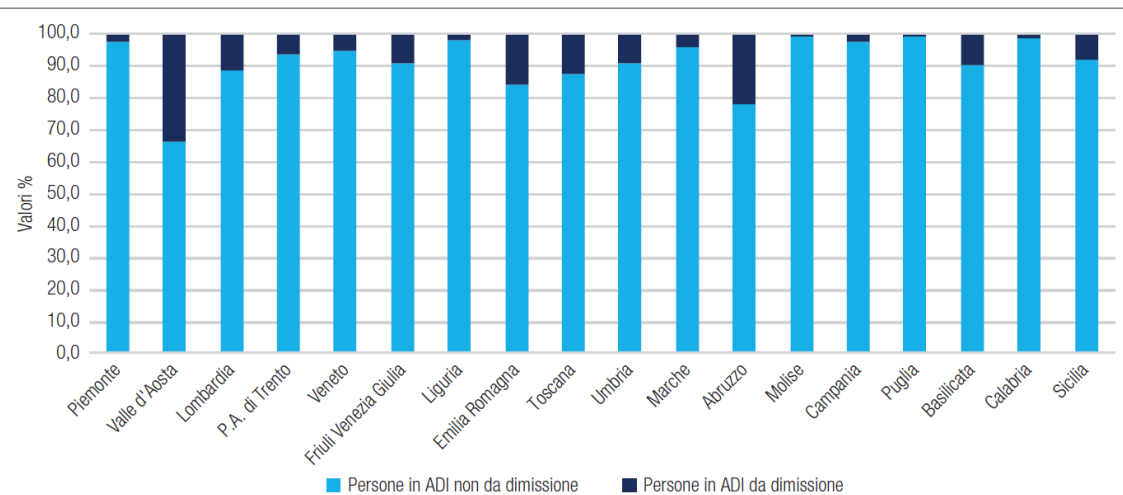


Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

L'81,9% dei pazienti dimessi in ADI proviene da ricoveri in acuzie, il 9,8% da ricoveri in lungodegenza e l'8,2% da ricoveri in riabilitazione. In 8 Regioni la quota dei pazienti dimessi provenienti da ricoveri in lungodegenza o riabilitazione supera il 20%: Lombardia, Liguria, Emilia Romagna, Marche, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna. Nella P.A. di Trento, in Toscana ed in Umbria l'inserimento nel percorso assistenziale domiciliare proviene per la quasi totalità dei casi da dimissioni in acuzie.

Dall'analisi della composizione dei pazienti *over 75* in ADI emerge che in Italia il 7,9% di questi proviene da dimissioni ospedaliere. Tale quota raggiunge il suo valore massimo nel Nord-Ovest, 11,3%, segue il Centro con il 10,2%. Nelle realtà del Nord-Est e del Mezzogiorno tale quota è minima, 5,2% e 4,7% rispettivamente (fig. 23). Tali livelli di ricorso lasciano pensare ad una maggiore esistenza di percorsi integrati ospedale-territorio per gli anziani nelle realtà del Centro e del Nord-Ovest.

Fig. 23 Quota assistiti over 75 in ADI per tipologia di accesso. Anno 2017



Fonte: elaborazione su dati Ministero della Salute, 2019 - © C.R.E.A. Sanità

A marzo 2020 Cittadinanzattiva lancia una **proposta di emendamento** del disegno legge di conversione del c.d. “Cura Italia” - depositata poi il 30 marzo - al fine di **incrementare l’assistenza socio-sanitaria e domiciliare** attraverso il finanziamento di piani straordinari triennali da parte delle Regioni, a favore in particolare di malati cronici e rari, immunodepressi, acuti non ospedalizzati e persone disabili non autosufficienti. La proposta prevedeva di ricavare le risorse necessarie per questo intervento attraverso la rimodulazione della **tassazione sulle sigarette elettroniche da “tabacco riscaldato”**, riducendo il beneficio fiscale che hanno rispetto alle sigarette tradizionali. Nello specifico, ciò permetterebbe uno stanziamento pari ad un incremento di spesa, sul finanziamento sanitario corrente, assegnando 300 mln. di € per l'anno 2020, 400 mln. nel 2021 e 500 nel 2022. La proposta è stata sostenuta, oltre che da senatori di diversi schieramenti, da oltre **70 soggetti** tra organizzazioni civiche, associazioni di pazienti, federazioni e ordini professionali, società scientifiche e rappresentanti del mondo delle imprese. [Link:](#)

A maggio entra in vigore il c.d. “Decreto Rilancio”, che introduce misure urgenti, connesse all’emergenza, in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia e di politiche sociali. Con il D.L. sono stanziati 3 mld e 250 mln di € per il SSN e viene **recepita la proposta** di cui sopra per un investimento straordinario sull’**Assistenza Domiciliare Integrata**, per i soggetti fragili. [Link](#)

4.4 La farmacia dei servizi: il ruolo della rete delle farmacie nell'assistenza territoriale alla luce dell'emergenza covid-19

Stante la necessità di potenziare l'assistenza territoriale, la rete delle farmacie in quanto presidio di salute sul territorio rappresenta un attore da valorizzare nel contesto dei SSR e SSN, specie per quanto riguarda due aspetti specifici ed uno più trasversale: la prevenzione, la presa in carico dei cittadini con patologie croniche, la lotta alle disuguaglianze anche a motivo della loro presenza nelle cosiddette Aree Interne del Paese.

Tale consapevolezza, già maturata da anni, è stata con forza sottolineata nel contesto della pandemia SARS-CoV-2 che sta mettendo a dura prova i sistemi sanitari in tutto il mondo sovraccaricando all'inverosimile le strutture sanitarie e gli operatori sanitari, ivi compresi i farmacisti: le farmacie si sono mostrate e continuano ad essere presidi in prima linea contro il Covid-19. Infatti, oltre a garantire la disponibilità di farmaci, presidi sanitari e prodotti necessari (potenziando al contempo il servizio di prenotazione e consegna a domicilio) le farmacie durante la pandemia⁴² sono state percepite dai cittadini come un luogo sicuro, accessibile ed idoneo ove trovare informazioni utili per affrontare l'emergenza sanitaria.

24 marzo 2020

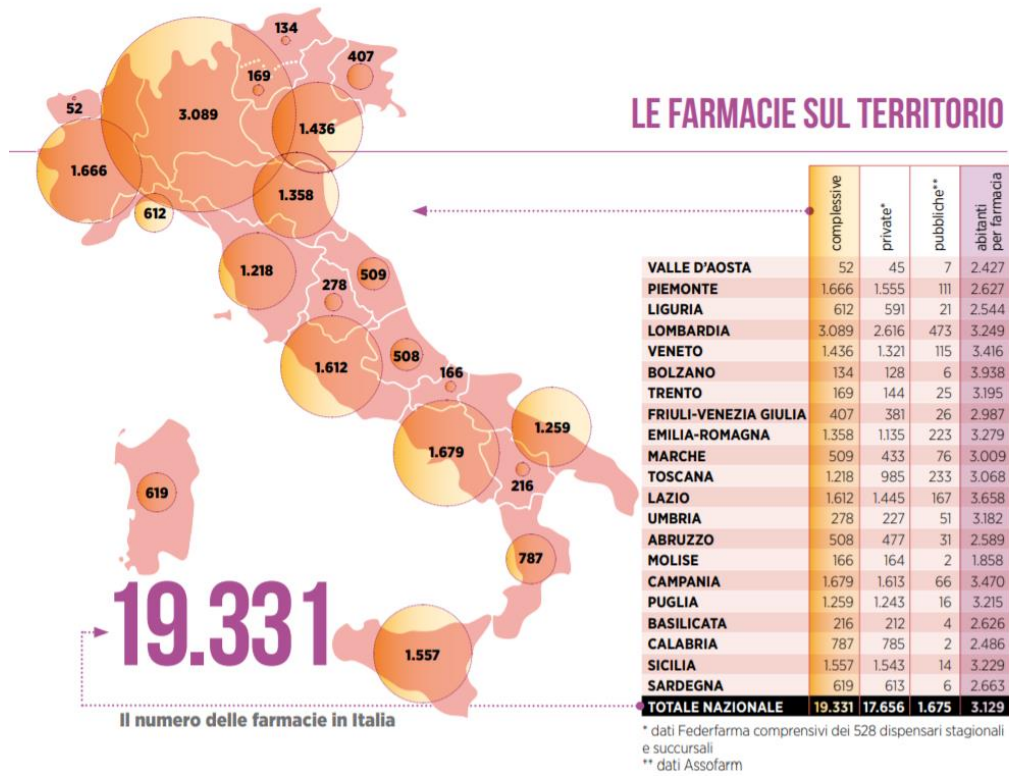
Federfarma raccoglie l'invito di Cittadinanzattiva e allarga la sua iniziativa per la consegna a domicilio dei farmaci anche ai dispositivi medici. [Link](#)

A seguire, una rappresentazione della diffusione capillare delle Farmacie sul territorio nonché dei servizi ad alta valenza socio sanitaria offerti.

⁴² Cfr Cittadinanzattiva: "Rapporto Annuale sulla Farmacia – Edizione 2020"

https://www.cittadinanzattiva.it/files/progetti/salute/Abstract_III_Rapporto_Annuale_Farmacia_2020.pdf

Fig. 24 Distribuzione delle farmacie sul territorio



Fonte: La Farmacia Italia 2019 - Fonte Federfarma⁴³

⁴³ https://www.federfarma.it/Documenti/farmacia_italiana2018_19.aspx

PRESENZA CUP PUBBLICO (TOTALE 63%)

47%	MENO DI 10 PRENOTAZIONI A SETTIMANA	10%	DA 50 A 99 PRENOTAZIONI A SETTIMANA
33%	DA 10 A 49 A SETTIMANA	9%	100 O PIÙ PRENOTAZIONI A SETTIMANA

CARATTERISTICHE SERVIZIO CUP (PUBBLICO) IN FARMACIA

89%	SEMPRE DISPONIBILE NEI GIORNI ED ORARI DI APERTURA	44%	POSSIBILITÀ DI PAGARE TICKET
58%	POSTAZIONE DEDICATA E BEN VISIBILE	40%	PERMETTE RICEZIONE E CONSEGNA REFERTI
92%	PERMETTE DI PRENOTARE, DISDIRI E SPOSTARE PRESTAZIONI	12%	PERMETTE DI ATTIVARE CARTA SANITARIA ELETTRONICA

TEST ED ESAMI DIAGNOSTICI EFFETTUATI IN FARMACIA

96%	GLICEMIA	18%	EMOGLOBINA
92%	COLESTEROLO TOTALE	18%	SANGUE OCCULTO
83%	TRIGLICERIDI	18%	ALTRO
50%	EMOGLOBINA GLICATA	16%	COMPONENTI URINE
25%	TRANSAMINASI	6%	BETA HCG
18%	CREATININA	6%	EMATOCRITO

ESAMI STRUMENTALI EFFETTUATI IN FARMACIA

99%	MISURAZIONE PRESSIONE ARTERIOSA	8%	MISURAZIONE CAPACITÀ POLMONARE AUTOSPIROMETRIA
40%	MONITORAGGIO PRESSIONE NELLE 24 ORE CON HOLTER PRESSORIO	22%	ALTRO
26%	MISURAZIONE NON INVASIVA SATURAZIONE OSSIGENO		

ALTRI SERVIZI EROGATI IN FARMACIA

98%	DISPENSAZIONE PER CONTO DELLE STRUTTURE SANITARIE	51%	RACCOLTA MEDICINALI PER I MENO ABBIENTI (BANCO FARMACEUTICO)
84%	DISTRIBUZIONE PRODOTTI ASSISTENZA INTEGRATIVA	36%	RACCOLTA DI PRELIEVI/CAMPIONI
66%	SUPPORTO ALLA DISTRIBUZIONE A DOMICILIO PER CHI È SOLO	20%	NOLEGGIO HOLTER PRESSORIO
64%	NOLEGGIO STRUMENTAZIONE PRIMA INFANZIA	18%	ALTRI NOLEGGI
56%	NOLEGGIO DISPOSITIVI DEAMBULAZIONE	13%	PRESENZA DEFIBRILLATORI

Fonte: La Farmacia Italia 2019 - Fonte Federfarma⁴⁴

4.4.1 Implementazione della Farmacia dei Servizi

Il contributo alla gestione dei bisogni della popolazione durante l'emergenza Covid-19 verosimilmente avrebbe potuto essere ancora maggiore se la Farmacia dei Servizi fosse entrata a regime.

Di fatto, la Farmacia dei Servizi, con notevole ritardo rispetto alla norma⁴⁵ che l'ha istituita, stava per essere implementata grazie alla sperimentazione ministeriale avviata nelle seguenti 9 Regioni: Piemonte, Lombardia, Veneto; Emilia Romagna, Umbria, Lazio; Campania, Puglia e Sicilia. Sperimentazione sospesa e da riavviare il prima possibile, considerando gli insegnamenti appresi dalla gestione della pandemia: occorrono nuovi scenari volti al potenziamento dell'Assistenza territoriale a supporto dei bisogni dei cittadini e dello stesso SSN. In tal senso sono due i principali ambiti di intervento per potenziare il ruolo della farmacia:

- la Distribuzione Per Conto, ovvero l'ampliamento della gamma dei medicinali dispensati dalle farmacie;
- il ruolo attivo delle farmacie nel contrasto alla diffusione del Covid-19, con particolare riferimento:

⁴⁴ https://www.federfarma.it/Documenti/farmacia_italiana2018_19.aspx

⁴⁵ Legge 18 giugno 2009, n. 69

- al coinvolgimento delle farmacie nelle campagne di vaccinazione, a partire da quella antinfluenzale e anti-pneumococcica. Coinvolgimento che contribuirebbe a massimizzare la copertura vaccinale in Italia come già avviene, peraltro, in altri Paesi.
- alla effettuazione in farmacia o tramite la farmacia di test sierologici e tamponi rapidi.

Al riguardo, di cosa stiamo parlando? In breve:

Test Sierologici

Il test sierologico verifica la presenza nel sangue degli anticorpi al nuovo coronavirus. Quando il virus contagia un individuo il suo organismo reagisce naturalmente, sviluppando gli anticorpi necessari a combatterlo. Gli anticorpi restano in circolazione anche dopo la scomparsa del virus.⁴⁶ Attraverso i test sierologici è possibile ricostruire la storia della malattia, ma non sono in grado di confermare o meno una infezione in atto. I test sierologici possono essere di due tipi:

- rapidi, quando grazie ad una goccia di sangue, ottenuta per digitopuntura, stabiliscono se un soggetto ha prodotto anticorpi e quindi è entrato in contatto con il virus;
- quantitativi, quando su una provetta di sangue, ottenuta con il normale prelievo, dosano in maniera specifica le quantità di anticorpi prodotti.

Tampone Antigenico Rapido

Il Tampone Antigenico Rapido⁴⁷ Covid-19 permette di identificare gli antigeni del virus SARS-CoV-2. È eseguito come il tampone classico o molecolare, somministrato quindi mediante tampone nasale, naso-oro-faringeo, salivare, tuttavia, a differenza di quello o molecolare non ricerca il genoma, ossia l'RNA virale, ma la presenza di proteine di superficie del virus chiamate anche antigeni.

Test sierologici e tamponi rapidi in Farmacia

Come hanno dato seguito le diverse Regioni alla proposta del Ministro della Salute Roberto Speranza relativa all'effettuazione di test sierologici e tamponi rapidi in farmacia? La tabella che segue ospita i dati relativi:

Tabella 8 ricognizione della disponibilità di test sierologici in farmacia

REGIONE	TEST SIEROLOGICI IN FARMACIA	TARGET dei Test sierologici	COSTO dei Test sierologici SSR- Carico cittadino	TAMPONI RAPIDI IN FARMACIA
Abruzzo ⁴⁸	SI	Popolazione scolastica	Gratuito per target- A carico 15.58 €	NO
Basilicata	NO			NO
Calabria	NO			NO
Campania	NO			NO
Emilia Romagna ⁴⁹	SI	Popolazione scolastica	Gratuito per il target	NO

⁴⁶ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_470_allegato.pdf

⁴⁷ <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato3138880.pdf>

⁴⁸ Accordo tra Regione, Federfarma e Assofarm, siglato il 20 novembre che consentirà la somministrazione di test sierologici in tutta la rete regionale delle farmacie convenzionate, pubbliche e private. Cfr. <https://www.regione.abruzzo.it/content/coronavirus-sottoscritto-l%E2%80%99accordo-con-federfarma-e-assofarm-dal-30-novembre-test>

⁴⁹ Cfr. <https://salute.regione.emilia-romagna.it/tutto-sul-coronavirus/test-sierologici-e-tamponi/screening-farmacie>

Friuli Venezia Giulia	NO			NO
Lazio ⁵⁰	SI		A carico del cittadino 20,00€	SI < 22€
Liguria	NO			NO
Lombardia ⁵¹	NO			SI ⁵² 20€
Marche	NO ⁵³			NO
Molise	NO			NO
Piemonte ⁵⁴	SI		A carico del cittadino	SI
Puglia	NO			NO
Sardegna ⁵⁵	SI	Popolazione scolastica		SI
Sicilia	NO			NO
Toscana	NO			NO
Trentino Alto Adige ⁵⁶	SI		Gratuito	SI
Umbria ⁵⁷	SI	Popolazione scolastica	Gratuito per il target	NO
Val d'Aosta	NO			NO
Veneto	NO			NO ⁵⁸

Fonte: Cittadinanzattiva - Tabella redatta sulla base delle deliberazioni reperite sui siti web delle Regioni

Allo stato attuale⁵⁹ il panorama regionale circa l'esecuzione dei test sierologici in farmacia si presenta difforme, e comunque sono meno della metà le Regioni che hanno aperto a questa possibilità (in alcuni casi riservata gratuitamente alla popolazione scolastica) sulla base di specifici accordi siglati, o in fase di chiusura, tra l'ente Regione e la categoria di settore, Federfarma. Ancora meno risultano essere le Regioni nelle quali i cittadini possono effettuare tamponi rapidi nelle farmacie: Lazio, Lombardia, Piemonte, Sardegna e Trentino Alto Adige. Di seguito il dettaglio delle specifiche differenze regionali:

⁵⁰ Accordo in BURL Cfr. <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato560713.pdf>

⁵¹ DGR n. 3777 del 3 novembre 2020. Cfr <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/cittadini/salute-e-prevenzione/coronavirus/indicazioni-test-antigenici#:~:text=3777%20del%203%20novembre%202020,una%20risposta%20in%20tempi%20rapidi>

⁵² L'esecuzione dei tamponi rapidi è prevista anche nella Farmacia dei Servizi, ma il loro utilizzo è extra SSR.

⁵³ Accordo in fase di chiusura

⁵⁴ Cfr. <https://www.regione.piemonte.it/web/pinforma/notizie/al-via-piemonte-test-rapidi-per-coronavirus#:~:text=Il%20test%20rapido%20prenotato%20in,e%20privati%20riconosciuti%20dalla%20Regione.>

⁵⁵ <http://www.fpress.it/dalle-regioni/sardegna-via-libera-allaccordo-tra-regione-e-federfarma-su-vaccini-e-sierologici/>

⁵⁶ http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=89570

⁵⁷ https://www.regione.umbria.it/documents/18/24948427/dgr+995_2020/54b39ae8-e8de-4280-abab-78e19094919e

⁵⁸ Accordo in fase di chiusura, orientato -sembrebbe- solo sull'esecuzione dei tamponi rapidi e non su test sierologici (cfr <http://www.fpress.it/dalle-regioni/test-covid-anche-veneto-e-piemonte-si-appoggeranno-alle-farmacie/>).

⁵⁹ Redazione del presente documento al 26 novembre 2020.

Abruzzo

Test sierologici per la popolazione scolastica: studenti delle scuole dell'infanzia, primarie, medie e superiori e loro familiari conviventi. Successivamente si estenderà ad altre fasce di popolazione. Accordo⁶⁰ tra Regione, Federfarma e Assofarm, siglato il 20 novembre 2020 che consente la somministrazione di test sierologici in tutta la rete regionale delle farmacie convenzionate, pubbliche e private. Gratuito solo per il target individuato, per tutti gli altri che vogliono sottoporsi al test il costo è a loro carico ed è pari a 15,58€. I test sono disponibili dal 30 novembre e l'esame potrà essere prenotato direttamente in farmacia.

Emilia Romagna

Test sierologici per popolazione scolastica: cittadini residenti o con domicilio sanitario in Regione Emilia-Romagna con scelta del Medico di medicina generale o del Pediatra di libera scelta:

- Studenti 0-18 anni e maggiorenni se frequentanti scuola secondaria superiore e relativi, quali genitori, anche se separati e/o non conviventi, sorelle/fratelli, altri familiari conviventi, nonna/nonno non convivente.
- Studenti universitari anche se frequentanti Università fuori regione.
- Studenti dei percorsi di leFP (Istruzione e Formazione Professionale).
- Personale scolastico delle scuole di ogni ordine e grado e dei servizi educativi 0-3 anni.
- Personale degli enti di formazione professionale che erogano i percorsi di leFP.

Gratuito per il target. Campagna attiva nell'intero territorio regionale dal 19 ottobre 2020, come stabilito dall'accordo⁶¹ tra la Regione Emilia-Romagna e le associazioni di categoria delle Farmacie convenzionate.

Lazio

Test sierologici: esecuzione su appuntamento in spazi idonei, separati da quelli destinati all'accoglienza dell'utenza ed alla vendita; qualora la farmacia ne fosse sprovvista, è possibile effettuarli durante l'orario di chiusura o in un ambiente esterno⁶².

Costo a carico del cittadino: 20€, non occorre alcuna prescrizione del medico.

Tamponi rapidi: Il tampone non potrà superare il costo di 22€ e per l'esecuzione le farmacie potranno avvalersi del supporto di personale sanitario. Accordo siglato con l'Ordine nazionale dei Biologi.

Lombardia

Tamponi rapidi: previsti anche nella Farmacia dei Servizi, ma il loro utilizzo è extra SSR. I test antigenici potranno essere utilizzati anche:

- in contesti aziendali, su iniziativa del datore di lavoro;
- negli ambulatori privati;
- nelle farmacie dei servizi.

⁶⁰ Cfr. <https://www.regione.abruzzo.it/content/coronavirus-sottoscritto-l%E2%80%99accordo-con-federfarma-e-assofarm-dal-30-novembre-test>

⁶¹ Cfr. http://servizissir.regione.emilia-romagna.it/deliberegiunta/servlet/AdapterHTTP?action_name=ACTIONRICERCADELIBERE&operation=leggi&cod_protocollo=GPG/2020/1351&ENTE=1

⁶² <https://www.rifday.it/wp-content/uploads/2020/11/Accordo-Regione-Lazio-farmacie-su-esecuzione-test-rapidi-anti-Covid.pdf>

In caso di positività sarà necessario che l'esito venga confermato con tampone molecolare la cui esecuzione non dovrà avere costi aggiuntivi per l'utente (prenotazione a carico del datore di lavoro, della struttura/del professionista).

Il medico competente o il professionista che esegue il test dovrà fornire le informazioni necessarie circa isolamento e quarantena, e sui comportamenti da tenere.

Anche le farmacie potranno individuare luoghi e modalità per l'effettuazione del test antigenico rapido, dandone comunicazione alle ATS.

Con specifica delibera la Regione ha inoltre stabilito il valore da tariffario dei tamponi antigenici rapidi in 20€

con decorrenza 12/10/2020.

Marche

Test sierologici: a livello regionale procede l'iter per giungere ad un accordo per l'esecuzione dei test sierologici nelle farmacie. L'accordo prevederebbe l'adesione delle farmacie su base volontaria. La Giunta regionale sta ancora valutando per quali categorie della popolazione intende rendere il test gratuito. La comunicazione dell'esito dell'analisi non spetterà alla farmacia, ma al Dipartimento di Prevenzione.

Piemonte

Test sierologici: la prestazione non sarà gratuita, ma a carico del cittadino. Il costo di un singolo campione è di 43€, somma progressivamente discendente nel caso in cui vi siano più persone (fino a 5) all'interno del medesimo nucleo familiare a richiederne l'effettuazione. Nello specifico:

- test rapido sierologico per 1 persona: 43€;
- test rapido sierologico per 2 persone: 35€;
- test rapido sierologico per 3 persone: 32€;
- test rapido sierologico per 4 persone: 31€;
- test rapido sierologico per 5 persone: 30€.

Su prenotazione, il test sierologico potrà essere effettuato a domicilio o direttamente in farmacia.

Tampone rapido: potrà essere prenotato in farmacia ed eseguito a domicilio da infermieri.

Sardegna

Tamponi rapidi: forniti dalla farmacia, effettuati da personale abilitato.

Toscana

Tamponi rapidi: la Regione affida alle farmacie la distribuzione dei tamponi rapidi per i medici e pediatri di famiglia. In questo modo la distribuzione dei kit si avvarrà di un canale distributivo capillare in tutto il territorio.

Trentino Alto Adige

Tamponi rapidi: Protocollo sperimentale per l'esecuzione di test rapidi antigenici nelle farmacie. Con Provvedimento della Giunta Provinciale in seguito all'accordo raggiunto, il test viene eseguito da infermieri, mentre la fornitura dei kit di processazione avviene da parte dell'Azienda sanitaria.

I tamponi rapidi possono essere eseguiti in luogo aperto adiacente alla farmacia o al suo interno, purché con orari e spazi dedicati, in modo da consentire il servizio in ambiente separato dal resto dell'utenza. In questo secondo caso, dopo ogni prestazione, sarà necessario mettere in atto le procedure di sanificazione.

Il tampone non si può richiedere come prestazione a pagamento ma serve la prenotazione attraverso il CUP online. In caso di positività l'esito viene comunicato nel giro di un'ora.

Umbria

Test sierologici: accordo tra la Direzione regionale sanitaria e Federfarma Umbria per avviare lo screening dei test sierologici gratuiti in farmacia per la popolazione scolastica. Campagna attiva dal 4 novembre per tutti gli studenti e le loro famiglie, se asintomatici e dietro prescrizione del proprio medico di base o del pediatra a cui verranno inviati i referti. Per prendere l'appuntamento, basterà andare in una delle farmacie aderenti presentando la ricetta.

Veneto

Tamponi rapidi: Accordo in fase di chiusura, saranno eseguiti in regime convenzionato, quindi a carico della Regione, che fornirà test e indicherà le modalità dello screening. I tamponi potranno essere eseguiti in farmacia dopo la chiusura, in locali con accesso diverso da quello principale, oppure mediante l'allestimento di gazebo o altre strutture esterne piuttosto che in spazi messi a disposizione dai Comuni o dalla Protezione civile (tende, per esempio). I tamponi saranno effettuati da infermieri specializzati sulla base della prescrizione del medico di famiglia. I farmacisti riceveranno dalla Regione un rimborso tra i 15€ e i 18€, a seconda se urbane o rurali, per coprire la spesa degli infermieri. L'accordo ricalca quello già firmato dalla Provincia di Trento, ma in Veneto l'iniziativa partirà a inizio dicembre.

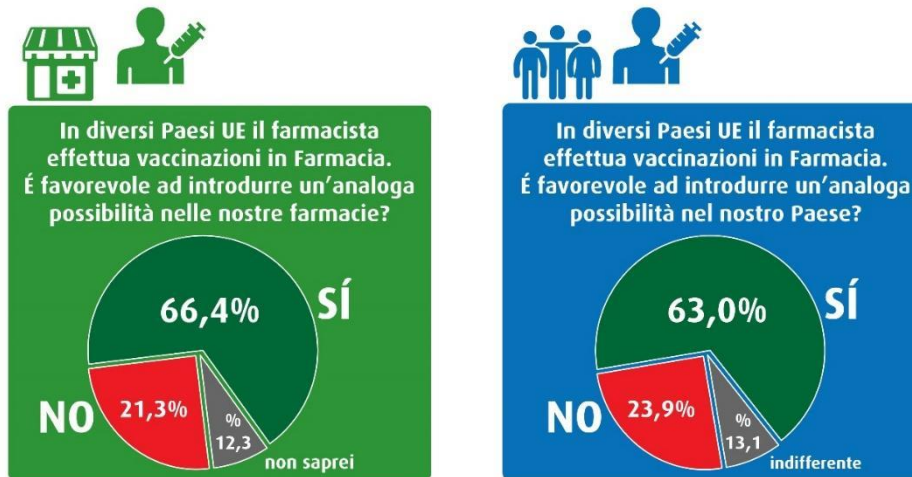
...E per le campagne di vaccinazione?

La crisi che stiamo attraversando ha riaperto anche il tema delle competenze dei diversi operatori e professionisti impegnati nel campo della salute. Per il nostro Sistema Sanitario Nazionale potrebbe essere arrivato il momento di discutere apertamente di maggiori compiti, ad esempio per infermieri e farmacisti. Nel concreto, in diversi Paesi dell'Unione Europea il farmacista somministra già vaccinazioni in farmacia. Di fronte alla possibilità di introdurre in Italia un analogo servizio, il 66,4% dei farmacisti sarebbe favorevole a fronte di un 21,3% contrario.

I farmacisti favorevoli alla vaccinazione in farmacia ritengono possibile coinvolgere la loro categoria per la vaccinazione antinfluenzale (99%) mentre meno consenso raccoglie l'opzione di altre vaccinazioni (46,2%). Di contro, maggiore apertura viene concessa all'opzione di una (prossima futura) vaccinazione anti Covid-19 (77,4%)⁶³.

⁶³ Cittadinanzattiva: "Rapporto Annuale sulla Farmacia – Edizione 2020"

https://www.cittadinanzattiva.it/files/progetti/salute/Abstract_III_Rapporto_Annuale_Farmacia_2020.pdf



I farmacisti favorevoli ad introdurre le vaccinazioni in farmacia sottolineano alcune imprescindibili pre-condizioni da soddisfare affinché ciò possa tramutarsi in realtà. Tra queste, in ordine di priorità, si segnalano:

- 1) Introdurre adeguate garanzie per il farmacista attraverso un cambio della normativa vigente, al fine di definire regole chiare su ruoli/competenze così come su responsabilità civili/penali (es. abuso della professione medica nell'atto di fare iniezioni, etc.).
- 2) Assicurazione adeguata al rischio.
- 3) Formazione (es. corsi teorici e pratici di abilitazione, corsi ECM, affiancamento).
- 4) Protocolli con altre figure professionali/strutture sanitarie (es. gestione reazioni avverse; accesso anagrafe vaccinale, etc.).
- 5) Ambiente idoneo/certificazione dei locali.
- 6) Adeguate campagne di informazione e comunicazione rivolte ai cittadini.

Passare dalle parole ai fatti sarà un processo lungo anche per ogni singola farmacia. Al verificarsi di necessarie e auspiccate precondizioni, le farmacie che ritengono di essere pronte sono il 66,2%. Dal canto loro, i cittadini si mostrano favorevoli (nel 63% dei casi) alla possibilità di vaccinarsi in farmacia come già avviene in diversi Paesi europei, oltre che di svolgere test sierologici (opzione che raccoglie ben il 77,6% di pareri positivi)⁶⁴.

In positivo, si è registrata un'apertura incoraggiante a fine Ottobre 2020 nel Lazio laddove l'Ordine dei Medici di Roma e quello dei Farmacisti della Capitale hanno deciso di fare squadra e, con una nota congiunta, hanno dichiarato di volersi mettere a disposizione della Regione Lazio per aumentare il numero di vaccini antinfluenzali da somministrare ai cittadini⁶⁵.

⁶⁴ *Ibidem*.

⁶⁵ <https://www.dire.it/20-10-2020/517885-nel-lazio-alleanza-tra-medici-e-farmacisti-sui-vaccini-antinfluenzali/>

4.5 Liste d'attesa

4.5.1 Il nuovo piano di governo delle Liste d'attesa

A febbraio 2019 è stato finalmente approvato il nuovo piano di Governo delle Liste d'Attesa⁶⁶. Il nuovo Piano ripropone importanti novità ed elementi positivi che da anni anche Cittadinanzattiva reclamava. Tra gli elementi positivi previsti dalla norma vi è senz'altro la previsione della fissazione da parte delle Regioni dei tempi massimi di tutte le prestazioni ambulatoriali e di ricovero. Fissati i tempi massimi anche per le prestazioni programmabili, la cosiddetta lettera P, e previsto il suo relativo monitoraggio. Finalmente le persone con malattia cronica che devono fare i controlli non dovranno più andare a prenotarli presso il CUP ma sarà lo stesso specialista a prescriberli e la struttura a preoccuparsi della relativa prenotazione, decongestionando così le liste di attesa per i primi accessi. Introdotti i percorsi di tutela nei casi in cui non siano garantiti i tempi massimi nel canale istituzionale, anche se sarà necessario nel passaggio in Conferenza delle Regioni estendere i percorsi di tutela anche ai ricoveri. Il rispetto dei tempi massimi di erogazione delle prestazioni dovranno essere garantiti all'interno di un ambito territoriale, rispettando la prossimità e la raggiungibilità per il cittadino. Aumentati orari e giorni di svolgimento delle prestazioni. Il CUP dovrà gestire in modo centralizzato tutte le agende delle strutture pubbliche e private accreditate massimizzando tutte le disponibilità". Viene previsto inoltre, che in caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione, si attua il blocco dell'attività libero professionale; viene riaffermato l'obbligo di attivazione e di reale funzionamento degli Organismi regionali di monitoraggio dell'intramoenia, il cui operato sarà oggetto di verifica da parte del Comitato Lea del Ministero della Salute. Trasparenza delle agende, informazione al cittadino, vigilanza sul divieto di sospendere le prenotazioni e valutazione dei Direttori Generali rispetto alla loro capacità di ridurre i tempi di attesa sono gli altri importanti interventi previsti dal Piano nazionale. Previsto anche il coinvolgimento delle Organizzazioni civiche all'interno dell'Osservatorio Nazionale sulle Liste di attesa, attivo presso il Ministero della Salute e che vede la presenza di Cittadinanzattiva.

Tab.9 Adozione piano Regionale di governo delle liste d'attesa 2019 - 2021

	ADOZIONE PIANO REGIONALE
PIEMONTE	DGR N. 110-9017 DEL 16/05/2019
VALLE D'AOSTA	DELIBERA N. 503 DEL 19/04/2019
LOMBARDIA	DELIBERAZIONE N° XI / 1865 SEDUTA DEL 09/07/2019

⁶⁶ PNGLA 2019 - 2021

PA TRENTO	DELIBERA N. 696 DEL 17 MAGGIO 2019
VENETO	APPROVATO DALLA GIUNTA L'11 LUGLIO 2019 E OTTENUTO PARERE FAVOREVOLE DELLA COMMISSIONE CONSILIARE
LIGURIA	DELIBERAZIONE N°185 DEL 12.06.2019
EMILIA ROMAGNA	DELIBERA N. 603 DEL 15/04/2019
TOSCANA	DELIBERA N. 604 DEL 06/05/2019
UMBRIA	DELIBERA N. 610 DEL 06/05/2019
MARCHE	DELIBERA N. 462 DEL 16/04/2019
LAZIO	FIRMATO IL DECRETO IL 26/7/2019
ABRUZZO	DELIBERA 265 N. 14 /5/2019
MOLISE	DCA N. 46 DEL 29/04/2019
CAMPANIA	DCA 52 DEL 4/7/2019
PUGLIA	DELIBERA 735 DEL 18 APRILE 2019
CALABRIA	DCA 88 DEL 23/05/2019
SICILIA	DA N. 631 DEL 12/04/2019
BASILICATA	DGR N. 570 DEL 7/08/2019
SARDEGNA	DGR N. 21/24 del 4/6/2019
PA BOLZANO	DGP N. 915 DEL 5/11/2019
FRIULI VENEZIA GIULIA	DGR 1815 DEL 25/10/2019

Fonte: Osservatorio civico sul federalismo in sanità, 2018 - Cittadinanzattiva

4.5.2 Quota regionale fondo liste d'attesa

Attraverso l'ultima legge di Bilancio⁶⁷ e il Decreto Fiscale⁶⁸ sono stati stanziati un totale di 400 milioni di euro tra il 2019 e il 2021 per il potenziamento dell'infrastrutturazione tecnologica e digitale dei Cup.

- 150 milioni per l'anno 2019
- 150 milioni per l'anno 2020
- 100 milioni per l'anno 2021.

Il Ministero della Salute ha inviato a luglio 2019 alla Conferenza Stato-Regioni il decreto di riparto dei 400 milioni di euro. Nel decreto si specifica anche che la mancata realizzazione degli obiettivi determina l'obbligo di restituzione dell'acconto allo Stato che può procedere al relativo recupero anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti negli esercizi successivi.

Di seguito il riparto del fondo per Regione:

Figura 25 Riparto dei finanziamenti per ridurre i tempi d'attesa

	popolazione residente 1 gen 2018 pesata	CRITERIO 1: QUOTA FISSA (20%)	CRITERIO 1: QUOTA VARIABILE (80%) per pop pesata	TOTALE RIPARTO CRITERIO 1: quota fissa (20%) + quota var pop pesata (80%)	2019	2020	2021
Piemonte	4.468.073	4.211	24.057	28.268	4.211	16.539	7.518
Valle d'Aosta	127.285	4.211	685	4.896	4.211	471	214
Lombardia	10.028.556	4.211	53.996	58.206	4.211	37.122	16.874
Veneto	4.913.851	4.211	26.457	30.668	4.211	18.189	8.268
Friuli V.G	1.247.507	4.211	6.717	10.927	4.211	4.618	2.099
Liguria	1.628.504	4.211	8.768	12.979	4.211	6.028	2.740
Emilia-Romagna	4.500.430	4.211	24.231	28.442	4.211	16.659	7.572
Toscana	3.814.051	4.211	20.536	24.746	4.211	14.118	6.417
Umbria	901.932	4.211	4.856	9.067	4.211	3.339	1.518
Marche	1.554.251	4.211	8.368	12.579	4.211	5.753	2.615
Lazio	5.855.336	4.211	31.526	35.737	4.211	21.674	9.852
Abruzzo	1.326.011	4.211	7.140	11.350	4.211	4.908	2.231
Molise	312.643	4.211	1.683	5.894	4.211	1.157	526
Campania	5.631.634	4.211	30.322	34.532	4.211	20.846	9.476
Puglia	4.011.347	4.211	21.598	25.808	4.211	14.849	6.749
Basilicata	568.058	4.211	3.059	7.269	4.211	2.103	956
Calabria	1.933.746	4.211	10.412	14.622	4.211	7.158	3.254
Sicilia	4.948.634	4.211	26.644	30.855	4.211	18.318	8.326
Sardegna	1.661.250	4.211	8.945	13.155	4.211	6.149	2.795
Totale	59.433.098	80.000	320.000	400.000	80.000	220.000	100.000

Fonte: Ministero della Salute

4.5.3 I dati dei cittadini

Nel 2019 le segnalazioni raccolte dal Tribunale per i diritti del malato ed analizzate nell'ultima edizione del Rapporto PiT salute sulle difficoltà d'accesso alle prestazioni, raggiungono il 25,4% e ci raccontano di problematiche pressoché invariate rispetto all'anno precedente (26,5%).

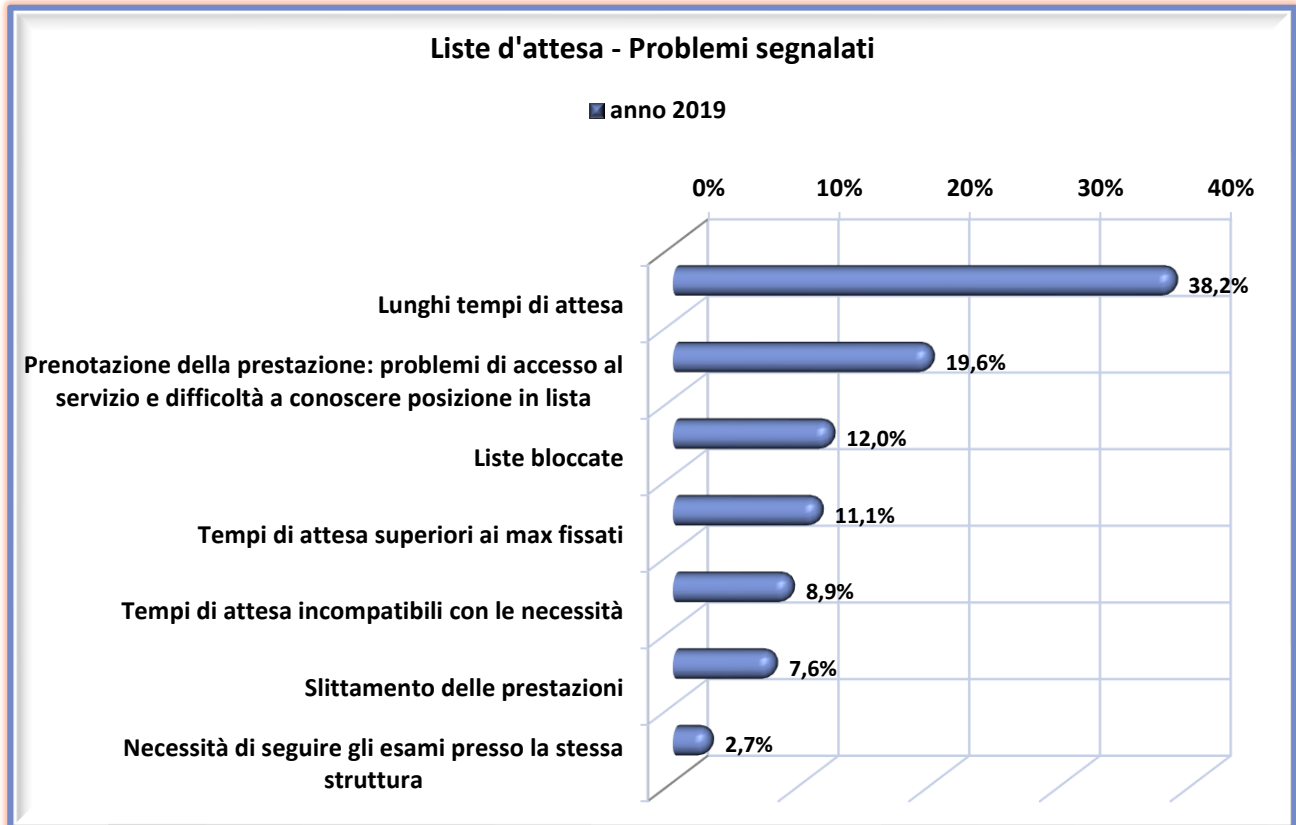
⁶⁷ Legge di Bilancio 2019, art. 1 cc. 510-512

⁶⁸ L. 136/2018. Conversione in legge, con modificazioni, del DL 23 ottobre 2018, n. 119.

Questo dato ci suggerisce che siamo di fronte ad una difficoltà a risolvere i problemi di accesso soprattutto per ciò che attiene alle liste d'attesa.

A seguire mostriamo il dettaglio delle problematiche legate alle liste d'attesa segnalate dai cittadini.

Figura 26 I dati sulle Liste d'attesa di Cittadinanzattiva



Fonte: Rapporto PiT Salute 2019 - Cittadinanzattiva

Al primo posto, si riscontrano difficoltà proprio nei tempi prospettati al cittadino, nel momento della prenotazione, per accedere ad una visita, ad un esame diagnostico o ad un intervento chirurgico. Il 38,2% dei cittadini, nell'ambito delle liste d'attesa, denuncia dunque i tempi lunghi. Le problematiche connesse con le liste d'attesa non si esauriscono però con il verificarsi di una attesa troppo lunga, altri fattori, infatti, sono vissuti come ulteriori ostacoli nel percorso di accesso alla prestazione. Uno di questi è ad esempio il secondo punto, quello relativo alla difficoltà a prenotare una prestazione 19,6%. Il dato si compone di tutte quelle segnalazioni che riguardano la generica inaccessibilità ai servizi cup sia per linee telefoniche sempre affollate, sia per l'inesistenza di canali di prenotazione online della propria regione, della propria asl o della struttura prescelta, sia per la distanza o l'affollamento degli sportelli cup all'interno dei presidi. Un'altra problematica è relativa alla mancanza di trasparenza e informazioni in merito alla posizione in liste d'attesa per interventi. Proseguendo nel dettaglio delle segnalazioni, troviamo quelle inerenti alla pratica 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.

A seguire si segnalano problemi sempre più specifici. Le ultime quattro voci forse più delle precedenti mostrano, seppur in percentuale minore, un'urgenza: quella di vedere rispettati dei bisogni precisi. Innanzitutto 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 (11,1%). Con l'8,9% delle segnalazioni troviamo quelle inerenti all'incompatibilità delle attese proposte con le necessità cliniche del paziente. Qui soprattutto troviamo pazienti cronici o con patologie note che hanno necessità di pianificare e organizzare visite ed esami di controllo con sequenze precise. Ancora a seguire il problema dello slittamento delle prestazioni (7,6%) e la necessità di eseguire visite ed esami presso lo stesso medico o struttura che non viene consentito nella maggior parte delle volte (2,7%). Questo elemento, anche se celato dalle esigue segnalazioni, evidenzia un dettaglio di importanza estrema: quello che riguarda la presa in carico e la continuità del percorso di cura per i pazienti cronici la cui responsabilità è in capo alla struttura sanitaria.

Quest'anno, come lo scorso, sono le visite specialistiche le prestazioni che fanno registrare il numero maggiore di segnalazioni con il 38,4% rispetto al 34,1% del 2018. Seguono gli esami diagnostici con il 33,2%, i ricoveri per interventi chirurgici con il 25,2% e l'accesso alla chemioterapia e radioterapia (3,2% nel 2019) che fortunatamente mostra una flessione rispetto al 2018 (7,7%).

Per quanto riguarda le aree specialistiche oggetto di segnalazioni, quest'anno troviamo diversi cambiamenti rispetto allo scorso anno. Al primo posto troviamo l'area cardiologica con il 13,5% delle segnalazioni al pari di quella neurologica. Segue al terzo posto quella oculistica, che da anni si presentava sempre al primo posto. Un dato significativamente positivo è rappresentato dalla diminuzione delle segnalazioni nell'ambito dell'oncologia che passa da un 10,1% del 2018 ad un 6,8% del 2019. A mostrare invece incrementi significativi è l'area della dermatologia che dal 3,6% passa al 9,5%.

L'attesa media per alcune visite specialistiche rappresenta ogni anno un elemento di riflessione importante e rende più oggettivo il peso dei dati che riportiamo in questo ambito. Sebbene l'area oculistica non sia quella maggiormente segnalata in termini di frequenza è quella per la quale si attende di più. Parliamo di attese medie di 11 mesi per una visita oculistica, di 10 mesi per una pneumologica, di 7 mesi per una cardiologica e di 5 mesi per una visita oncologica. Risulta evidente che attese così lunghe, che vanno ben oltre i tempi che, non solo le normative escludono possano verificarsi, ma anche il più comune buon senso, devono trovare una pronta valutazione da parte delle Istituzioni ai vari livelli e idonee misure atte a risolverle.

Quest'anno, a differenza degli scorsi in cui l'ecografia era sempre al primo posto, troviamo la risonanza magnetica con un incremento importante dal 13,3% (2018) al 17,5% nel 2019. A seguire le ecografie con il 14,7% e le TAC con il 9,8%.

Anche in questo caso mostriamo i tempi medi che sono stati segnalati dai cittadini per accedere ad un esame diagnostico. Dal raffronto con l'anno precedente i dati sono in larga parte sovrapponibili. Il dato certo è l'attesa davvero eccessiva che emerge dalle storie dei cittadini: 15 mesi per una mammografia, 11 per una risonanza magnetica e un ecodoppler, 8 per una tac, una ecografia e una colonscopia

Per concludere i dati inerenti alle aree specialistiche che mostrano il maggior numero di segnalazioni nell'ambito degli interventi chirurgici. Come da anni l'ortopedia è al primo posto con il 18,2% anche se mostra un decremento importante (come anche la chirurgia generale) a fronte di incrementi sostanziali in altre aree come l'oculistica. Infatti va sottolineato che l'area oculistica risulta ancora una volta presente con area particolarmente critica con un incremento di oltre 4 punti percentuali (11,3% nel 2018 – 15,9% nel 2019). Anche l'urologia evidenzia dati in aumento (7,3% nel 2018 – 11,4% nel 2019) così come la cardiologia e l'odontoiatria.

Degna di nota, la flessione del dato sull'oncologia che, come visto per le visite specialistiche, ci suggerisce un trend generalmente positivo sull'area. Ciò che purtroppo dobbiamo segnalare è il dato in aumento sulla chirurgia ricostruttiva (4,5% nel 2018 – 6,8% nel 2019), un'area fortemente connessa all'oncologia.

4.5.4 Il quadro regionale

Andando ad analizzare le segnalazioni raccolte da circa 300 sedi del Tribunale per i Diritti del Malato nelle 21 regioni italiane all'interno del Rapporto PiT Salute 2019, si possono facilmente identificare le regioni nelle quali il peso delle liste d'attesa è più forte rispetto al resto delle problematiche sanitarie. Come è possibile leggere nella tabella seguente, sono in particolare i cittadini di Abruzzo, Basilicata, Campania, Lazio, Marche, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria e Veneto a segnalare come più rilevante proprio il problema delle liste d'attesa. I cittadini del Piemonte, segnalano il problema delle liste di attesa al secondo posto. Segue la regione Emilia Romagna, Liguria, Lombardia che segnalano le liste d'attesa come terza problematica tra quelle di consueto analizzate. Stupisce il fatto che alcune regioni non mostrano il tema delle liste d'attesa come particolarmente critico (Calabria, Molise, Sardegna), segno che queste regioni hanno problematiche ancora più sentite in particolare in merito all'area afferente all'assistenza territoriale (problemi con MMG, assistenza domiciliare, riabilitazione ecc).

Tabella 10 Peso problema liste d'attesa nelle regioni

Liste d'attesa come 1° problema segnalato	Liste d'attesa come 2° problema segnalato	Liste d'attesa come 3° problema segnalato
Abruzzo	Piemonte	Emilia Romagna
Basilicata		Liguria
Campania		Lombardia
Lazio		
Marche		
Puglia		
Sicilia		
Toscana		
Umbria		
Veneto		

Fonte: Osservatorio civico sul federalismo in sanità su dati Rapporto PiT Salute 2019 - Cittadinanzattiva

4.5.5 La garanzia delle priorità dei tempi d'attesa secondo quanto stabilito dal PNGLA 2019 – 2021

Il nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa 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).

la Corte dei Conti⁶⁹ anche quest'anno riporta le quote di prestazioni garantite nei tempi previsti dai codici di priorità.

Figura 27 Rispetto delle priorità stabilite dal PNGLA 2019 - 2021

LE PRESTAZIONI GARANTITE					TAVOLA RQ10_2
Area	2016		2018		
	Quota di prestazioni garantite nei tempi- Prestazioni "Brevi"	Quota di prestazioni garantite nei tempi- Prestazioni "Differibili"	Quota di prestazioni garantite nei tempi- Prestazioni "Brevi"	Quota di prestazioni garantite nei tempi- Prestazioni "Differibili"	
Ecocolor Doppler dei tronchi sovraortici	87,7	86,4	82,5	83,7	
centro	93,4	84,9	94,4	76,6	
nord est rso	91,1	86,3	93,5	84,3	
nord ovest rso	84,5	89,8	79,5	89,7	
sud	75,9	86,7	67,6	83,2	
Ecografia Ostetrica - Ginecologica	74,9	91,9	86,1	93,8	
centro	92,5	88,3	90,3	95,8	
nord est rso	92,9	93,2	95,0	94,4	
nord ovest rso	57,0	91,9	75,4	91,6	
sud	83,4	93,2	73,4	89,1	
Mammografia	92,8	81,7	88,5	79,5	
centro	92,8	85,7	85,4	64,0	
nord est rso	97,1	79,2	96,7	81,9	
nord ovest rso	82,5	85,7	86,0	82,2	
sud	83,4	90,3	81,8	83,5	
RMN Colonna vertebrale	89,4	97,1	78,9	92,0	
centro	81,7	94,3	71,6	85,5	
nord est rso	93,6	97,5	85,6	93,1	
nord ovest rso	82,3	97,8	76,2	95,0	
sud	83,8	95,7	75,8	87,3	
TAC Torace senza e con contrasto	86,1	91,4	77,7	84,6	
centro	72,4	94,7	75,3	76,8	
nord est rso	90,8	90,1	85,6	85,4	
nord ovest rso	84,8	91,6	71,4	88,7	
sud	77,1	91,9	69,6	87,5	
Visita cardiologica	83,6	84,3	79,5	86,0	
centro	98,6	98,8	96,4	97,0	
nord est rso	91,4	83,0	92,0	84,9	
nord ovest rso	65,9	83,4	72,0	87,7	
sud	75,4	91,8	65,0	86,4	
Visita oculistica	89,9	69,3	84,4	67,5	
centro	82,4	80,5	87,2	60,5	
nord est rso	96,8	96,3	95,4	69,6	
nord ovest rso	87,5	63,8	75,4	61,3	
sud	74,6	77,4	71,4	73,0	
Visita ortopedica	81,1	89,6	80,0	90,8	
centro	92,0	96,4	96,1	94,4	
nord est rso	85,8	88,3	90,8	90,8	
nord ovest rso	71,1	92,1	73,0	91,3	
sud	68,7	91,7	63,8	86,7	
Totale complessivo	84,9	83,0	81,0	81,8	
centro	88,0	87,8	86,7	75,4	
nord est rso	91,2	81,7	81,0	83,3	
nord ovest rso	68,6	84,0	74,2	83,0	
sud	75,4	87,9	68,8	83,0	

Fonte: Corte dei Conti "Rapporto sul finanziamento della finanza pubblica 2020"

I dati mostrati dalla Corte dei Conti ci informano di un peggioramento della situazione nel 2018 rispetto al 2016.

Peggiorano le quote di prestazioni con classi di priorità "brevi" e "differibili" garantite entro i tempi previsti dalla normativa: "Ciò è particolarmente netto per le prestazioni "brevi", quelle che dovrebbero essere garantite entro 10 giorni. Fatta eccezione per le ecografie ginecologiche, registrano un peggioramento tutte le altre prestazioni. Anche nel caso delle prestazioni differibili la quota peggiora in 5 delle otto specialità (oltre alle ecografie ostetriche, segnano un miglioramento le visite cardiologiche e quelle ortopediche) una maggiore difficoltà di garantire i tempi richiesti si evidenzia nelle strutture delle regioni del sud che passano da 75,4% nel 2016 a 68,8% nel 2018 per le brevi e dall'87,9% all'83% per le differibili. Peggiora anche il centro per le prestazioni differibili da 87,8% nel 2016 al 75,4% nel 2018.

4.5.6 Emergenza Covid 19: Emergenza liste d'attesa

⁶⁹ Rapporto 2020 sul Coordinamento della Finanza Pubblica

Con l'emergenza sanitaria il nostro SSN si è trovato alle prese con la gestione dei pazienti in lista d'attesa e con la necessità di concentrare tutte le risorse nel riorganizzare percorsi e accessi sia per convogliare il personale sanitario nella gestione dell'emergenza sia per contingentare gli accessi dei cittadini al fine di contenere il contagio. Il 16 marzo il Ministero della Salute ha emanato una Circolare⁷⁰ al fine di rendere omogenee le eventuali iniziative di riorganizzazione delle attività ospedaliere di ricovero diurno e ordinario e ambulatoriali che si rendessero necessarie allo scopo di soddisfare il potenziale incremento delle necessità di ricovero e di limitare i flussi di pazienti all'interno delle strutture di assistenza.

Le disposizioni della circolare erano volte ad individuare le prestazioni che potevano essere sospese, poiché procrastinabili, e quelle improcrastinabili.

Nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali queste le disposizioni previste:

Non Procrastinabile:

Prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità come definite dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019:

U (Urgente): da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;

B (Breve), da eseguire entro 10 giorni.

Procrastinabile:

Prestazioni specialistiche afferenti alle classi di priorità come definite dal PNGLA 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni 21.02.2019:

D (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici: queste prestazioni dovranno essere valutate singolarmente in base al quesito diagnostico;

P (Programmata) da eseguire entro 90/120 giorni.

Nella circolare viene poi specificato che le prestazioni procrastinabili avrebbero dovuto essere riprogrammate non appena possibile.

Non appena possibile alcune Regioni hanno avviato programmi e strategie per il recupero delle liste d'attesa per tutte quelle prestazioni che erano state sospese o rimandate. Da questo momento in poi il caos l'ha fatta da padrone poiché abbiamo assistito a misure estremamente disomogenee sia nei contenuti sia nei tempi di attuazione.

Strategie regionali di recupero dalle liste d'attesa

A seguito di una breve analisi sui siti delle regioni abbiamo potuto constatare i provvedimenti e le strategie per il recupero delle prestazioni sospese durante l'emergenza.

Alcuni esempi sono presentati nella tabella che segue:

⁷⁰<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73675&parte=1%20&serie=null>

Tabella 11 I provvedimenti regionali di recupero delle prestazioni sospese

Marche	La Regione ha previsto, dietro accordo con il personale, l'allungamento degli orari per lo svolgimento delle prestazioni e l'ampliamento dell'offerta anche al sabato e alla domenica. Si è puntato anche sulle farmacie per facilitare le prenotazioni.
Abruzzo:	La Regione ha previsto l'allungamento degli orari per i medici specialisti negli ambulatori fino alle 22 e nelle giornate festive in tutte le strutture sanitarie, ha avviato un monitoraggio delle prescrizioni per appropriatezza e ha lavorato sull'ottimizzazione delle agende delle strutture pubbliche e private.
Toscana	La Regione ha potenziato i call center e i punti di prenotazione e predisposto le necessarie procedure per l'eventuale acquisizione temporanea di personale da impiegare nei call center aziendali e nei punti di prenotazione. ha promosso attivamente l'implementazione delle televisite e teleconsulti. ha esteso le fasce orarie per ampliare le agende di prenotazione in regime istituzionale; la Regione provvederà ad effettuare il monitoraggio continuo del processo di riallineamento fra prescrizioni e prenotazioni, sia per area vasta che per singole aziende
Provincia Bolzano:	la Regione ha lavorato anche sui ticket prevedendo l'aumento dei ticket delle prime visite (passando da 25 a 36,15 euro) per ampliare le categorie esenti; ha adeguato il tariffario provinciale della specialistica ambulatoriale e ha promosso provvedimenti finalizzati a rendere più agevole l'acquisto di ulteriori prestazioni specialistiche nell'ambito dell'Azienda sanitaria e presso strutture esterne
Lazio	La Regione ha promosso il potenziamento delle televisite e teleconsulti; ha lavorato sull'ottimizzazione dei turni del personale; ha previsto l'apertura delle strutture negli orari serali e di sabato e domenica; ha previsto prestazioni aggiuntive per medici specialisti e l'utilizzo di strutture private accreditate; ha previsto inoltre che ogni azienda sanitaria avvii un suo piano di recupero delle prestazioni arretrate
Lombardia:	La Regione ha introdotto l'esenzione regionale temporanea D97 per indagini utili a monitorare nel tempo le complicanze della malattia Covid 19; ha previsto un piano organizzativo per il recupero delle prestazioni rimandate
Basilicata:	La Regione ha definito il tempo massimo entro cui le liste d'attesa dovranno azzerarsi ed ha previsto di sostituire i Direttori Generali con un commissario ad acta nel caso in cui le strutture non dovessero rispettare i termini
Puglia:	La Regione ha previsto l'utilizzo di strutture pubbliche insieme a quelle private convenzionate; ha previsto l'aumento delle ore e dei giorni di servizio anche di sera e nei weekend; ha previsto che siano le Asl a contattare i cittadini a cui è stata rimandata la prestazione per ricalendarizzare.
Sardegna:	La Regione ha puntato sul piano per l'abbattimento delle liste d'attesa pronto già prima dell'emergenza Covid e con una dotazione di 20 milioni di euro per l'incremento delle prestazioni specialistiche.

Ottobre 2020: seconda ondata come si stanno muovendo le Regioni

Il nostro SSN non ha fatto in tempo a mettere mano al recupero delle prestazioni che siamo stati colti dalla seconda ondata dell'epidemia che per intensità e diffusione ha sorpreso molti.

A partire da ottobre pertanto, alcune regioni hanno avviato iniziative per limitare una seconda volta gli accessi alle strutture sanitarie e concentrare nuovamente gli sforzi del personale sanitario sull'emergenza covid 19.

Così ad inizio novembre la Campania aveva già deliberato la sospensione di tutte le attività ambulatoriali eccetto quelle urgenti (U) mentre la Calabria aveva sospeso le attività differibili e programmate. Le restanti regioni italiane fino a quel momento⁷¹ non avevano emanato decreti o altri atti regionali relativi a sospensioni delle prestazioni ambulatoriali.

Come recuperare le liste d'attesa' - Fondi ad hoc

Ma come si potrà e si dovrà mettere mano al recupero delle liste d'attesa, ambito già fortemente in crisi? L'art. 29 del Decreto (convertito in Legge), stanziava quasi 500 milioni di euro per recuperare le prestazioni non erogate e per abbattere così le liste di attesa, puntando molto su specifiche misure per il personale sanitario come ad esempio il ricorso alle prestazioni aggiuntive, il reclutamento di ulteriore personale, ecc.

Per accedere a tali risorse però le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano devono provvedere, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto, a presentare al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze un Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, con la specificazione dei modelli organizzativi prescelti, dei tempi di realizzazione e della destinazione delle risorse. Di seguito il riparto dei fondi previsti dalla norma:

⁷¹ momento in cui scriviamo questo capitolo

Figure 28 Quote regionali per recupero liste d'attesa

ALLEGATO A - LIMITE DI SPESA PERSONALE DI CUI ALL'ART.29, COMMI 2 e 3 ANNO 2020			
Regione	Anno 2020		
	Recupero ricoveri ospedalieri (comma 2)	Recupero prestazioni di specialistica ambulatoriale (comma 3 lett. a) e b) nettizzati dei 10 mln della colonna 3	Incremento del monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna (comma 3 lett. c) in proporzione a dati di IV trim.2019
	(1)	(2)	(3)
Piemonte	10.824.697	28.219.185	706.338
Valle d'Aosta	330.975	876.766	8.960
Lombardia	18.950.578	72.752.900	614.860
PA di Bolzano	1.232.869	3.070.545	8.031
PA di Trento	1.051.423	2.955.094	64.844
Veneto	11.679.406	34.483.028	682.791
Friuli Venezia Giulia	3.636.675	8.402.347	67.828
Liguria	3.571.124	8.925.028	256.341
Emilia Romagna	12.388.480	34.792.246	662.671
Toscana	10.129.665	24.729.595	656.469
Umbria	2.213.223	6.043.933	147.430
Marche	3.834.217	8.106.880	178.265
Lazio	5.392.542	27.612.176	1.168.678
Abruzzo	2.417.357	7.060.022	173.201
Molise	235.407	2.878.377	60.244
Campania	6.963.530	25.674.793	2.172.286
Puglia	5.265.334	17.584.594	645.995
Basilicata	1.204.049	3.998.325	66.040
Calabria	2.225.211	7.423.738	508.964
Sicilia	6.255.376	21.085.255	725.177
Sardegna	2.604.843	9.136.965	424.587
Totale	112.406.980	355.811.792	10.000.000

ALLEGATO B		
Regioni	Quota d'accesso ANNO 2020	Riparto risorse sulla base della quota di accesso
PIEMONTE	7,36%	35.219.754
V D'AOSTA	0,21%	1.004.475
LOMBARDIA	16,64%	79.595.816
BOLZANO	0,86%	4.104.097
TRENTO	0,89%	4.257.256
VENETO	8,14%	38.935.696
FRIULI	2,06%	9.872.508
LIGURIA	2,68%	12.819.945
E ROMAGNA	7,46%	35.665.198
TOSCANA	6,30%	30.123.070
UMBRIA	1,49%	7.125.589
MARCHE	2,56%	12.258.402
LAZIO	9,68%	46.283.767
ABRUZZO	2,19%	10.472.048
MOLISE	0,51%	2.454.194
CAMPANIA	9,30%	44.483.036
PUGLIA	6,62%	31.666.469
BASILICATA	0,93%	4.468.358
CALABRIA	3,19%	15.257.629
SICILIA	8,16%	39.029.447
SARDEGNA	2,74%	13.122.020
TOTALE	100,00%	478.218.772

Fonte: Ministero della Salute

4.5.7 Focus Liste d'attesa fase COVID 19

Quest'anno Cittadinanzattiva ha voluto realizzare uno spaccato sulle problematiche più rilevanti per i cittadini durante l'emergenza Covid 19.

Occorre precisare che le problematiche sono state raccolte con diverse modalità⁷², messe a disposizione degli attivisti sul territorio per agevolarne il lavoro, data l'eccezionalità della situazione che, ad esempio, ha impedito per lungo tempo ai volontari l'accesso alla sezione del TDM e dunque al computer.

Le problematiche raccolte sono relative al periodo tra **gennaio e settembre**.

Si contano in totale **10.780** segnalazioni, la maggior parte delle quali giunta dal territorio, riferite a tutti gli ambiti di tutela (non soltanto strettamente riferiti alla salute). Le "fonti" delle segnalazioni, dei fenomeni e delle testimonianze intercettati relativamente al Covid-19 sono:

- segnalazioni raccolte dalle sedi regionali e territoriali, tra cui la Lombardia (v. *infra*);
- *database* nazionale comprensivo dei contatti giunti tramite l'indirizzo e-mail dedicato;
- scheda PiT-Covid *online*
- indagine civica su bisogni e difficoltà dei cittadini⁷³

Chiaramente all'interno del presente Rapporto sono illustrati i dati più strettamente afferenti all'ambito della sanità/salute, che, come prevedibile rappresenta la maggior parte (93,6%).

⁷² Oltre al database nazionale - in cui sono confluite le segnalazioni ricevute sia attraverso i canali consueti, sia tramite la casella di posta elettronica dedicata al coronavirus, che mediante altre modalità di contatto (altri indirizzi mail, telefono, ecc.) - è stata fornita agli attivisti sul territorio una Scheda PiT-Covid compilabile online, per raccogliere e trasmettere le segnalazioni per argomenti, nonché una scheda Word.

⁷³ Tramite la sua Agenzia di Valutazione Civica, Cittadinanzattiva ha promosso un'indagine online con questionario anonimo semi-strutturato, lanciata il 22 aprile 2020 con lo scopo di ascoltare e registrare bisogni e difficoltà vissuti dai cittadini a causa delle misure restrittive (isolamento, quarantena, distanziamento fisico e/o sociale, limitazioni agli spostamenti, ecc.) per il contenimento dell'epidemia da Covid-19 che l'emergenza ha imposto. Le categorie di criticità indagate:

- questioni trasversali legate all'emergenza;
- temi afferenti all'ambito dei servizi/consumerismo;
- questioni relative all'area della salute;
- aspetti legati alle emozioni/vissuto personale.

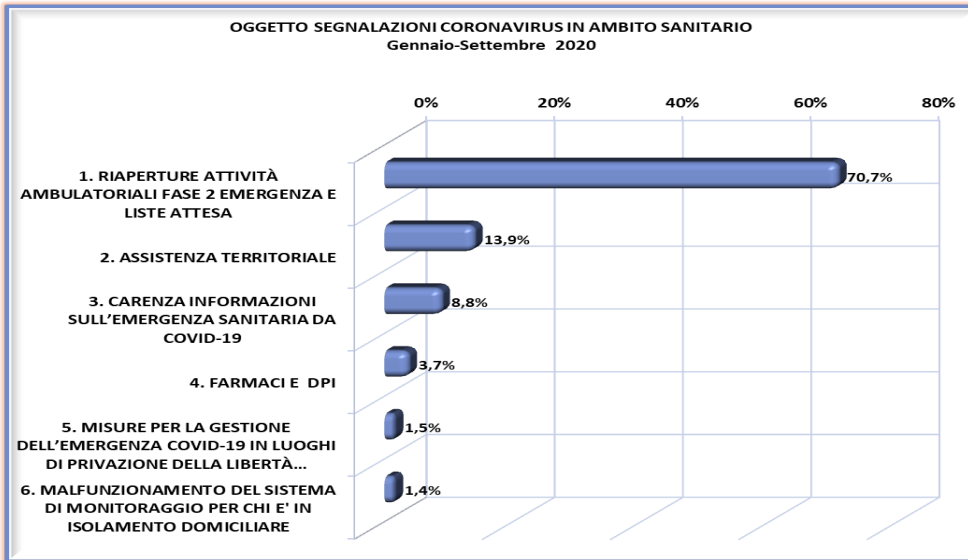
Per le 3 difficoltà segnalate come più impattanti, è stato chiesto di descrivere brevemente la problematica, specificando di cosa si avrebbe avuto bisogno ed eventuali proposte. Per informazioni, visitare la pagina del progetto:

<https://www.cittadinanzattiva.it/progetti-e-campagne/salute/13654-coronavirus-indagine-civica-su-bisogni-e-difficolta-dei-cittadini.html>

Quadro d'insieme delle segnalazioni 2020 in ambito sanitario

Rispetto al totale delle segnalazioni giunte con la nostra iniziativa, quelle relative all'ambito sanitario rappresentano il **93,6%** (valore assoluto 8907). Per i temi sanitari, spicca la quota riferita al tema critico delle riaperture delle attività ambulatoriali durante il *lockdown* e in Fase 2 e delle liste d'attesa (70,7%).

Figura 29 segnalazioni coronavirus in ambito sanitario

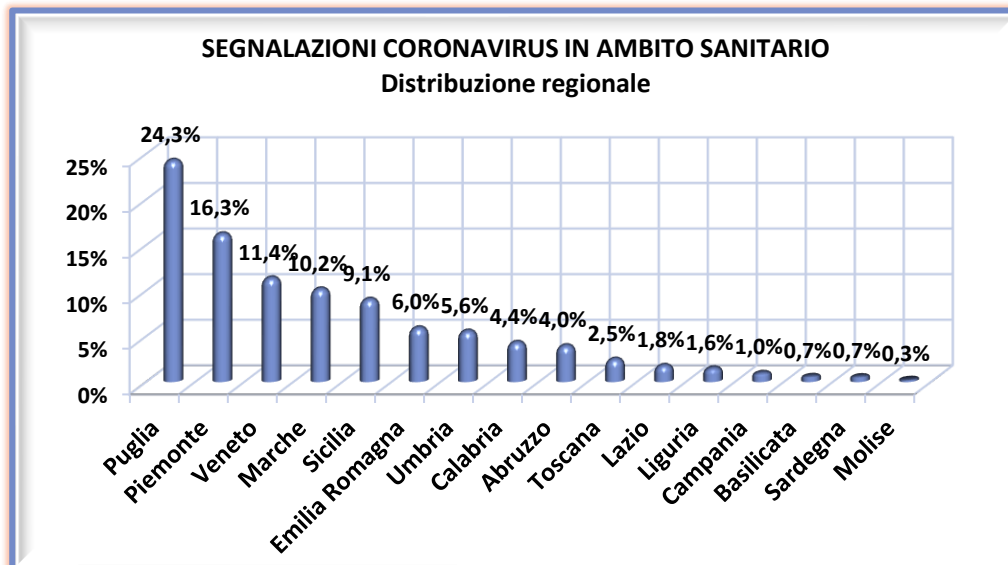


Fonte: Rapporto PiT Salute 2019 - Cittadinanzattiva

Quadro regionale

Interessante osservare la distribuzione regionale delle segnalazioni riguardanti questo tema.

Figura 30 segnalazioni coronavirus ambito sanitario



Fonte: Rapporto PiT Salute 2019 - Cittadinanzattiva

Riaperture delle attività ambulatoriali nella fase 2 dell'emergenza e liste d'attesa

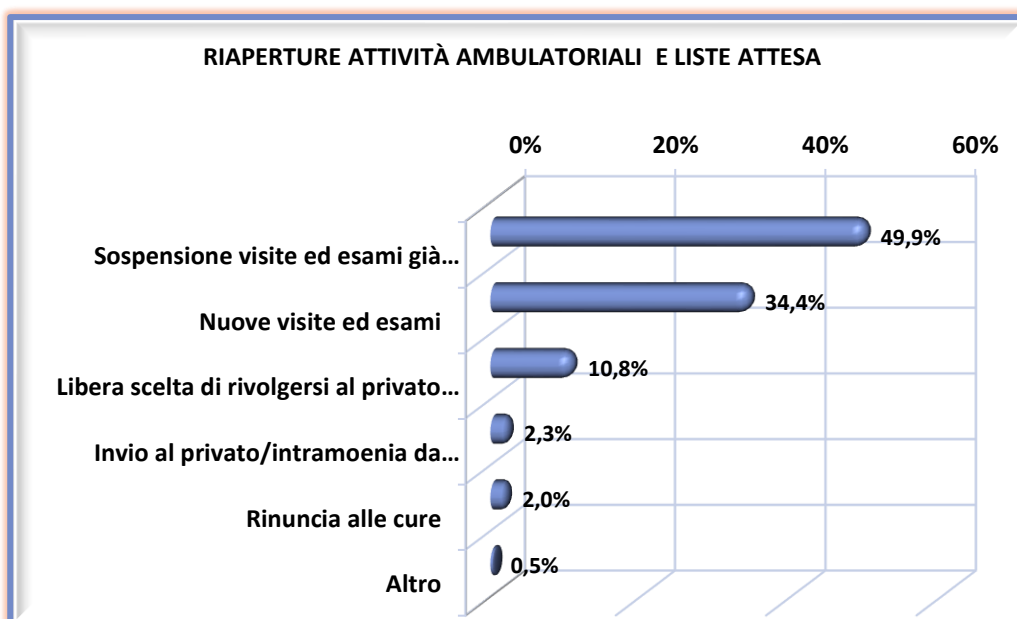
Come emerso nel quadro d'insieme, la criticità nettamente più segnalata è quella concernente le chiusure e riaperture delle attività ambulatoriali durante il *lockdown* e in Fase 2, e delle liste d'attesa (**70,7%** delle segnalazioni 2020 in ambito sanitario).

Uno *zoom* su tale ambito rivela quanto abbia impattato sui cittadini il blocco delle prestazioni sanitarie non legate al Covid, cosiddette "ordinarie", sia come problema in sé, che per le molteplici conseguenze. Le liste d'attesa, già "tallone di Achille" del Sistema Sanitario Nazionale, in tempi ordinari, durante la fase I e II dell'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. Poche regioni sembrano essersi allineate alle "Linee d'indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da Covid-19" emanate con Circolare dal Ministero della Salute, tale circolare aveva l'obiettivo di fornire alle regioni delle linee di indirizzo unitarie per riattivare le prestazioni e "recuperare" quelle sospese.

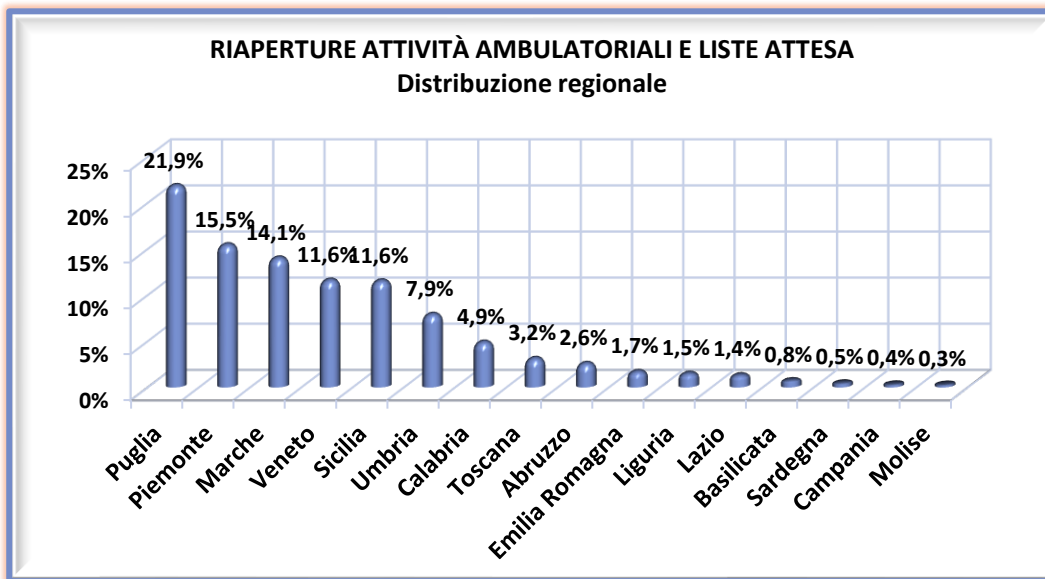
In questo scenario così disomogeneo si aggravano le disuguaglianze e a pagare il prezzo più alto sono i pazienti più fragili.

Figura 31 riapertura attività ambulatoriali e liste d'attesa



Fonte: Rapporto PiT Salute 2019 – Cittadinanzattiva

Figura 32 distribuzione regionale



Fonte: Rapporto PiT Salute 2019 - Cittadinanzattiva

Spicca a colpo d'occhio la Puglia (21,9%) seguita con un certo stacco (6-7 punti percentuali) da Piemonte e Marche, cui si accodano Veneto e Toscana, con pari numero di segnalazioni tra loro.

La maggiore o minore numerosità delle segnalazioni che gli sportelli PiT territoriali ricevono - e di quelle che sono in grado di trattare, registrare e trasmettere alla sede nazionale - dipende, chiaramente, da molteplici fattori, non sempre facilmente identificabili. Come si è detto in premessa, ciò è tanto più valido in quest'annualità investita da un'emergenza che ha stravolto anche le modalità di lavoro dei volontari, costringendo a traslare tutte le attività in presenza su modalità "a distanza" e digitali/online.

Molto probabilmente, però, l'impegno delle sedi regionali di Cittadinanzattiva su specifiche politiche, la capacità d'interlocuzione e di dare impulso per attivare le assemblee territoriali su tali temi rappresentano delle variabili in grado d'incidere favorendo un maggior numero di contatti.

Questo potrebbe in parte spiegare il "primato" pugliese in termini di segnalazioni afferenti all'ambito delle liste d'attesa, sul quale **Cittadinanzattiva Puglia** è particolarmente impegnata. Il confronto costante instaurato nel tempo con la Regione sui temi sanitari in generale è culminato ad agosto 2020 con la stipula di un Protocollo d'Intesa con il Dipartimento regionale "Promozione della salute, del benessere sociale e dello sport per tutti". La collaborazione formalizzata e disciplinata con il Protocollo mira alla costituzione a livello regionale di un **Osservatorio sui Servizi sanitari e socio-sanitari** che, in sintesi, lavori per assicurare uniformità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e per tutelare il diritto dei cittadini ad un accesso **tempestivo**, equo ed appropriato a servizi e prestazioni, supportando la Regione nell'implementazione delle disposizioni relative ai tre ambiti individuati dal DPCM 12.01.2017 (prevenzione, assistenza territoriale e assistenza ospedaliera) e, in particolar modo, delle

disposizioni contenute nel Piano Regionale di **Governo delle Liste d'Attesa** (PRGLA) 2019/2020, che rappresentano uno dei principali canali di accesso ai LEA

Sospensione di visite ed esami già prenotati

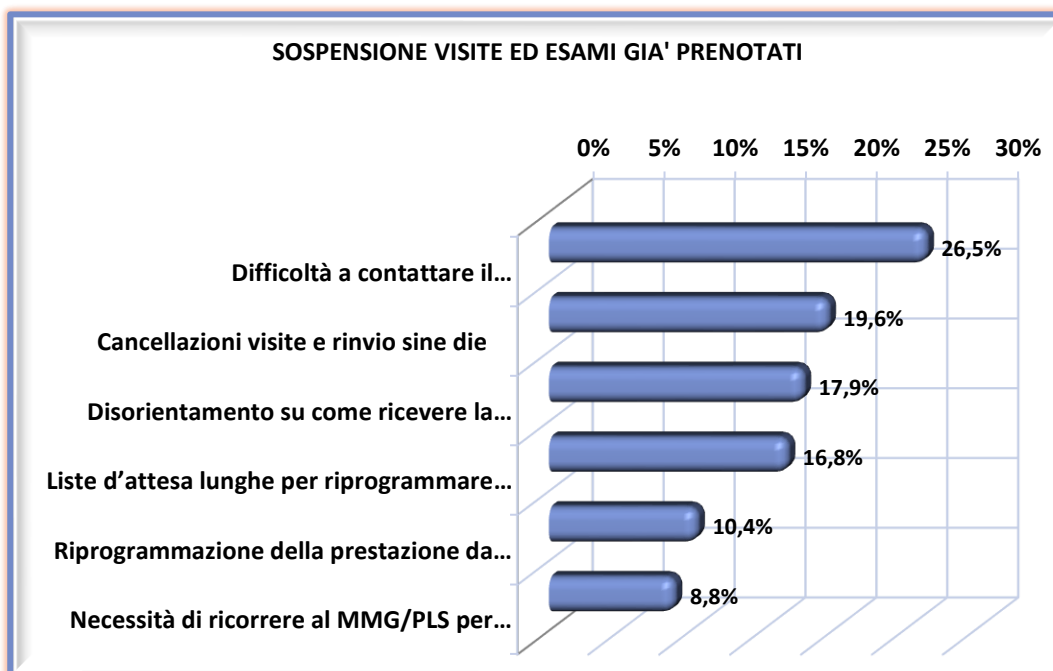
I disagi maggiormente segnalati rispetto a quest'ambito concernono prevalentemente le situazioni di visite ed esami *già* prenotati prima che esplodesse la pandemia (49,9%): molto segnalata la difficoltà di riprogrammare attraverso CUP, oltre che, ovviamente, la problematicità dell'annullamento della visita in sé: non infrequenti le segnalazioni e i casi emblematici di cancellazioni di ecografie ed altre prestazioni previste per malati **oncologici**.

Emerge nettamente anche il disagio legato al fatto che quasi ovunque tali cancellazioni sono state *sine die* comportando, cioè, per i cittadini il veder sospesa una visita *ad libitum*, con un orizzonte di totale incertezza e probabilmente con l'onere di riprenotarla.

I cittadini in vari casi hanno espresso l'esigenza che questo aspetto fosse gestito meglio e la convinzione che modalità più efficaci fossero possibili da parte dei sistemi sanitari regionali. In molti avrebbero preferito vedersi posticipare la visita, anche di mesi, pur di poterla **ricalendarizzare** contestualmente alla comunicazione della cancellazione, per non doverli riprenotare, anche assumendo il rischio di un secondo annullamento dell'appuntamento.

Si delineano, in sintesi, due ordini di criticità: uno di salute pubblica e prevenzione, e l'altro legato all'esigenza di semplificazione e de-burocratizzazione.

Figura 33 sospensione visite ed esami già prenotati



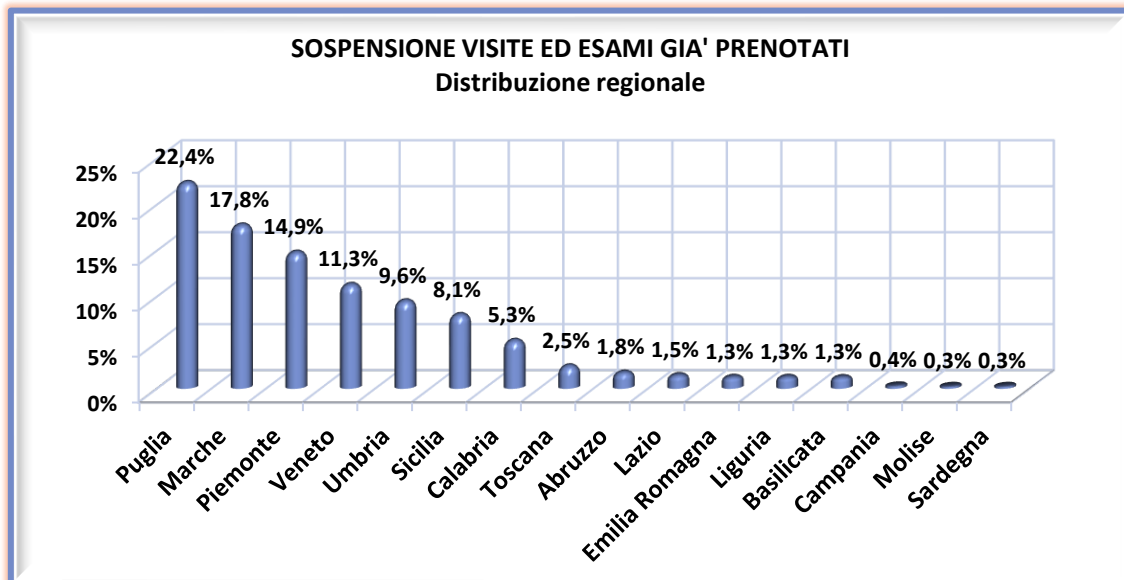
Fonte: Rapporto PiT Salute 2019 – Cittadinanzattiva

Tali disagi, peraltro, si sovrappongono alla criticità, molto sentita, dell'assoluta **carezza informativa** sui servizi sanitari ambulatoriali "non-Covid" e su come gestire i propri appuntamenti medici già prenotati, con conseguente disorientamento: fonte di grande disagio per i cittadini è stato, inoltre, ignorare del tutto se visite ed esami sarebbero stati riprenotati automaticamente,

o se loro avrebbero avuto l'onere di tornare dal medico di medicina generale per una seconda ricetta.

La sospensione delle attività ordinarie ha chiaramente determinato anche - conseguenza non meno rilevante di quelle sopra esposte - un grave allungamento della già critica situazione delle **liste d'attesa** per tutte le prestazioni, in particolare per le **indagini diagnostiche**.

Figura 34 distribuzione regionale



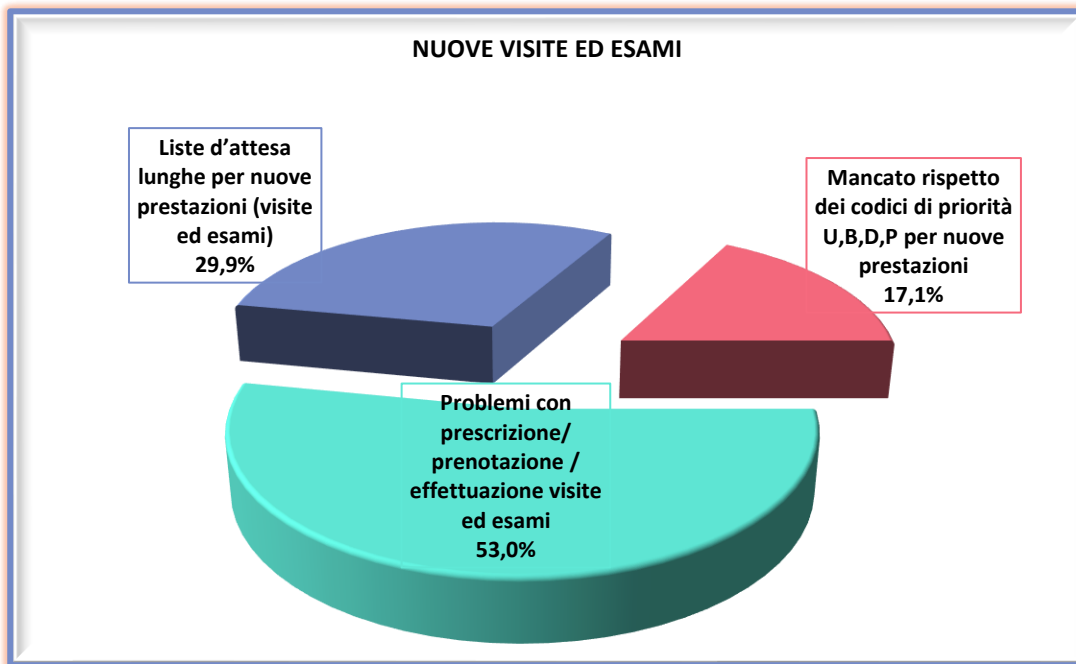
Fonte: Rapporto PiT Salute 2019 - Cittadinanzattiva

Dalla figura relativa al quadro regionale sulla sospensione delle visite ed esami già prenotati emerge che ancora una volta la Regione Puglia a registrare il maggior numero di segnalazioni. Seguono in questo caso le regioni Marche, Piemonte e Veneto.

Nuove visite ed esami

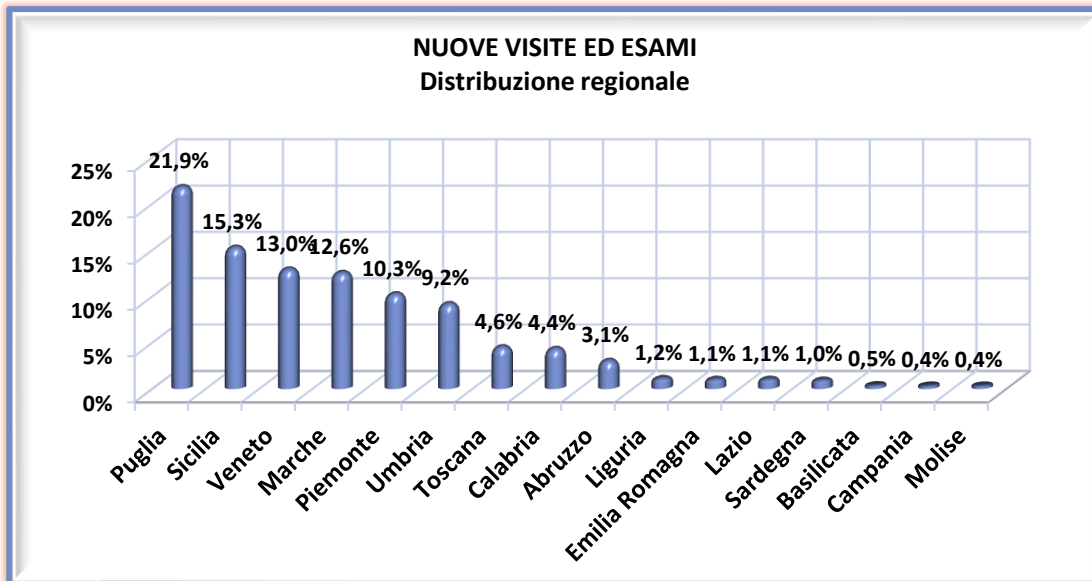
L'impossibilità di prenotare nuove visite ha determinato un impatto negativo sull'effettuazione di esami e visite di **controllo**, sulle prestazioni di **diagnosi**, di fatto facendo sì che venissero *"trascurati i controlli regolari (pap smears, mammografie, ecc.) e gli effetti collaterali del virus"*. Tutto ciò aumenta il rischio di non intercettare in modo tempestivo patologie insorgenti. Secondo i dati diffusi dall'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) nei primi 5 mesi del 2020, in Italia, in Italia sono stati eseguiti circa un milione e quattrocentomila esami di screening in meno rispetto allo stesso periodo del 2019.

Figura 35 nuove visite ed esami



Fonte: Rapporto PiT Salute 2019 – Cittadinanzattiva

Figura 37 distribuzione regionale



Fonte: Rapporto PiT Salute 2019 - Cittadinanzattiva

Dal quadro regionale emerge ancora una volta che la Regione Puglia è la regione che ha ricevuto il numero più consistente di segnalazioni nell'ambito delle difficoltà a prenotare nuove visite ed esami. Questa volta è seguita dalla Regione Sicilia e dalla Regione Veneto.

Box Lombardia.

I contatti ricevuti da Cittadinanzattiva Lombardia nel 2020 hanno rivelato una forte necessità da parte dei cittadini di **chiarimenti, informazioni e orientamento** in materia di Covid 19 (45%). Di queste, il **38%** riguarda la **sospensione delle attività chirurgiche e ambulatoriali**, dato in linea con quanto emerso a livello nazionale.

“Abituati ad un regime di offerta organizzato e molto diversificato come quello lombardo, che ha sempre fatto della libertà di scelta il proprio punto fermo, i cittadini hanno faticato a recepire lo stato di assoluta eccezionalità che l'emergenza portava con sé [...]. Si è quindi reso necessario cercare di far comprendere all'utenza la necessità di una temporanea ridefinizione e in qualche caso compressione, a vantaggio della sicurezza e della tutela della salute pubblica. Il passaggio dalla dimensione individuale a quella collettiva è stato sicuramente uno scoglio non facile da superare per la cittadinanza che però, laddove adeguatamente informata, si è rivelata, nella maggioranza dei casi comprensiva e solidale.

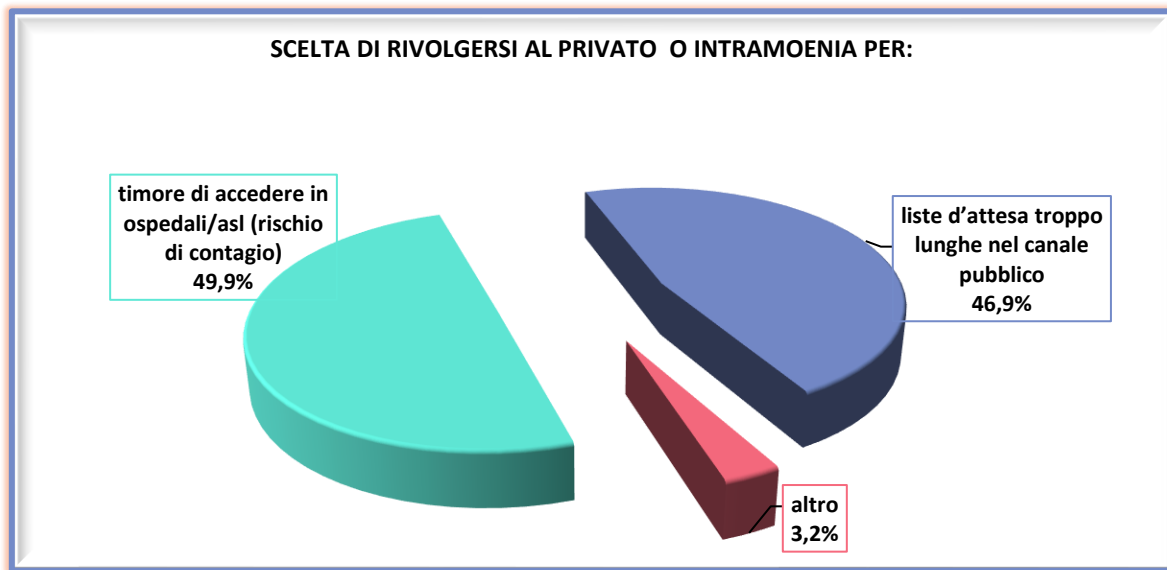
Rimane però la forte preoccupazione espressa dai cittadini, molti dei quali anziani e/o pazienti cronici, inseriti in un percorso di cura che ad oggi stenta a ripartire.

Grande preoccupazione anche da quei cittadini che, avendo fatto richiesta di invalidità civile/aggravamento o chiamati ad un rinnovo dei benefici concessi, ad oggi vedono allungarsi i tempi e/o hanno difficoltà ad effettuare tutti gli accertamenti richiesti”.

Scelta di rivolgersi al privato o intramoenia

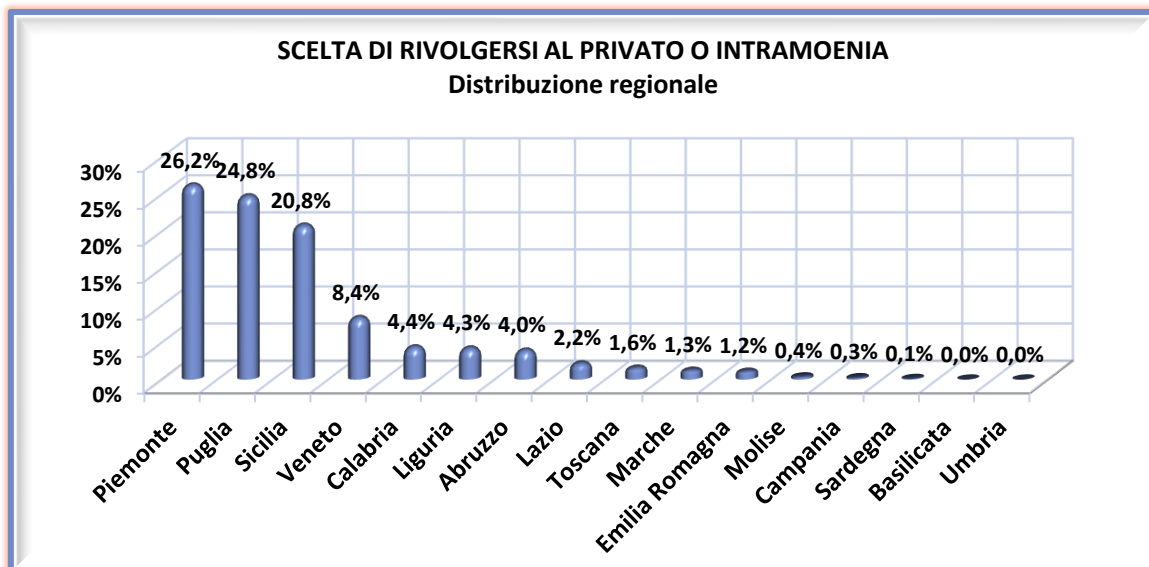
Il timore di recarsi presso strutture in cui vi fossero reparti dedicati ai malati Covid e di essere contagiati ha inciso fortemente sulla decisione di rivolgersi al privato (49,9%), invece la scelta è stata determinata dalle liste d'attesa troppo lunghe nel canale pubblico (46,9%) per quei cittadini che hanno deciso di non aspettare e di svolgere la visita ricorrendo al privato o all'intramoenia.

Figura 38 segnalazioni coronavirus ambito sanitario



Fonte: Rapporto PiT Salute 2019 - Cittadinanzattiva

Figura 39 segnalazioni coronavirus ambito sanitario



Fonte: Rapporto PiT Salute 2019 - Cittadinanzattiva

Per quanto riguarda la scelta di rivolgersi al privato o all'intramoenia la distribuzione regionale vede il Piemonte a registrare il maggior numero di segnalazioni. Seguita dalla regione Puglia e dalla Regione Veneto.

Rinuncia alle cure

Pur essendo il tema della "rinuncia alle cure" risultato poco rilevante in termini numerici nelle segnalazioni/contatti formalmente "schedati" (2%), la nostra Organizzazione ha avuto modo di rilevare, attraverso altri canali, il sussistere di una forte criticità in questo senso.

Il contesto di emergenza sanitaria sta alimentando, infatti, un pericoloso fenomeno che determina gravi rischi per la salute pubblica: il mancato/ridotto accesso alle cure, in particolare da parte di persone affette da patologie **croniche** ma anche la rinuncia a visite, controlli ecc. da parte di coloro che hanno problemi episodici di salute.

Questa situazione, la cui analisi si sovrappone ad altri temi toccati in questo Rapporto, risente di molti fattori, tra cui quelli illustrati nei precedenti grafici di questo paragrafo: il mancato accesso può essere imputabile in parte alla **paura** o reticenza delle persone a frequentare le strutture sanitarie per timore di nuovi contagi; senza dubbio rilevante, però - soprattutto nella fase 1, ma anche con la seconda ondata autunnale - è la non piena e altalenante disponibilità da parte del SSN ad accogliere i pazienti. Come si è visto, chi vuole curarsi non può ed è difficile prenotare visite specialistiche a causa di: carenza di personale e di organizzazione, overlapping, servizi specialistici e visite bloccati o rallentati, con allungamento delle liste d'attesa.

Oltre alla rinuncia vera e propria, si è diffusa una tendenza, legata all'incertezza del momento, a **procrastinare** visite di controllo ed esami non urgenti, con il rischio, peraltro, di non intercettare in modo tempestivo patologie insorgenti. Svariate sono le testimonianze di mancate diagnosi precoci che hanno determinato, a catena, conseguenze nefaste.

Cittadinanzattiva su questo tema si è attivata per promuovere una specifica Campagna nazionale, titolo *"Torniamo a curarci. Non togliamo il medico di turno"*⁷⁴ con l'obiettivo di incoraggiare pazienti e medici a riprendere ad interagire, partendo dall'assunto del valore insostituibile del rapporto fra medico e paziente: vedersi di persona, quando possibile e necessario, con protocolli organizzativi per garantire la sicurezza, ma anche comunicare attraverso le modalità "a distanza" offerte dalla tecnologia.

⁷⁴ Campagna lanciata ad ottobre 2020. Per ulteriori informazioni: <http://www.torniamoacurarci.it/>

4.6 La partecipazione civica nell'ambito dell'assistenza territoriale: due esperienze

Nel corso del 2019 Cittadinanzattiva ha condotto, con il contributo di 100 stakeholder, una Consultazione sulle forme di partecipazione che ha generato la “*Matrice per la qualità delle pratiche partecipative in sanità*”, volta ad identificare le dimensioni di qualità necessarie ad un coinvolgimento efficace dei cittadini nella definizione e implementazione delle politiche sanitarie [Link](#)⁷⁵.

DIMENSIONI DI QUALITÀ DELLE PRATICHE PARTECIPATIVE



Fonte: Cittadinanzattiva 2019

La legge che ha istituito il Servizio sanitario nazionale (n. 833 del 23 dicembre 1978) preveda già nell'art. 1, l'obbligo di garantire la partecipazione dei cittadini, definendo a chi spetta l'attuazione del Servizio. Lo stesso articolo 1, in un passaggio successivo, colloca le associazioni di volontariato fra i soggetti che devono concorrere ai fini istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale, riconoscendo loro funzioni di governo, e non solo operative.

In quest'ottica, Cittadinanzattiva considera -quale dimensione irrinunciabile- la partecipazione dei cittadini alle politiche sanitarie e -nell'ambito dell'assistenza territoriale- si riportano le interessanti esperienze realizzate nella Regione Piemonte e nella Regione Friuli Venezia Giulia (in particolare nella provincia di Trieste) che valorizzano il protagonismo delle comunità, orientato a garantire effetti di un vero cambiamento nella realtà affinché l'azione pubblica risulti più incisiva e più rispondente ai bisogni dei cittadini.

⁷⁵www.cittadinanzattiva.it/progetti-e-campagne/salute/10916-partecipazione-civica-in-sanita-qualificare-le-pratiche-di-democrazia-partecipativa.html

4.6.1 Le Comunità di pratica nel Piemonte⁷⁶

Nel 2019 è stato attivato, in Piemonte, un percorso regionale volto a favorire lo sviluppo di pratiche partecipative con il coinvolgimento della cittadinanza attiva e delle comunità locali. È stato individuato, a tale scopo, un ampio target di stakeholder (associazioni, professionisti, enti locali, ricercatori, dirigenti delle aziende sanitarie) all'interno del quale è stato selezionato un gruppo di lavoro operativo⁷⁷. Fin dall'inizio il gruppo ha rilevato la sostanziale concordanza fra le indicazioni della “*Matrice per la qualità delle pratiche partecipative in sanità*” e quelle emergenti dalle esperienze internazionali di *person centered care*, con particolare riferimento all’*empowerment* dei cittadini e delle comunità locali.

Le forme di partecipazione considerate riguardano tre ambiti:

1. la programmazione dei servizi sanitari;
2. l'organizzazione degli ospedali e dei servizi sanitari territoriali;
3. la realizzazione concreta dei percorsi terapeutici e assistenziali.

Il confronto con l'emergenza del Covid-19 è stato ineludibile. Per quanto riguarda i contenuti essa ha confermato le gravi carenze dei servizi territoriali e la corrispondenza di tali carenze con lo scarso sviluppo della partecipazione civica e la sostanziale emarginazione delle comunità locali. Su questi temi, in seguito a un intervento della segreteria regionale di Cittadinanzattiva è stato possibile aprire un confronto con il gruppo di lavoro incaricata dalla Giunta regionale di rivedere l'assetto dei servizi territoriali alla luce dei problemi emersi con la pandemia.

Il lavoro ha fatto riferimento, da una parte, alle raccomandazioni dell'OMS e alle indicazioni del Patto per la salute 2019-2021 (Scheda 14 “Strumenti di accesso partecipato e personalizzato del cittadino ai servizi sanitari”), dall'altra alle molte esperienze vincenti presenti in Piemonte nonostante l'assenza di policies strutturate regionali e aziendali sulla partecipazione civica.

Nel corso di un webinar condotto il 16 giugno 2020 sono state analizzate cinque esperienze consolidate⁷⁸ riscontrando un grande valore delle reti comunitarie, che si sono rivelate capaci di attivare azioni di comunicazione e di sostegno anche in corso di pandemia.

Un secondo approfondimento ha riguardato la sperimentazione delle Comunità di pratica come basi per la redazione del Piano regionale delle Cronicità. In generale, le Comunità di pratica

⁷⁶ Contributo a cura di Alessio Terzi (Segretario regionale Cittadinanzattiva Piemonte).

⁷⁷ Il gruppo di lavoro era composto da: Mauro Bidoni - Vicesegretario regionale di Cittadinanzattiva del Piemonte; Alda Cosola - Responsabile S.S. Promozione della salute Asl TO 3; Roberto Di Monaco - Professore di Sociologia dell'Organizzazione e Leadership-Università Torino; Giulio Fornero - Vicepresidente CIPES (Centro d'Iniziativa per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria); Anna Lisa Mandorino - Vice Segretario generale di Cittadinanzattiva Aps; Ginetto Menarello - Docente emerito corso di laurea in infermieristica di Orbassano e Vice Direttore del Master in Infermieristica di famiglia e di comunità dell'Università di Torino; Daniela Mondatore - Direttrice della Scuola civica di alta formazione di Cittadinanzattiva Aps; Paola Obbia - Presidente nazionale di AIFeC (Associazione infermieri di famiglia e di comunità); Silvia Pilutti, psicopsicologa - Prospettive ricerca socio-economica sas; Salvatore Rao - Presidente dell'associazione “La bottega del possibile”; Alessandra Rossi Ghiglione - Director SCT Centre Unito - Università di Torino; Alessio Terzi - Segretario regionale di Cittadinanzattiva del Piemonte; Claudio Tortone - Responsabile Area Assistenza a Piani e Progetti DoRS Regione Piemonte; Ugo Viora - Presidente ANAP (Associazione nazionale psoriasi e malattie dermatologiche croniche) - Executive manager AMaR Piemonte (Associazione malati reumatici del Piemonte) - responsabile coordinamento regionale Associazioni di Malati cronici di Cittadinanzattiva.

⁷⁸ La cura è di Casa nel VCO, la Comunità di pratica nell'ASL T203, il Progetto Consenso nella Asl CN1 - Valle Maira, il Progetto “una Comunità che si prende cura” di Piossasco nel Distretto di Orbassano, la sperimentazione del piano delle cronicità nel quartiere Vallette di T2orino

possono essere definite come “un luogo in cui le persone che condividono un interesse comune, un set di problemi o una passione rispetto ad un certo argomento, approfondiscono la conoscenza e la comprensione di questi aspetti attraverso l’interazione e l’impegno reciproco. Inoltre ogni Comunità di pratica si struttura e personalizza trovando la propria definizione nella personale modalità di funzionamento”⁷⁹.

L’approfondimento ha confermato che le Comunità di pratica soddisfano le quattro dimensioni indicate dalla “*Matrice per la qualità delle pratiche partecipative in sanità*”:

- Inclusività: i sono state un luogo di incontro efficace di tutti gli attori - responsabili dei distretti sanitari e dei consorzi socio assistenziali, professionisti del territorio e delle reti di patologia, enti locali, associazioni e cittadinanza attiva,
- Grado di potere: non hanno poteri decisionali diretti, ma come libero luogo di confronto producono orientamenti che devono essere presi sul serio, come è avvenuto per il piano delle cronicità e valorizzano le risorse delle comunità locali;
- Esiti: hanno favorito la realizzazione di azioni e servizi importanti;
- Rendere conto: sono state in grado di rendicontare analiticamente, il lavoro fatto e gli esiti ottenuti.

Le Comunità di pratica propongono la centralità dei Distretti come luogo strategico per il coordinamento delle attività sanitarie, per i rapporti con il sociale e con le comunità locali e quindi per la ripresa post-COVID. Possono essere attivate sollecitamente per coinvolgere le popolazioni nel ridisegno dell’assistenza territoriale, promuovere una consapevolezza diffusa sui problemi posti dal blocco delle attività e dal recupero del pregresso, sostenere lo sviluppo delle cure domiciliari integrate, ridiscutere il modello delle strutture socio-sanitarie residenziali; rivedere i piani di emergenza per le pandemie. Condizione necessaria per il successo è che le Comunità comprendano esponenti della cittadinanza attiva ma non siano considerate un organo di rappresentanza o un mero adempimento. Esse devono potersi organizzare liberamente in funzione dei problemi da affrontare come luogo di incontro e confronto fra i soggetti coinvolti nei problemi stessi. La Regione quindi dovrebbe rendere cogente la loro utilizzazione da parte di tutte le aziende sanitarie senza, però, indicazioni rigide sulle modalità di costituzione e di funzionamento.

Queste conclusioni - sottoposte il 1° luglio al vaglio di un panel di esponenti delle aziende sanitarie, dei distretti, dei consorzi socio assistenziali, dell’Anci e degli ordini professionali, con la presenza di Franco Ripa, direttore vicario dell’assessorato e di Alessandro Stecco, presidente della commissione sanità del Consiglio regionali - hanno riscosso un generale consenso. Su tale base è stata elaborata una raccomandazione su “*La partecipazione civica per il governo e le politiche della salute in Piemonte dopo il Covid 19*” consegnata al gruppo di lavoro sui servizi territoriali e alla Giunta regionale il 17 luglio 2020⁸⁰. Nella seduta del 2 novembre, al termine dell’audizione con Cittadinanzattiva la Commissione Sanità del Consiglio regionale auspica che “la Regione supporti queste forme di partecipazione civica, per promuovere i processi partecipativi delle comunità locali al fine di garantire i diritti dei cittadini”.

Sulla base della raccomandazione è stato avviato un confronto con la Direzione della Programmazione dell’assessorato regionale e con la rete HPH (Health Promoting Hospital) del

⁷⁹ [Quotidiano Sanità Lazio 8/7/2020](#)

⁸⁰ La raccomandazione può essere consultata nel sito www.cittadinanzattivapiemonte.org

Piemonte. Si è deciso di utilizzare le Comunità di pratica per avviare percorsi di adeguamento dei servizi territoriali a partire da temi concreti come: il sostegno ai caregiver dei malati cronici e alla diffusione del fascicolo sanitario elettronico. Una prima sperimentazione avverrà nel quartiere Vallette di Torino e altri progetti sono in corso di elaborazione.

4.6.2 Il programma Habitat-Microaree di Trieste⁸¹

Trieste e la sua provincia con circa 235.000 abitanti costituiscono una realtà pilota, precorritrice di fenomeni destinati a emergere sull'intero territorio nazionale. A fronte di una tendenza al calo progressivo del numero di abitanti, l'invecchiamento della popolazione ha provocato un profondo mutamento nella struttura demografica della città. L'incidenza percentuale della popolazione over 65 è sensibilmente cresciuta negli ultimi anni in tutta la regione Friuli-Venezia Giulia, ma a Trieste tale percentuale sfiora ormai il 30%. Al tempo stesso si registra un'elevata presenza di nuclei unipersonali, spesso composti da anziani soli (in particolare donne) e si evidenzia un cambiamento verso modelli familiari più instabili e reti sociali più frammentate.

Le problematiche descritte si acuiscono nelle aree cittadine nelle quali sono presenti elevate concentrazioni di alloggi di edilizia residenziale pubblica, con frequenti situazioni di isolamento e vulnerabilità economica sommate a rilevanti problematiche sociosanitarie (malattie croniche e invalidanti, perdita di autosufficienza). L'insieme dei fenomeni sopra richiamati pongono la complessità delle questioni relative ai determinanti sociali di salute come una delle priorità dell'agenda delle politiche socio-sanitarie, con evidente necessità di ripensare ai sistemi di organizzazione delle risposte dei servizi, nonché alle risorse da rendere disponibili.

Per questo negli anni si sono perseguite politiche di forte integrazione tra i servizi sanitari di competenza dell'ASL e i servizi sociali forniti dal Comune, verso la costruzione di una rete di servizi territoriali che interagiscono tra loro, con le istanze ospedaliere e con quelle sociali. Partendo dal presupposto che i bisogni sanitari possono presentarsi in qualunque momento – e che un'adeguata e risposta dei servizi territoriali è una valida alternativa al ricorso non appropriato al ricovero in ospedale – l'organizzazione territoriale dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste si articola in Distretti sanitari (ciascuno di riferimento per circa 60mila persone) che operano sulle 24 ore/365 giorni all'anno, coordinando un mix di risorse in stretta connessione con i Dipartimenti (Salute Mentale, Dipendenze, Prevenzione) e i servizi ospedalieri. Un lavoro orientato a passare progressivamente da un'erogazione di servizi e prestazioni a richiesta (visite, indagini diagnostiche, certificazioni ecc.) a una politica pro-attiva di salute territoriale.

Sin dalla fine degli anni '90 l'evidenza dei fattori di rischio che caratterizzavano alcune aree della città aveva sollecitato gli Enti pubblici a stringere un accordo di collaborazione per intraprendere azioni congiunte e di ampio respiro, ponendo da subito l'enfasi, non abituale per la sanità, sul bisogno di migliorare la qualità delle condizioni abitative e di vita quotidiana dei residenti.

Promosso congiuntamente dall'Azienda sanitaria di Trieste (ASUITS), dai Comuni di Trieste e Muggia e dall'Azienda per l'Edilizia Residenziale Pubblica (ATER), il **programma Habitat-Microaree** si è evoluto negli anni, superando, a partire dal Protocollo di intesa inter-enti sottoscritto nel 2006 e più volte rinnovato negli anni, la sperimentaltà e consolidatosi come azione ordinaria degli enti (inserita, tra l'altro, nella programmazione dei Piani di Zona a partire dal triennio 2006-2008).

⁸¹ Contributo redatto a partire dalla presentazione dell'esperienza presente sul sito di www.disuguaglianzadisalute.it e al presente [link](#).

Si tratta di un **intervento localizzato in contesti territoriali circoscritti**, denominati **microaree**, tra i 500 e i 2.000 abitanti ciascuna, con elevati indici di fragilità sociosanitaria e prevalenza di caseggiati ATER. Attualmente sono attive **18 microaree** che, complessivamente, costituiscono una “lente d’ingrandimento” focalizzata sul 9% circa della popolazione dei Comuni coinvolti.

In ciascuna area, il programma funziona attraverso i seguenti dispositivi:

- **L’équipe di prossimità:** l’ASUITS, attraverso il Distretto Sanitario competente per territorio, mette a disposizione una/un proprio professionista a tempo pieno (la/il **referente di microarea**) responsabile per zona, con funzioni di regia; tramite le cooperative sociali, i Comuni mettono a disposizione operatrici/operatori sociali di comunità e l’ATER mette a disposizione le/i portieri sociali. L’équipe:
 - **opera quotidianamente** nell’area, rivolgendosi a **tutta la popolazione residente** (e non a un target e/o a una problematica sociosanitaria specifica) e mantenendo costantemente un orientamento alla **conoscenza attiva della popolazione**, con il compito di rilevare i problemi e le risorse, dando attenzione prioritaria alle persone che hanno problemi sanitari, sociali, abitativi e relazionali che potrebbero aggravare la loro storia di salute;
 - **attiva** tutti gli interventi di competenza degli enti in base ai bisogni rilevati, fungendo da **garante** dei percorsi; per la soluzione dei problemi vengono inoltre **attivate e messe in rete tutte le possibili risorse/risposte** degli altri soggetti pubblici, privati, del terzo settore, incluse anche quelle generate dalle persone/famiglie nonché dalle reti informali, di vicinato, ecc.
 - può contare su ulteriori risorse quali: volontari/e di Servizio Civile, persone che usufruiscono di varie misure di inserimento lavorativo (Borse di Formazione e Lavoro, Lavori di pubblica utilità), tirocinanti, ... e soprattutto su numerosi/e **residenti attivi divenuti risorsa per la loro comunità**.
- **La sede in loco** (appartamento o locale generalmente messo a disposizione da ATER): fa da base operativa, ma è anche il luogo dove si organizzano molteplici attività spesso proposte e autogestite dai cittadini, diventando un punto di riferimento e di stimolo alle persone per essere attive, condividere competenze e risorse, sviluppare aiuti reciproci e accrescere la fiducia.
- **Il Gruppo Tecnico Territoriale** è l’organo di coordinamento e programmazione **per ciascuna area** composto da personale dei 3 enti e da rappresentanti di tutti i soggetti e le realtà locali. Si riunisce su base mensile.
- **Il Comitato dei garanti inter-enti** è l’organo di indirizzo strategico è composto vertici dei 3 Enti (ASUITS, Comuni, ATER), si riunisce su base semestrale o su richiesta.

La **governance** del programma è quindi agita contemporaneamente **dall’alto** (al livello strategico inter-enti che è necessario per coordinare, orientare e fare da garante dell’intervento) e **dal basso** (attraverso il mandato, conferito alle microaree, di intercettare proattivamente i bisogni – anche prima questi che si costituiscono in domanda di servizi e senza il vincolo della competenza – e poter legittimamente fungere da attivatori della rete dei servizi, in coordinamento con i Distretti e gli altri soggetti del territorio, nonché da “incubatori” per la promozione e la qualificazione delle relazioni con le persone/la comunità).



Oltre a garantire interventi a **livello individuale** (supportando le persone nell'accesso alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, prestando particolare attenzione ai soggetti maggiormente vulnerabili -monitoraggio delle situazioni a rischio), il programma HM agisce a **livello comunitario** per rafforzare la domiciliarità, prevenire il disagio attraverso la cura e l'assistenza dei gruppi sociali maggiormente vulnerabili (minori, giovani e anziani);

- promuovere la coesione sociale e lo sviluppo di capitale sociale e di solidarietà reciproca, attraverso l'adozione di strategie e l'attivazione di iniziative di mutuo-aiuto tra attori non professionali, in modo da rafforzare le capacità dei singoli nell'affrontare e superare le problematiche personali e familiari;
- favorire lo sviluppo di forme di associazionismo e la partecipazione attiva della cittadinanza attraverso, ad esempio, il supporto ad iniziative quali i comitati di quartiere o la collaborazione con associazioni o altri soggetti del terzo settore già operanti nel tessuto cittadino;
- migliorare la qualità degli insediamenti a livello di manutenzione e arredo urbano.

Nel complesso, l'approccio adottato è quello del *community building*, che per rafforzare il welfare locale punta a far incontrare a livello micro la domanda di servizi e le risorse pubbliche e/o private a disposizione.

Per approfondire:

Documento [“Il programma Habitat Microaree Trieste. Linee di indirizzo progettuali e operative”](#)

I materiali del convegno internazionale svoltosi a Trieste il 14-15 giugno 2018 [“La comunità che fa salute. Le microaree di Trieste per l'equità”](#)

Si segnala inoltre che il programma HM è stato incluso, come “case study”, nel primo Report europeo sulla Health Equity lanciato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel giugno 2019. Link:

- The WHO European Health Equity Status Report Initiative (2019) <http://www.euro.who.int/en/HealthEquityStatusReport2019>
- Case study report che include il Programma Habitat Micoraree <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/social-determinants/publications/2019/case-studies-the-who-european-health-equity-status-report-initiative-2019>
- video “Achieving health equity” realizzato a Trieste <http://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2019/06/healthy,-prosperous-lives-for-all-in-the-european-region-high-level-conference-on-health-equity/multimedia/video-achieving-health-equity>

Terza parte

5. Accesso ai farmaci

di *Alessia Squillace e Carla Mariotti*

5.1 Spesa e governance farmaceutica

5.1.1 Spesa e consumo di farmaci

Nel 2019, sono stati **spesi** complessivamente **30,8 miliardi** di euro per l'assistenza farmaceutica pubblica e privata erogata in ambito territoriale e ospedaliero; una spesa in crescita con il **5,8%** in più rispetto al 2018. Di questi 30,8 miliardi, il 76% è stato rimborsato dal SSN, con una spesa farmaceutica pro capite (comprensiva dei medicinali acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche e di quelli erogati attraverso il canale della convenzionata) pari a **384,43 euro** (Tab. 1).

Tabella 1 Composizione della spesa farmaceutica: confronto 2019-2018

	Spesa (milioni)	%	Var % 19-18
Spesa convenzionata lorda [^]	10.034	32,5	-0,5
Ossigeno	55	0,2	3,8
Distribuzione diretta e per conto di fascia A	4.481	14,5	-3,0
ASL, Aziende Ospedaliere, RSA e penitenziari*	8.980	29,1	18,3
Spesa pubblica	23.550	76,4	5,3
Classe A privata	1.544	5,0	13,5
Classe C con ricetta	3.066	9,9	6,6
Automedicazione	2.392	7,8	5,4
Esercizi commerciali	259	0,9	-2,6
Spesa privata	7.261	23,6	7,2
Totale	30.811	100,0	5,8

[^] Comprensiva della spesa per vaccini (24,5 milioni di euro) e dei farmaci di classe C rimborsata (18,9 milioni di euro)
^{*} Comprensivo della spesa per i vaccini (542 milioni di euro) e dell'ossigeno (248,2 milioni di euro). Non comprende la spesa per i farmaci di classe A erogati in distribuzione diretta e per conto

Fonte: AIFA, *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2019*

La **spesa territoriale totale pubblica e privata** è risultata pari a **21.108 milioni** di euro (spesa netta) ed è cresciuta in totale dell'1,6% rispetto all'anno precedente (2018=20.781 milioni di euro) (Tab. 2).

La spesa territoriale **pubblica** è **diminuita** rispetto al 2018 dell'1,3%; riduzione attribuibile a un decremento della spesa per i farmaci in distribuzione diretta e per conto (-3,0%) (Box. 1). La spesa territoriale **privata** è **cresciuta** e tale incremento è imputabile in buona parte a due dati:

- Spesa *out of pocket* di farmaci in classe A (+13,5%);
- farmaci C con ricetta (+6,6%).

Tabella 2 - Spesa farmaceutica territoriale pubblica e privata: confronto 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019	Δ %	Δ %	Δ %	Δ %
	milioni	milioni	milioni	milioni	milioni	16/15	17/16	18/17	19/18
1 Spesa convenzionata netta	8.477	8.254	8.120	7.781	7.765	-2,6	-1,6	-4,2	-0,2
2 Distrib. diretta e per conto di fascia A	4.921	5.556	4.792	4.620	4.481	12,9	-13,7	-3,6	-3,0
1+2 Spesa territoriale pubblica	13.398	13.810	12.913	12.402	12.246	3,1	-6,5	-4,0	-1,3
3 Compartecipazione del cittadino	1.521	1.540	1.549	1.608	1.581	1,2	0,6	3,8	-1,7
4 Acquisto privato di fascia A	1.487	1.309	1.317	1.360	1.544	-11,9	0,6	3,2	13,5
5 Classe C con ricetta	2.997	2.642	2.813	2.875	3.066	-11,8	6,5	2,2	6,6
6 Automedicazione (SOP e OTC)	2.375	2.429	2.109	2.270	2.392	2,3	-13,2	7,6	5,4
7 Esercizi commerciali		301	286	266	259		-4,7	-7,0	-2,6
3+4+5+6+7 Totale spesa privata	8.380	8.220	8.076	8.379	8.842	-1,9	-1,8	3,8	5,5
Totale spesa farmaceutica	21.778	22.030	20.988	20.781	21.108	1,2	-4,7	-1,0	1,6
Quota a carico SSN (%)	61,5	62,7	61,5	59,7	58,0				

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 gli anni precedenti al 2016.

Fonte: AIFA, L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2019

Il cittadino ha acquistato privatamente farmaci nonostante avesse la possibilità di non pagarli presentando una ricetta. Scende invece la **compartecipazione del cittadino (-1,7%)** e dei farmaci erogati dagli esercizi commerciali (-2,6%) di cui si parlerà nei successivi paragrafi.

Box 1 - Dettaglio della spesa territoriale pubblica e privata -schema sintetico

Spesa **territoriale pubblica**⁸²=**12.246** milioni di euro in diminuzione (-1,3% rispetto al 2018), così composta:

- 7.765 milioni di euro (-0,2%): farmaci erogati in regime di assistenza convenzionata;
- 4.481 milioni di euro (-3,0%): farmaci di classe A in distribuzione diretta e per conto.

⁸²La spesa territoriale pubblica è comprensiva della spesa dei farmaci (es. classe A e classe C rimborsata dal SSN) erogati in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione diretta (Asl e farmacie ospedaliere) e in distribuzione per conto del SSN, attraverso le farmacie di comunità o aperte al pubblico.

Spesa **territoriale privata** (a carico del cittadino) = **8.842** milioni di euro in aumento (+5,5% rispetto al 2018), così composta:

- 1.581 milioni di euro (-1,7%): **compartecipazione** dl cittadino in ticket regionali e differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto e il corrispondente prezzo di riferimento;
- 1.544 milioni di euro (+13,5%): medicinali di **fascia A acquistati privatamente**;
- 3.066 (+6,6%) per i farmaci di **classe C**.

Fonte: *Cittadinanzattiva, rielaborazione su dati AIFA L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2019*

Guardando ai dati di spesa e consumo dei farmaci **classe A** rimborsati dal SSN (Box 2), nel 2019 a livello regionale, notiamo che il **Centro-Sud** è l'area geografica con maggiori consumi e spesa pro- capite (Tab. 3).

Box 2 - Farmaci di classe A

Classe A: rientrano in questa fascia i farmaci essenziali e per il trattamento delle malattie croniche il cui costo è a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dunque possono essere gratuiti anche se, a seconda delle normative regionali, può essere prevista una compartecipazione alla spesa da parte del cittadino.

Fonte: *AIFA, Glossario per la consultazione dei Dati OsMed, 2020*

Tabella 3 - Variabilità regionale dei consumi farmaceutici dispensati dalle farmacie territoriali, pubbliche e private: anno 2019

Regione	Fascia A rimborsata dal SSN					Acquisto privato di classe A, C, SOP e OTC (spesa pro capite)
	Spesa lorda A-SSN [^]	Spesa lorda pro capite pesata	Δ% 19-18	DDD 100 ab die	Δ% 19-18	
Piemonte	657	143,4	-1,5	922,8	1,0	146,8
Valle d'Aosta	17	135,4	-1,1	824,8	0,7	134,8
Lombardia	1.759	175,4	0,7	923,8	-0,1	128,1
PA Bolzano	59	117,8	-1,5	720,2	-0,2	107,0
PA Trento	74	139,7	0,1	911,5	0,7	103,2
Veneto	666	134,8	-1,6	881,0	0,4	121,4
Friuli VG	191	147,8	-1,5	956,3	0,6	131,5
Liguria	253	146,9	-1,4	867,0	1,0	149,1
Emilia R.	578	126,9	-0,4	935,7	1,0	113,4
Toscana	537	137,4	-2,2	962,9	0,5	115,2
Umbria	154	167,1	-0,1	1106,3	0,7	60,8
Marche	259	164,5	-2,1	1012,6	0,6	66,4
Lazio	1.083	187,1	-0,4	1068,5	1,2	121,5
Abruzzo	241	180,8	-6,2	1030,8	-0,1	98,4
Molise	52	166,2	0,1	995,2	2,5	90,4
Campania	1.066	199,9	-0,9	1102,2	1,7	116,2
Puglia	746	188,9	-1,1	1093,6	1,7	115,8
Basilicata	103	181,9	0,8	1038,1	2,1	84,9
Calabria	362	191,8	0,3	1085,5	1,8	87,8
Sicilia	848	176,3	0,3	1052,6	1,9	90,5
Sardegna	282	167,3	-2,8	994,6	-1,0	103,9
Italia	9.989	165,5	-0,8	987,7	0,9	116,0
Nord	4.254	150,4	-0,4	911,9	0,5	128,2
Centro	2.034	166,7	-1,1	1030,3	0,9	107,8
Sud e Isole	3.701	186,2	-1,0	1069,5	1,5	103,7

[^] Spesa di fascia A al netto della fascia C rimborsata (24,5 milioni di euro) e comprensiva della spesa per i vaccini. Importi in milioni di euro

Fonte: *AIFA, L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2019*

La **spesa più alta** (lorda pro capite pesata) si è registrata in:

- Campania (€199,9);
- Calabria (€191,8);
- Puglia (€188,9);
- Basilicata (€181,9).

La **PA di Bolzano** ha registrato la spesa lorda pro capite più bassa (€117,8).

I **consumi più alti** sono stati registrati in:

- Umbria (1106,3 DDD/1000 ab die);
- Campania (1102,2 DDD/1000 ab die);
- Puglia (1093,6 DDD/1000 ab die);
- Calabria (1085,5 DDD/1000 ab die);
- Lazio (1068,5 DDD/1000 ab die).

La **PA di Bolzano** ha registrato i consumi più bassi (720,2 DDD/1000 ab die).

Per quanto riguarda l'acquisto privato di classe A, classe C con ricetta (Box. 3), **farmaci di automedicazione SOP e OTC** (spesa pro capite), **l'area geografica che spende e consuma di più è quella del Nord d'Italia.**

Box 3 - Farmaci di classe C

Classe C: è una classe di farmaci non appartenenti alla fascia "A". La spesa per i farmaci di fascia C è a totale carico del cittadino, seppur con l'eccezione dei titolari di pensione di guerra diretta vitalizia (art.1, L. 19 luglio 2000, n. 203), nei casi in cui il medico di medicina generale ne attesti la comprovata utilità terapeutica per il paziente e più in generale nei casi previsti per legge. All'interno di tale fascia è stata creata la **classe "C - bis"** nella quale sono stati inseriti i farmaci di automedicazione anch'essi a totale carico del cittadino.

Fonte: AIFA, *Glossario per la consultazione dei Dati OsMed, 2020*

La **spesa (pro capite lorda) più alta** si registra in:

- Liguria (€149,1);
- Piemonte (€146,8);
- Valle d'Aosta (€134,8);
- Friuli Venezia Giulia (€131,5).

La spesa pro capite **più bassa** invece si è registrata in:

- Umbria (€60,8),
- Marche (€66,4),
- Basilicata (€84,9)
- Calabria (€87,8).

Per quanto riguarda gli **acquisti diretti da parte delle strutture pubbliche** (assistenza farmaceutica ospedaliera) si registra nel 2019 un incremento sia della spesa (+**10,9%**) sia dei consumi (+**5,9%**), rispetto all'anno precedente (consumo medio pro capite di 166,7 DDD/1000 abitanti die), come si evince dalla tabella 4.

Tabella 4 – Spesa e consumi per farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche: confronto 2019-2018 (popolazione pesata)

Regione	Spesa SSN pro capite		DDD/1000 abitanti die	
	€	Δ% 19/18	N.	Δ% 19/18
Piemonte	207,09	15,0	179,0	6,1
Valle d'Aosta	161,73	13,3	174,3	4,4
Lombardia	188,41	13,7	109,0	7,9
PA Bolzano	212,07	13,9	178,0	3,6
PA Trento	182,94	9,9	176,5	7,0
Veneto	201,42	12,4	211,6	2,5
Friuli VG	229,55	14,8	185,0	3,9
Liguria	213,75	6,3	193,7	3,3
Emilia R.	233,37	8,4	315,9	2,3
Toscana	225,74	9,9	203,1	4,3
Umbria	241,40	7,8	207,8	0,7
Marche	237,38	8,7	236,2	13,6
Lazio	217,28	8,3	128,6	8,9
Abruzzo	233,83	10,2	138,8	15,1
Molise	220,78	17,3	112,9	3,9
Campania	255,68	14,9	144,3	10,9
Puglia	249,31	5,2	144,5	9,4
Basilicata	246,83	12,5	140,4	3,6
Calabria	236,28	8,9	135,9	-1,7
Sicilia	205,22	11,6	129,7	10,5
Sardegna	231,03	7,7	156,2	1,0
Italia	218,94	10,9	166,7	5,9
Nord	204,57	12,1	183,0	4,3
Centro	224,42	8,8	172,4	7,1
Sud e Isole	236,00	10,5	140,1	8,3

Fonte: elaborazione OsMed su dati NSIS relativi alla Tracciabilità del Farmaco – D.M. 15 luglio 2004

Fonte: AIFA, *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2019*

La **spesa** di farmaci classe H (Box 4) ammonta a circa **13,5 miliardi** (+10,9%) di euro (spesa media pro capite = 218,94 euro).

Box 4 – Farmaci di Classe H

Classe H: è una classe di farmaci il cui costo è a carico del servizio sanitario nazionale, ma che per caratteristiche farmacologiche, per modalità di somministrazione, per innovatività o per altri motivi di salute pubblica, sono dispensabili negli ospedali (o per conto di questi nelle farmacie) o somministrabili negli ambulatori specialistici.

Fonte: AIFA, *Glossario per la consultazione dei Dati OsMed, 2020*

Le regioni che **spendono di più** (spesa pro capite) sono:

- Campania (€255,68);
- Puglia (€249,31);
- Basilicata (€246,83).

Tutte le regioni hanno avuto un incremento della spesa, ma in alcune più di altre, si sono riscontrate le maggiori variazioni di spesa rispetto al 2018:

- Molise (+17,3% rispetto al 2018);
- Piemonte (+15% rispetto al 2018);
- Campania (+14,9% rispetto al 2018).

Spendono meno: Valle d'Aosta (€161,73), PA di Trento (€182,94) e Lombardia (€188,41).

Anche sul fronte dei consumi si registra un generale incremento rispetto all'anno precedente.

Le regioni con i **consumi più alti** sono:

- Emilia Romagna (315,9 DDD/1000 abitanti die)
- Marche (236,2 DDD/1000 abitanti die)

Le regioni che hanno registrato la variazione maggiore nei consumi sono state **Abruzzo** (+15,1% rispetto al 2018) e **Marche** (+13,6%). La **Calabria** è l'unica regione che invece mostra una riduzione dei consumi (-1,7%).

5.1.2 Farmaci a brevetto scaduto e equivalenti in regime di assistenza convenzionata

L'azienda che produce un nuovo farmaco ha la titolarità dell'invenzione per 20 anni dall'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC). Il farmaco, quindi, per questo lasso di tempo gode di copertura brevettuale e l'azienda ha il diritto di esclusiva della produzione e della vendita del medicinale.

Trascorso questo periodo, il medicinale perde la protezione del brevetto (farmaco "a brevetto scaduto") e qualsiasi altra azienda farmaceutica, inclusa la stessa che ha avuto la titolarità del prodotto sino a quel momento, può produrre il farmaco equivalente (Box 5) corrispondente al farmaco originatore (o di riferimento).

Box 5 - Farmaco equivalente

Il termine medicinale "generico" si è dimostrato limitativo e fuorviante in quanto percepito dal comune cittadino come prodotto simile ma non uguale al medicinale di riferimento. **Dall'iniziale ed errata traduzione di "generic medicinal product"** riportata nella direttiva 2001/83/CE dovranno trascorrere quattro anni (Legge n°149 del 2005) perché si inizi ad indicare il "farmaco generico" con il proprio nome e cioè con "farmaco equivalente" .

Fonte: AIFA, "I farmaci equivalenti" in <https://www.aifa.gov.it/farmaci-equivalenti>

Al fine di diffondere una più consapevole cultura dei farmaci equivalenti, Cittadinanzattiva da alcuni anni, promuove la campagna "**IoEquivalgo**" sull'uso consapevole e la corretta conoscenza dei farmaci equivalenti (Box 6).

Box 6 – Alcune informazioni contenute nel leaflet IoEquivalgo

Il farmaco equivalente:

guardiamolo da vicino.

Il farmaco equivalente è un medicinale che ha le stesse caratteristiche farmacologiche e terapeutiche del farmaco di marca già presente sul mercato e non più protetto da brevetto.

È efficace e funziona come quello di marca perché ha:

1. Lo STESSO PRINCIPIO ATTIVO, la sostanza responsabile del suo effetto farmacologico (terapeutico)
2. La STESSA QUANTITÀ DI PRINCIPIO ATTIVO
3. Lo STESSO NUMERO DI UNITÀ POSOLOGICHE (per es: numero di compresse per scatola)
4. La STESSA FORMA FARMACEUTICA (per es: compresse, capsule, soluzione iniettabile etc.)
5. La STESSA VIA DI SOMMINISTRAZIONE.

Il farmaco equivalente è sicuro

È sicuro perché:

- i principi attivi sono già ben conosciuti. Il loro uso clinico è infatti consolidato da anni di commercializzazione, sono stati quindi già in precedenza valutati sicuri e autorizzati dall'Agenzia Italiana del Farmaco. Questi principi attivi sono infatti gli stessi approvati e messi a suo tempo in commercio in base ai risultati positivi di numerosi studi scientifici e al costante monitoraggio su alcuni parametri: tossicità, cancerogenesi, possibilità di avere figli, e così via
- È stata accertata la loro equivalenza terapeutica con il farmaco di marca a seguito della valutazione e dell'approvazione da parte di AIFA degli studi presentati dall'azienda produttrice
- Il processo di produzione, distribuzione e conservazione è sottoposto agli stessi controlli di quelli del farmaco di marca
- Come per tutti i farmaci, i controlli proseguono anche dopo l'immissione in commercio.

Il farmaco equivalente mediamente costa meno perché:

- Sono state già investite risorse nella ricerca, visto che il principio attivo è già noto ed in uso almeno da 20 anni
- Sono stati già condotti studi preclinici e clinici per dimostrare l'efficacia e la sicurezza del medicinale nell'uomo. Le aziende che producono i farmaci di marca lo hanno già fatto e dimostrato per quel principio attivo.
- Inoltre, la loro introduzione in commercio, creando concorrenza, fa abbassare anche il prezzo medio dei farmaci di marca, che arrivano in alcuni casi anche ad avere lo stesso prezzo del farmaco equivalente.

Fonte: Cittadinanzattiva, Campagna #IOEQUIVALGO in www.ioequivalgo.it

Nel 2019 i **farmaci a brevetto scaduto** hanno costituito il 67,3% della **spesa**, mentre i farmaci coperti da brevetto hanno rappresentato il 37,2% della spesa (Box 7).

All'interno della voce farmaci a brevetto scaduto vanno tenuti distinti i farmaci ex-originatori (brand) dagli **equivalenti** che hanno rappresentato una spesa del **20,3%** il cui trend, negli anni risulta in crescita (Fig. 1).

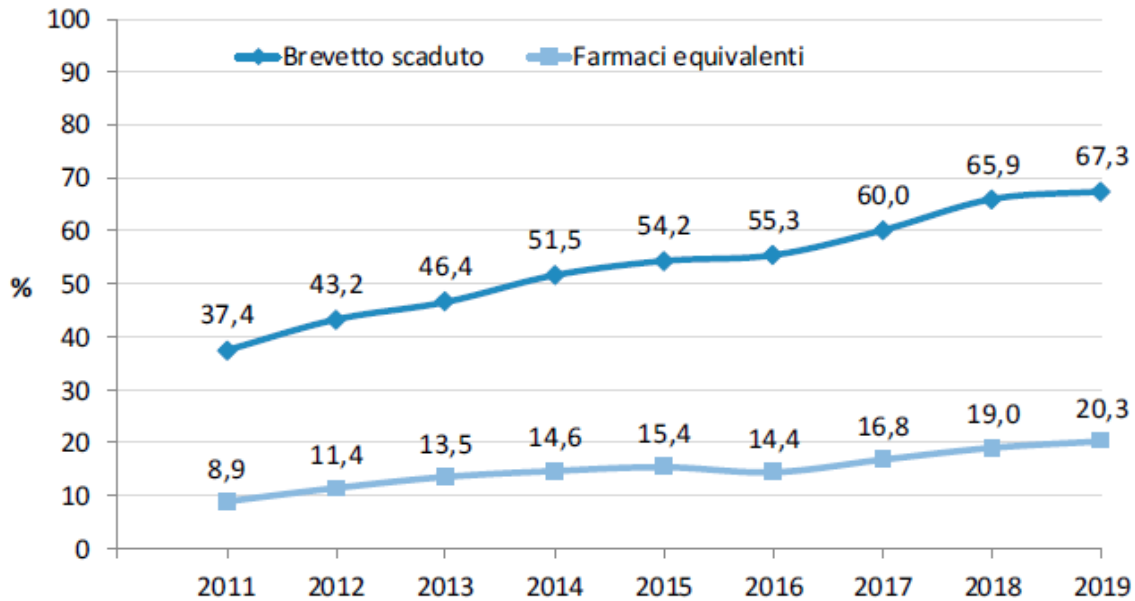
Box 7 – Spesa farmaci a brevetto scaduto

Farmaci a brevetto scaduto = 67,3% della spesa:

- ex-originator= 47% della spesa;
- equivalenti=20,3% della spesa.

Fonte: Cittadinanzattiva, rielaborazione su dati AIFA, *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2019*

Figura 1 – Andamento dell'incidenza della spesa dei farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci equivalenti sul totale della spesa classe A-SNN: confronto 2011-2019



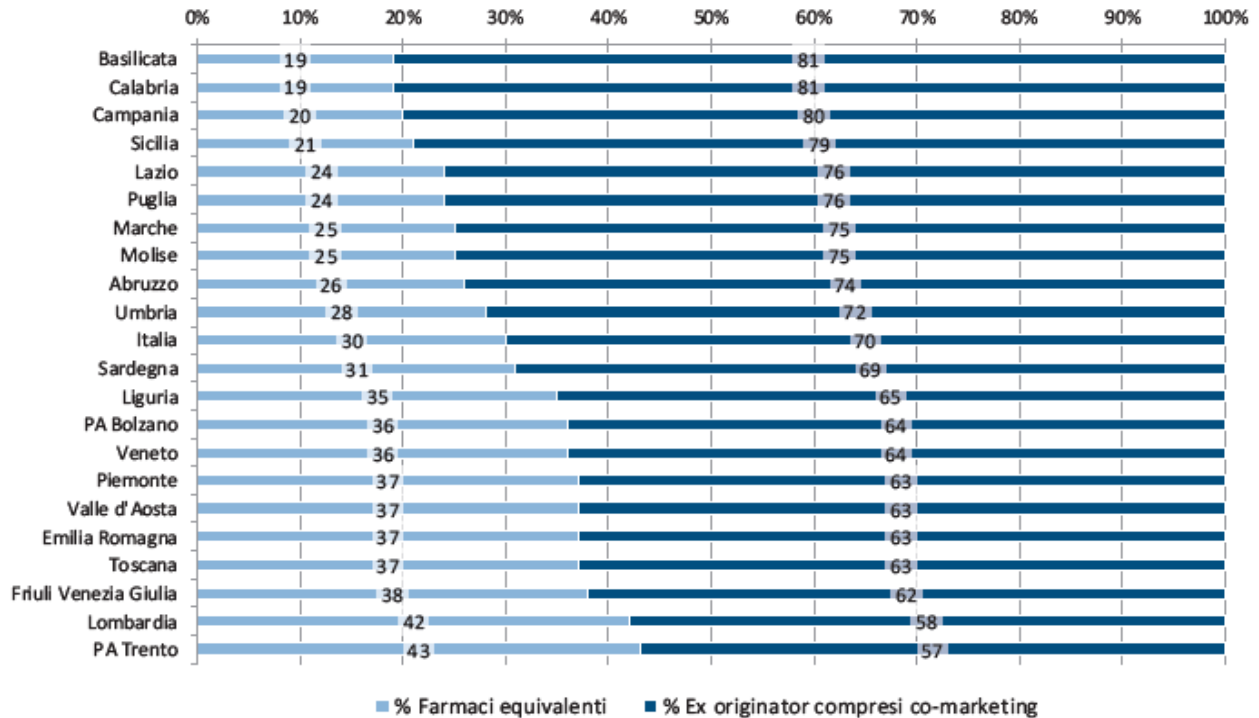
Fonte: AIFA, *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2019*

Le regioni che nel 2019 hanno i valori più elevati di spesa per medicinali ex originatori (versus equivalenti) sono:

- Basilicata (19%);
- Calabria (19%);
- Campania (20%);
- Sicilia (21%).

Di contro, la **spesa più alta per equivalenti** si concentra nell'area geografica del **Nord d'Italia** (Fig. 2).

Figura 2 - Composizione per Regione della spesa in regime di assistenza convenzionata 2019 per i farmaci a brevetto scaduto di classe A-SSN



Fonte: AIFA, *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2019*

Nel 2019 i farmaci a brevetto scaduto hanno costituito l'**83,7% dei consumi**, mentre i farmaci coperti da brevetto il 16,3%. Tra i farmaci a brevetto scaduto, il consumo dei farmaci equivalenti puri (ad esclusione degli ex-originatori) è stato del **30,6%** (Box 8).

Box 8 – Consumo di farmaci a brevetto scaduto

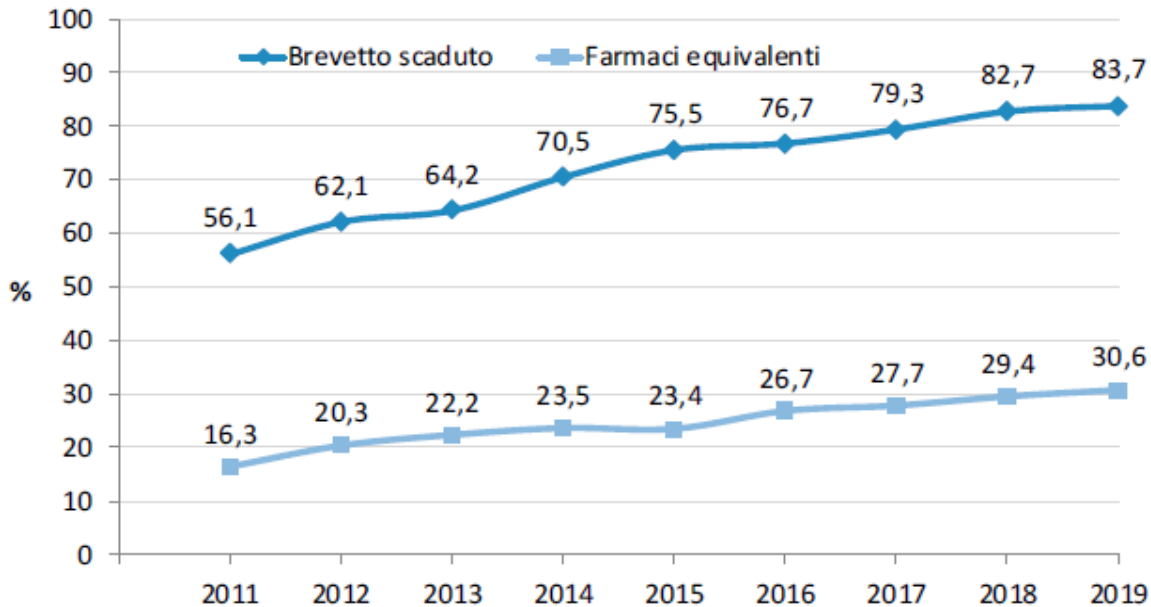
I farmaci a brevetto scaduto = 83,7% dei consumi:

- ex-originatori = 53,1% dei consumi;
- **equivalenti = 30,6% dei consumi**

Fonte: *Cittadinanzattiva, rielaborazione su dati AIFA L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2019*

In generale si osserva un trend in crescita anche dei consumi dei farmaci equivalenti negli anni (Fig.3).

Figura 3 - Andamento dell'incidenza del consumo (dosi) dei farmaci a brevetto scaduto e dei farmaci equivalenti sul totale del consumo dei farmaci classe A-SSN: confronto 2011-2019

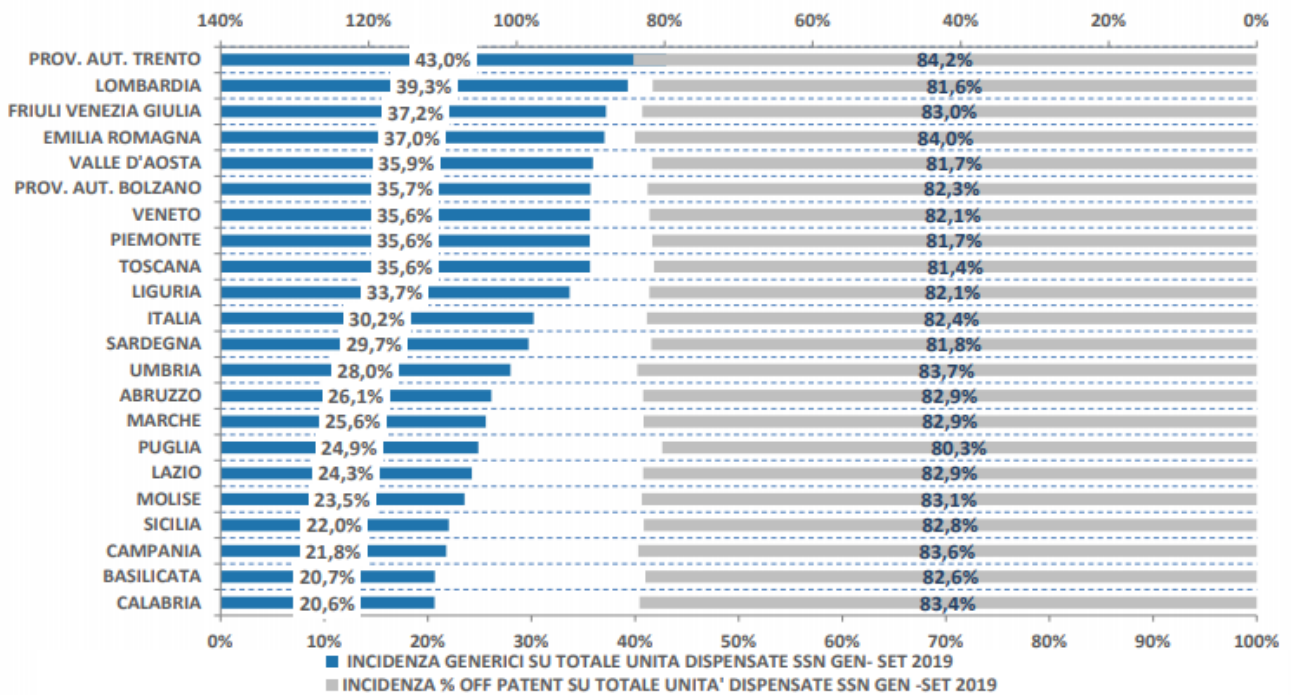


Fonte: AIFA, L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2019

L'area geografica con i consumi i più alti di farmaci equivalenti è rappresentata dal Nord e dal Centro d'Italia mentre le maggiori difficoltà di penetrazione di equivalenti si riscontrano nelle regioni del Sud.

Infatti, **Calabria, Basilicata, Campania, Sicilia** mostrano anche nel 2019, nonostante un lieve aumento, valori più alti di spesa per farmaci ex-originatori a differenza di quelle del Nord e delle quali invece si registra una maggiore incidenza di spesa per farmaci equivalenti (Fig 4).

Figura 4 - Farmaci rimborsati SSN incidenza % generici e off patent (generici + brand) su totale unità rimborsate SSN periodo gennaio - settembre 2019



Fonte: Elaborazione Centro Studi Assogenerici su dati IQVIA

In conclusione, rispetto al 2018, il quadro dei consumi di farmaci equivalenti di Classe A rimane pressoché invariato, pur mostrando una crescita costante anche se lieve (Tab. 5).

Tabella 5 - Sintesi dei dati di spesa e di consumo di farmaci a brevetto scaduto e di equivalenti: confronto 2018-2019

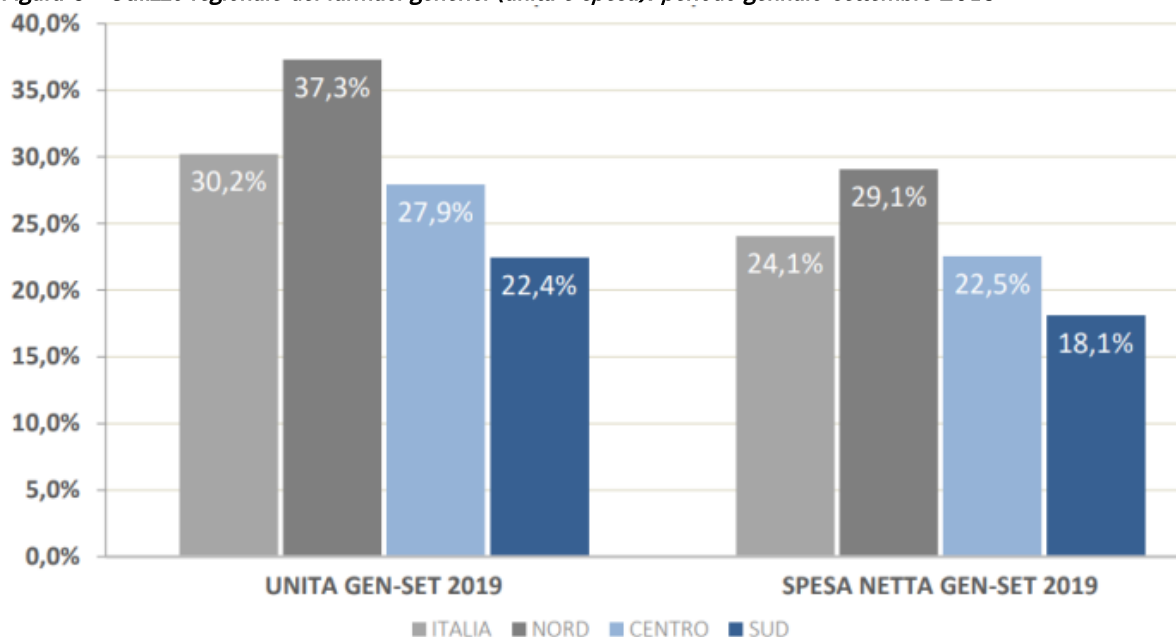
Farmaco	Spesa 2018	Spesa 2019	Consumo 2018	Consumo 2019
Coperto brevetto	34,1%	37,2%	17,3%	16,3%
Brevetto scaduto	65,9%	67,3%	82,7%	83,7%
Ex-organator	46,8%	47%	53,2%	53,1%
Equivalente	19,0%	20,3%	29,4%	30,6%

Fonte: Cittadinanzattiva, rielaborazione su dati Osmed 2018-2019

Ancora una volta vediamo un'Italia spaccata in due: nel Nord si concentra un maggior impiego di equivalenti (media italiana del circa 30%); mentre il Centro-Sud continua ad essere l'area geografica con minor utilizzo di tali prodotti (Fig. 5).

- Nord=37,4% (unità) e 29,1% (spesa)
- Centro=27,8%(unità) e 22,5% (spesa)
- Sud=22,5%(unità) e 18,2% (spesa)

Figura 5 - Utilizzo regionale dei farmaci generici (unità e spesa): periodo gennaio-settembre 2019



Fonte: Elaborazione Centro Studi Egualea (già Assogenerici) su dati IQVIA

Le **aree terapeutiche** che nel 2019 hanno registrato una maggiore percentuale di spesa e di consumo di **farmaci a brevetto scaduto** sono state:

- **cardiovascolare (ATC I-C)**: spesa=91,2% (brevetto scaduto); consumo=94,9%;
- **anti-infettivi sistemici (ATC I-J)**: spesa=85,2%; consumo=92,6%
- **antineoplastici e gli immunomodulatori (ATC I – L)**: spesa=85%; consumo = l'87,1%.

Si ravvisa, in generale, che il farmaco a brevetto scaduto (brand) sia impiegato in maniera preponderante rispetto all'equivalente del farmaco di riferimento (Tab. 6).

Tabella 6 - Incidenza della spesa e del consumo in regime di assistenza convenzionata dei farmaci a brevetto scaduto di classe A-SSN per I livello ATC nell'anno 2019

ATC I livello	Spesa in regime di assistenza convenzionata		Consumo (DDD) in regime di assistenza convenzionata	
	% Brevetto scaduto per categoria terapeutica	% Equivalente per area terapeutica	% Brevetto scaduto per categoria terapeutica	% Equivalente per area terapeutica
A	67,7	25,7	82,4	39,6
B	41,0	11,4	65,5	15,9
C	91,2	25,9	94,9	35,8
D	21,2	7,1	21,5	4,4
G	71,1	19,2	77,6	24,1
H	38,2	2,6	77,8	4,3
J	85,2	20,6	92,6	24,3
L	85,0	31,4	87,1	40,2
M	79,8	14,6	86,4	25,3
N	56,8	22,4	76,3	35,8
P	5,2	0,1	3,6	0,3
R	23,2	3,8	46,4	11,0
S	29,3	3,8	41,3	8,2
V	40,1	33,1	25,5	23,4

Fonte: AIFA, L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2019

Analizzando i **principi attivi** a brevetto scaduto, quelli che hanno registrato nel 2019 il più alto livello di **spesa** e consumo sono: (Tab. 7):

- **colecalfiferolo (vitamina D):**

- spesa=277,3 milioni di euro (+3,2% rispetto al 2018)
- consumo=10,2DDD/1000 ab die

Solo 16,1% della spesa è rappresentata da farmaci equivalenti.

Tra gli inibitori di pompa:

- **pantoprazolo:**

- spesa=265 milioni di euro (-2,6% rispetto al 2018)
- consumo=23 DDD/1000 ab die.

Il pantoprazolo e lansoprazolo sono anche i principi attivi in cui si registra la **maggiore diffusione di equivalenti** nel 2019, rispettivamente il **53,6%** e il **68,1%**, insieme al ramipril e metformina. Seguono beta-bloccanti, statine e ACE-inibitori.

Tra i farmaci del sistema cardiovascolare

- **l'atorvastatina:**

- spesa=257,2 milioni di euro (+3,6% rispetto al 2018)
- consumo=46,1DDD/1000 abitanti die.

- **il ramipril**

- spesa = 122,4 (con una riduzione del -0,2% rispetto al 2018)
- consumo = **62,5** DDD/1000 abitanti die.

- l'olmesartan

- spesa = 90,5
- consumo = 13,0 DDD/1000 abitanti die.

Questo è il farmaco per l'ipertensione che ha mostrato l'incremento maggiore di spesa rispetto al 2018= +23,4%.

Tabella 7 - Spesa e consumi in regime di assistenza convenzionata di classe A-SSN, primi venti principi attivi a brevetto scaduto * a maggiore spesa: confronto 2019-2018

ATC	Principio attivo	Spesa (milioni)	Δ % 19-18	% Equivalente**	DDD/1000 ab die	Costo medio DDD
A	colecalfiferolo	277,3	3,2	16,1	10,2	1,23
A	pantoprazolo	265,0	-2,6	53,6	23,0	0,52
C	atorvastatina	257,2	3,6	37,4	46,1	0,25
J	amoxicillina e inibitori enzimatici	172,5	-0,2	18,3	5,8	1,36
A	lansoprazolo	152,1	-7,3	68,1	14,0	0,49
C	bisoprololo	147,3	5,8	30,9	11,2	0,6
A	omeprazolo	142,3	-6,1	39,2	16,4	0,39
A	esomeprazolo	135,7	-4,6	38,3	13,5	0,46
C	ramipril	122,4	-0,2	38,2	62,5	0,09
C	omega-3-trigliceridi	114,4	1,5	34,8	4,4	1,19
C	amlodipina	94,8	1,0	31,7	27,0	0,16
C	simvastatina	94,7	-5,2	51,3	13,2	0,33
A	metformina	91,9	1,2	36,1	22,0	0,19
N	levetiracetam	91,3	5,8	38,8	2,0	2,04
C	olmesartan	90,5	23,4	11,9	13,0	0,32
C	nebivololo	86,9	2,6	23,1	15,5	0,26
J	ceftriaxone	77,0	-0,8	20,5	0,3	11,78
L	letrozolo	75,7	9,3	44,2	1,5	2,27
C	rosuvastatina	75,4	-2,6	21,1	12,9	0,27
C	doxazosina	75,1	2,8	29,9	7,6	0,45

* sono state utilizzate le liste di trasparenza pubblicate dall'AIFA nel corso del 2018-2019

** calcolato sul totale della spesa per i farmaci a brevetto scaduto

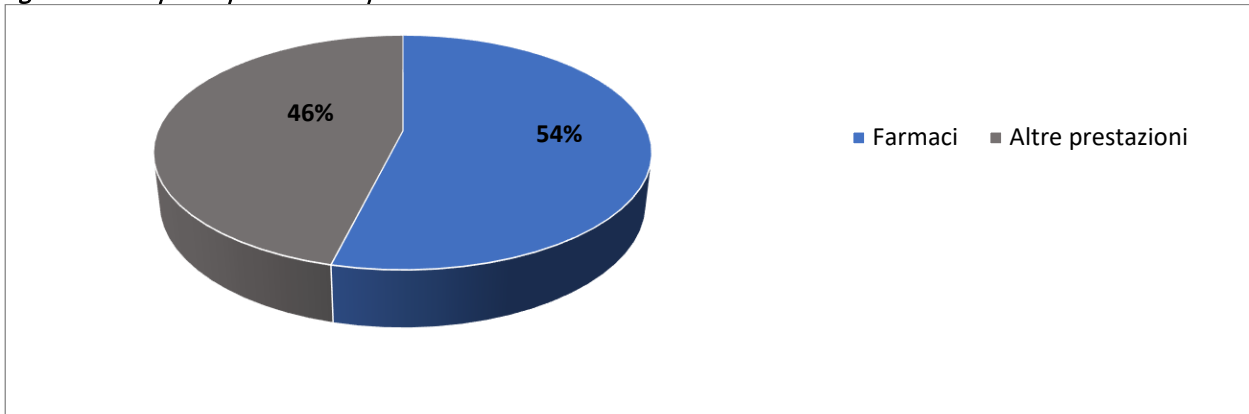
Fonte: AIFA, *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2019*

5.1.3 Compartecipazione e ticket regionali

Tutte le Regioni prevedono sistemi di compartecipazione alla spesa sanitaria che puntualmente, in misura diversa, gravano sulle tasche dei cittadini.

Nel 2019 la **compartecipazione** alla spesa sanitaria è stata di € 2.935,8 milioni; all'interno di questa, oltre il **50% (1.581 milioni di euro)** ha riguardato quella sui farmaci (Fig. 6).

Figura 6 – Compartecipazione alla spesa sanitaria



Fonte: Osservatorio Civico sul Federalismo in Sanità su rielaborazione dati Rapporto Corte dei Conti e AIFA⁸³, 2020.

Il dato è lievemente inferiore a quello del 2018 (€ 1.609 milioni): ad incidere particolarmente, è la riduzione del **ticket fisso (-4,8%)**; ogni singolo cittadino ha sostenuto mediamente, a livello nazionale, una compartecipazione di **€ 26,2** (quota pro-capite) su una spesa farmaceutica convenzionata, netta pro-capite totale, di **€ 128,7**.

⁸³ Corte dei Conti, (2020). [Rapporto 2020 sul coordinamento della Finanza Pubblica](#) e AIFA, (2020) *Rapporto OsMed 2019*.

Nonostante la lieve flessione della compartecipazione (2019=-1,5%), la **spesa totale privata** (€ 8.842 milioni a carico dei cittadini) nel 2019 è aumentata di € 463 milioni rispetto all'anno precedente (Tab. 8); ad incidere è la spesa per i **medicinali di fascia A** acquistati privatamente (€ 1.544), quella per i **farmaci di classe C** (€ 3.066) e quella per i farmaci di **automedicazione** (€ 2.392).

Tabella 8 – Spesa privata

	2018	2019	%
Compartecipazione del cittadino	1608	1581	-1,7
Acquisto privato di fascia A	1360	1544	+ 13,7
Classe C con ricetta	2875	3066	+ 6,6
Automedicazione (SOP e OTC)	2270	2392	+ 5,4
Esercizi commerciali	266	259	- 2,6
Totale spesa privata <i>In milioni di €</i>	8.379	8.842	+ 5,5

Fonte: Osservatorio Civico sul Federalismo in Sanità su rielaborazione dati AIFA, 2020.

La compartecipazione del cittadino, racchiude sia i **ticket regionali** sia la **differenza di prezzo** tra farmaco brand (originator) e farmaco equivalente: dei € 1.581 milioni, solo il **29%** è riferibile al ticket fisso mentre il **71%** 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 € 18,6 (circa **1,1 miliardi** di euro in totale), 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.

La spesa **pro capite** per compartecipazione mostra un **Paese a tre velocità**: la più elevata riguarda il **Sud e le Isole** con € 23,5, seguita dal **Centro** con € 20,4 e dal **Nord** con € 14,3.

Le Regioni con il valore di spesa di compartecipazione più basso sono, nell'ordine, la **Provincia Autonoma di Bolzano** (€ 12,2), la **Provincia Autonoma di Trento** (€ 13), la **Valle d'Aosta** (€ 13,2) e la **Toscana** (€ 13,7); quelle con il valore di spesa più alto sono **Calabria** (€ 25,5), **Lazio** (€ 25,3), **Campania** (€25,3) e **Sicilia** (€ 24,8) (Tab. 9).

Tabella 9 – Distribuzione della quota su prezzo di riferimento per regione

Regione	Spesa pro capite	Δ % media nazionale
Piemonte	14,5	-22,1
Valle d'Aosta	13,2	-28,8
Lombardia	14,3	-23,2
PA Bolzano	12,2	-34,5
PA Trento	13	-30,1
Veneto	14,1	-24
Friuli VG	14,9	-19,6
Liguria	15,3	-17,6
Emilia R.	14,3	-23,1
Toscana	13,7	-26,5
Umbria	19,9	7
Marche	19,6	5,5
Lazio	25,3	36,2
Abruzzo	21,1	13,3
Molise	21,8	17,4
Campania	25,3	36,1
Puglia	22,4	20,6
Basilicata	22,4	20,7
Calabria	25,5	37
Sicilia	24,8	33,5
Sardegna	17,4	-6,7
Italia	18,6	
Nord	14,3	-23
Centro	20,4	9,9
Sud e Isole	23,5	26,6

Fonte: Osservatorio Civico sul Federalismo in Sanità su rielaborazione dati AIFA, 2020.

Il maggiore livello di spesa per compartecipazione interessa le categorie terapeutiche dei farmaci *cardiovascolari* (8,7%), dei *betabloccanti* (6,8%) e degli *antagonisti dell'angiotensina II, in associazione* (5,9%).

Queste tre categorie rappresentano circa 1/5 (21,4%) della spesa totale. Le categorie invece a minor impatto di spesa per compartecipazione sono quelle dei *preparati antiglaucoma e miotici* (1,6%), *antiistaminici per uso sistemico* (1,4%) e *macrolidi e lincosamidi* (1,3%) (Tab. 10).

Tabella 10 - Prime e ultime categorie terapeutiche a maggior quota di spesa su prezzo di riferimento (anno 2019)

Descrizione	% su totale compartecipazione	
Cardiovascolari	8,7	Maggiore spesa
Betabloccanti	6,8	
Antagonisti dell'angiotensina II, in associazione	5,9	
Totale	21,4	
Preparati antiglaucoma e miotici	1,6	Minore spesa
Antiistaminici per uso sistemico	1,4	
Macrolidi e lincosamidi	1,3	
Totale	4,3%	

Fonte: Osservatorio Civico sul Federalismo in Sanità su rielaborazione dati AIFA, 2020.

I **principi attivi** a maggior impatto di spesa per compartecipazione (quota di spesa su prezzo di riferimento) sono riferibili nell'ordine a bisoprololo (4,4%), atorvastatina (3,5%), colecalciferolo (3,2%), ramipril (2,5%), pantoprazolo (2,3%), acido acetilsalicilico (2,1%), amoxicillina/acido clavulanico (1,9%). Per ciascun principio attivo, si riporta, nell'ultima colonna della successiva tabella (Tab. 11), l'esistenza del corrispettivo equivalente che poteva essere, potenzialmente, acquistato dal cittadino, salvo diversa indicazione da parte del medico (*ricetta non sostituibile*).

Tabella 11 – Prime 8 sostanze a maggior quota di spesa su prezzo di riferimento (anno 2019) e corrispettivo equivalente

Principio attivo	% su totale compartecipazione	Corrispettivo equivalente
Bisoprololo	4,4	SI'
Atorvastatina	3,5	SI'
Colecalciferolo	3,2	SI'
Ramipril	2,5	SI'
Pantoprazolo	2,3	SI'
Acido Acetilsalicilico	2,1	SI'
Amoxicillina/Acido Clavulanico	1,9	SI'

Fonte: Osservatorio Civico sul Federalismo in Sanità su rielaborazione dati AIFA, 2020.

Ma se le differenze regionali in termini di compartecipazione sul prezzo di riferimento⁸⁴ dei farmaci a brevetto scaduto (equivalenti) sono sostanzialmente da riferire ad una autonoma scelta dei cittadini, diversa è la **situazione** che riguarda i **ticket regionali per confezione e/o ricetta**

⁸⁴ Cfr. AIFA, (2020) "L'uso dei farmaci in Italia, Rapporto nazionale 2019", pp. 62-65.

(ticket fisso): questa infatti appare chiaramente essere la conseguenza delle diverse modalità di applicazione del ticket da una regione all'altra (Tab. 12).

Tabella 12 - Ticket regionali e compartecipazione *

Abruzzo	
La quota di compartecipazione non si applica ai farmaci non coperti da brevetto che si adeguano al prezzo di riferimento regionale.	
Confezione con prezzo di vendita > a 5 € si pagano:	2 € a confezione fino a un massimo di 6 € a ricetta
Confezione con prezzo di vendita < o = a 5 € si paga:	0,50 € a confezione fino a un massimo di 1,50 € a ricetta
Farmaci equivalenti prezzo > a quello di riferimento AIFA si paga:	A tali quote si aggiunge la differenza sul prezzo di riferimento
Basilicata	
Abolizione della quota fissa per ricetta dal 28 luglio al 31 agosto 2020	
Distribuzione per conto: sono esclusi dalla compartecipazione i farmaci erogati in "Distribuzione per conto". Dimissione ospedaliera: il ticket non si applica alle ricette relative al primo ciclo di terapia farmacologica prescritta all'atto della dimissione ospedaliera e presentate direttamente alle farmacie ospedaliere	
Dal 2013 modificata la quota fissa aggiuntiva per ricetta in base al reddito familiare lordo per i farmaci erogati dal SSN; si paga:	1 € per assistiti e familiari a carico con reddito familiare inferiore a 8.263,31€ incrementato a 11.362,05€ in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,00€ per ogni figlio a carico.
	2 € per assistiti e familiari a carico con reddito familiare superiore a 8.263,31€ incrementato a 11.362,05€ in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,00€ per ogni figlio a carico
Calabria	
INFO GENERALI: I medici prescrittori potranno prescrivere un numero massimo di 2 confezioni, anche se della medesima specialità, fatta eccezione per gli antibiotici monodose, fleboclisi, medicinali a base di interferone, farmaci analgesici oppiacei utilizzati nella terapia del dolore per i quali è consentita la prescrizione in un'unica ricetta di un numero di pezzi sufficienti a coprire una terapia massima di 30 giorni.	
Si pagano:	1 € di quota fissa per ciascuna ricetta o impegnativa del medico curante. 2 € di quota fissa aggiuntiva per ciascun pezzo prescritto, per un limite massimo per ricetta pari a 5 euro (compresa la quota fissa)
Campania	
INFO GENERALI: La quota fissa di 2 € a ricetta non si applica alle prescrizioni di ossigeno liquido e gassoso e ai farmaci del PHT	
Si pagano:	1,50 € per confezione più una quota fissa di 2 € a ricetta. Il ticket di 1,5 € per confezione non si applica ai farmaci non coperti da brevetto con prezzo allineato a quello di riferimento regionale.

Emilia-Romagna		
INFO GENERALI: dal 1° gennaio 2019 per i cittadini residenti o non residenti in Emilia Romagna con scelta del medico di medicina generale in Emilia Romagna vengono stabilite due fasce di reddito familiare fiscale lordo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ QB < = 100.000 euro ▪ QM > 100.000 euro 		
Residenti e non residenti con scelta del medico in ER, si pagano:	QB	Nessuna quota fissa
	QM	3 € per confezione fino ad un massimo di 6 € per ricetta
Non residenti senza scelta del medico in ER	Eventuale quota di compartecipazione a carico dell'assistito, prevista dalla normativa vigente nella Regione cui appartiene l'azienda sanitaria di iscrizione dell'assistito.	
Lazio		
INFO GENERALI: La misura si applica a tutte le confezioni non incluse nelle liste di trasparenza AIFA.		
Confezione con prezzo di vendita > a 5 € si pagano:	4,00 € a confezione a carico degli assistiti che non abbiano diritto ad alcuna delle esenzioni previste dalla normativa vigente	
	2,00 € a confezione a carico degli altri assistiti con l'eccezione di quanti, secondo la normativa vigente, hanno diritto a esenzione totale per reddito e per categoria.	
Confezione con prezzo di vendita < o = a 5 € si pagano:	2,50 € a confezione a carico degli assistiti che non abbiano diritto ad alcuna delle esenzioni previste dalla normativa vigente	
	1,00 € a confezione a carico degli altri assistiti con l'eccezione di quanti, secondo la normativa vigente, hanno diritto a esenzione totale per reddito e per categoria.	
Liguria		
INFO GENERALI: Nel caso di "pluriprescrizione" di antibiotici in confezioni monodose e di medicinali somministrati per fleboclisi (fino a 6 pezzi) è dovuto un ticket massimo di 4 euro. Alle quote di seguito, si somma l'eventuale compartecipazione prevista per i medicinali privi di brevetto, qualora il medico apponga sulla ricetta l'indicazione "non sostituibile" o l'assistito non accetti la sostituzione con altro medicinale equivalente di minor costo.		
Si pagano:	2 € per confezione fino a un massimo di 4 € per ricetta	
Lombardia		
INFO GENERALI: Nel caso di medicinali non coperti da brevetto sottoposti al sistema del rimborso di riferimento, la quota fissa si somma all'eventuale differenza tra prezzo del farmaco e prezzo di rimborso.		
Si pagano:	2 € per confezione fino a un massimo di 4 € per ricetta.	
	1 € per confezione fino a un massimo di 3 € per ricetta: <ul style="list-style-type: none"> ▪ - per i pazienti esenti per patologia e malattie rare relativamente ai farmaci correlati alla patologia con redditi 	

	<p>superiori a quelli previsti per l'esenzione totale (vedi categorie ESENTI)</p> <ul style="list-style-type: none"> - per gli invalidi civili con percentuale superiore ai 2/3 o con assegno di accompagnamento e per gli invalidi del lavoro con percentuale superiore ai 2/3, solo per gli antibiotici monodose, i medicinali a base di interferone a favore di soggetti affetti da epatite cronica e medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi (pluriprescrizione fino a 6 confezioni per ricetta)
Molise	
<p>Alle quote di seguito, si somma l'eventuale compartecipazione prevista per i medicinali privi di brevetto, qualora il medico apponga sulla ricetta l'indicazione "non sostituibile" o l'assistito non accetti la sostituzione con altro medicinale equivalente di minor costo.</p>	
Si pagano:	0,50 € a ricetta
	2 € a confezione per i farmaci coperti da brevetto fino a un massimo di 6 € per ricetta; sono esclusi i farmaci il cui costo è > a 5 €.
	0,50 € a confezione per i farmaci a brevetto scaduto (brand e unbrand) ad esclusione delle confezioni di prezzo inferiore a 5 €
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Piemonte ▪ INFO GENERALI: abolita dal 1° marzo 2019 la quota fissa di partecipazione (ticket) sui farmaci mutuabili. Resta in vigore a carico dell'assistito l'eventuale differenza tra il prezzo del medicinale prescritto o consegnato ed il prezzo massimo di rimborso 	
Puglia	
INFO GENERALI: ////////////////////	
Si pagano:	2 € per confezione fino a un massimo di 5,5 € per ricetta + 1 € per ricetta
	0,50 € per confezione + 1 € per ricetta per: <ul style="list-style-type: none"> ▪ - medicinali pluriprescrivibili di cui all'art. 9 della legge n. 405/2001 (<i>antibiotici monodose, medicinali a base di interferone per i soggetti affetti da epatite cronica, medicinali somministrati esclusivamente per fleboclisi</i>);
	1 € per ricetta per: <ul style="list-style-type: none"> ▪ - I farmaci, il cui prezzo non è allineato al prezzo di riferimento; per tali farmaci è dovuto anche il pagamento della differenza di prezzo a carico dell'assistito; le specialità medicinali il cui prezzo è allineato al prezzo di riferimento
Sicilia	
<p>INFO GENERALI: Alle quote di seguito, si somma l'eventuale compartecipazione prevista per i medicinali privi di brevetto, qualora il medico apponga sulla ricetta l'indicazione "non sostituibile" o l'assistito non accetti la sostituzione con altro medicinale equivalente di minor costo.</p>	
Si pagano:	4 € per confezione per i farmaci con prezzo fino a 25,00 €
	2 € a confezione per i farmaci equivalenti con prezzo fino a 25,00 €

	<p>4,50 € a confezione per i farmaci con prezzo superiore a 25,00 €</p> <p>2,50 € a confezione per i farmaci equivalenti con prezzo superiore a 25,00 €</p> <p><i>I soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti e rare pagano:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - 1,50 € per confezione per i farmaci con prezzo fino a 25,00 € - 1 € a confezione per i farmaci equivalenti con prezzo fino a 25,00 € - 2 € a confezione per i farmaci con prezzo superiore a 25,00 € - 1,50 € a confezione per i farmaci equivalenti con prezzo superiore a 25,00 €
Toscana	
<p>INFO GENERALI: Medicinali a brevetto scaduto: nel caso sia richiesto all'assistito il pagamento di una differenza di prezzo rispetto a quello di riferimento nell'ambito della lista di trasparenza, a questa si deve sommare il ticket.</p> <p>Laddove la compartecipazione superasse il costo della confezione del farmaco, l'utente è tenuto a pagare una quota di partecipazione pari al prezzo del farmaco. Nell'anno solare la somma dei ticket sulla farmaceutica convenzionata, a carico di un singolo utente, non può superare l'importo di 400 €</p>	
<p>Dal settembre 2012 è introdotta una rimodulazione dei livelli di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini in base al reddito familiare lordo per i farmaci erogati dal SSN; si pagano:</p>	0 € per reddito da 0 a 36.151,98€
	2 € per confezione fino a un massimo di 4€ per ricetta per reddito da 36.151,99 a 70.000€ <i>(con esclusione degli assistiti affetti da patologia cronica e invalidante)</i>
	3 € per confezione fino a un massimo di 6€ per ricetta per reddito da 70.001 a 100.000€
	4 € per confezione fino a un massimo di 8€ per ricetta per reddito oltre 100.000€
Provincia Autonoma di Bolzano	
<p>INFO GENERALI: Alle quote di seguito, si somma l'eventuale compartecipazione prevista per i medicinali privi di brevetto, qualora il medico apponga sulla ricetta l'indicazione "non sostituibile" o l'assistito non accetti la sostituzione con altro medicinale equivalente di minor costo. Oltre alla differenza tra il prezzo del farmaco e quello di rimborso, sarà dovuto anche il ticket di 2 € per confezione ovvero di 1 € per ricetta (con esclusione degli invalidi di guerra).</p>	
Si pagano:	2 € per confezione con un massimo di 4 € per due o più confezioni.
Pagano, invece:	<p>1 € per ricetta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ - soggetti affetti da malattie croniche ed invalidanti di cui al D.M. Sanità n. 329 28 maggio 1999 ▪ - soggetti affetti da malattie rare di cui al D.M. Sanità n. 279 18 maggio 2001 ▪ - invalidi per servizio appartenenti alle categorie dalla 2[^] alla 8[^] ▪ - invalidi civili con una riduzione della capacità lavorativa superiore a 2/3 ▪ - sordomuti di cui all'art. 7 della legge 2/4/1968 n. 482 ▪ - invalidi per lavoro ▪ - vittime del terrorismo e della criminalità organizzata

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ - infortunati sul lavoro o affetti da malattie professionali ▪ - titolari di pensione sociale e loro familiari a carico ▪ - soggetti di età superiore a 65 anni appartenenti ad un nucleo familiare che nell'anno precedente ha conseguito un reddito complessivo a € 36.151,98 (70 milioni) ▪ - disoccupati iscritti nelle liste di collocamento ▪ - titolari di pensioni al minimo di età superiore a 60 anni
Pagano, invece:	<p>1 € per confezione e 2 € per due o più confezioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ - i figli fiscalmente a carico dei genitori <p>Per i farmaci non coperti da brevetto, inseriti nel sistema del rimborso di riferimento, qualora il medico prescriva un medicinale di costo più alto del prezzo di rimborso e indichi sulla ricetta la non sostituibilità del medicinale ovvero l'assistito rifiuti la sostituzione del medicinale più costoso con quello di prezzo più basso a totale carico del SSN, il cittadino, oltre alla differenza tra il prezzo del farmaco e quello di rimborso, paga anche il ticket di 2 € per confezione ovvero di 1 € per ricetta (con esclusione degli invalidi di guerra).</p>
Umbria	
<p>INFO GENERALI: Medicinali a brevetto scaduto: nel caso sia richiesto all'assistito il pagamento di una differenza di prezzo rispetto a quello di riferimento nell'ambito della lista di trasparenza, a questa si deve sommare il ticket.</p> <p>Ossigeno: la quota di compartecipazione si applica alle prescrizioni di ossigeno equiparando la bombola alla confezione. Distribuzione per conto: sono esclusi dalla compartecipazione i farmaci erogati in "Distribuzione per conto". Laddove la compartecipazione superasse il costo della confezione del farmaco, l'utente è tenuto a pagare una quota di partecipazione pari al prezzo del farmaco e la ricetta, non spedita in regime SSN, è gestita come fosse una normale ricetta "bianca"</p>	
dal gennaio 2020 è introdotto un ticket in base al reddito familiare lordo per i farmaci erogati dal SSN; si pagano:	<p>0 € per reddito da 0 a 100.000€</p> <p>3 € per confezione fino a un massimo di 6€ per ricetta per reddito oltre 100.000 €</p>
Valle d'Aosta	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ INFO GENERALI: sono esclusi dalla quota fissa tutti gli assistiti con ISEE inferiore a 10.000 € e tutti gli assistiti esenti per condizione o patologia ai sensi della normativa statale vigente limitatamente ai farmaci e ai prodotti di assistenza integrativa correlati alla condizione e alla patologia motivo di esenzione. 	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A carico degli assistiti non esenti con attestazione ISEE ordinario > a 25.000 € o senza ISEE; si pagano: 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ una quota fissa pari a 2 € a confezione fino a un massimo di 4 € a ricetta di assistenza farmaceutica e una quota fissa pari a 2 € a ricetta di assistenza integrativa.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ A carico degli assistiti esenti per reddito (E01-E02-E03-E04) ai sensi della normativa statale vigente e degli assistiti con attestazione ISEE ordinario tra 10.000 e fino a 25.000 €; si pagano: 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ una quota fissa pari a 1 € a confezione fino a un massimo di 2 € a ricetta di assistenza farmaceutica e una quota fissa pari a 1 € a ricetta di assistenza integrativa;

Veneto	
INFO GENERALI: Per i farmaci non coperti da brevetto, inseriti nel sistema del rimborso di riferimento, qualora il medico prescriva un medicinale di costo più alto del prezzo di rimborso e indichi sulla ricetta la non sostituibilità del medicinale ovvero l'assistito rifiuti la sostituzione del medicinale più costoso con quello di prezzo più basso a totale carico del SSN, il cittadino, oltre alla differenza tra il prezzo del farmaco e quello di rimborso, paga anche la quota fissa.	
Si pagano:	2 € per confezione fino ad un massimo di 4 € per ricetta (anche per antibiotici monodose, medicinali somministrabili solo per fleboclisi, di cui sono prescrivibili fino a 6 confezioni per ricetta)

Fonte: Osservatorio Civico sul Federalismo in Sanità su rielaborazione dati Federfarma, 2020.

** la tabella contempla la totalità delle esenzioni*

A partire da ciò, appaiono dunque, oggettivamente **difformi le scelte sulle esenzioni e sui sistemi di compartecipazione alla spesa farmaceutica**, cui consegue, la necessità di un intervento nazionale volto a definire, sotto il profilo dell'equità di accesso alle cure, una riduzione delle marcate differenze regionali.

5.1.4 Farmaci biosimilari

Oltre ai farmaci di sintesi chimica esistono anche i farmaci biologici (Box 9), 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.

Box 9 - I farmaci biologici: cosa curano

Prodotti per la prima volta nel 1982⁸⁵, 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 (Box 10) 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.

Box 10 - Cosa sono i farmaci biosimilari

Il biosimilare è quel farmaco biologico altamente simile per caratteristiche rispetto al suo farmaco biologico originatore⁸⁶. "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 qualità⁸⁷ rispetto a quello di riferimento.

Per alcuni farmaci biologici i brevetti o diritti di esclusiva sono già scaduti, per molti scadranno nei prossimi anni. Nel 2019 risultano in commercio in Italia **14 biosimilari**.

Nel 2019 si riscontra un **incremento dei consumi dei farmaci biosimilari** rispetto al 2018, in particolare per quei medicinali che sono in commercio da più tempo, quali ad esempio, la **follitropina** (+67,0%), le **epoetine** (+21,5%), la **somatropina** (+14,7%) e il **pegfilgrastim** (+9,9%).

L'impiego di tali farmaci biosimilari ha anche prodotto a una riduzione della spesa rispettivamente dello 0,4%, 8,0%, 2,7% e 10,8% tant'è che hanno mostrato un andamento positivo nei consumi anche i biosimilari entrati in commercio nel 2018.

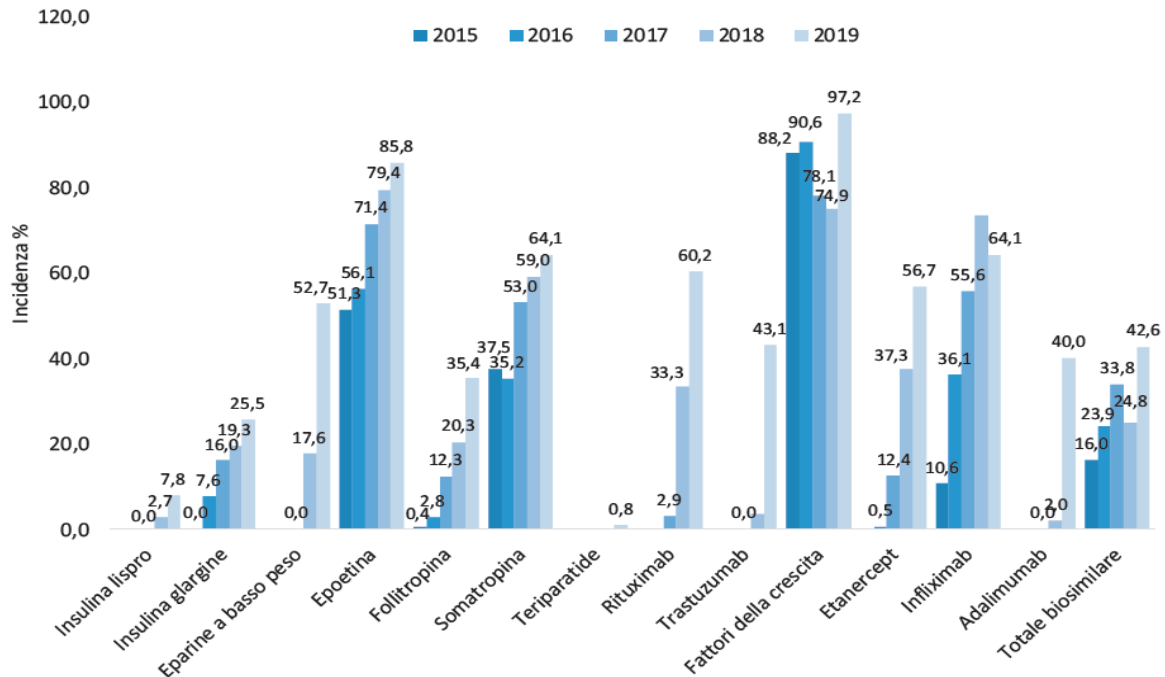
Dalla figura successiva (Fig. 7) emerge una crescita generale dei consumi per tutti i farmaci biosimilari. Le molecole biosimilari che mostrano una maggiore incidenza sul mercato italiano (in valore percentuale) rispetto al biologico originatore sono rappresentati dai fattori della crescita (97,2%) e le epoetine (85,8%).

Figura 7 - Incidenza (%) dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e del farmaco originator: 2015-2019

⁸⁵ Nel 1982, si cominciò a produrre il primo farmaco biotecnologico, l'insulina ricombinante, che ha rivoluzionato la cura di milioni di diabetici.

⁸⁶ Cfr. AIFA (2018), *Secondo Position Paper sui farmaci biosimilari* in: https://www.aifa.gov.it/sites/default/files/pp_biosimilari_27.03.2018.pdf

⁸⁷ Ibidem

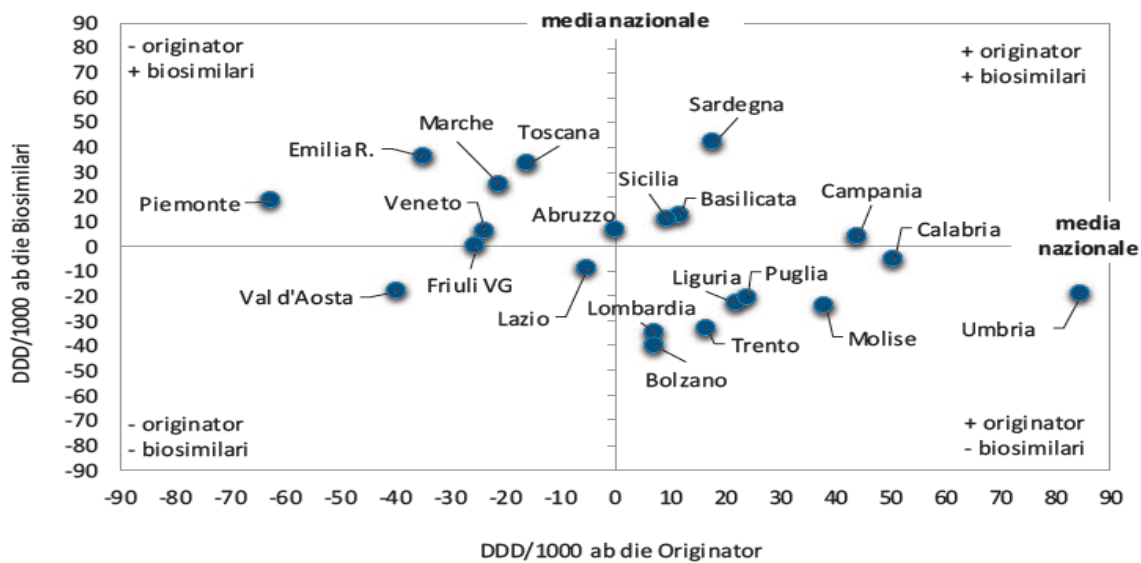


Fonte: AIFA, L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2019

Guardando invece ai **consumi per regione**, lo scenario è abbastanza eterogeneo.

- Le regioni a **maggior consumo di biosimilari** (minor consumo di biologici originatori) sono: Piemonte, Toscana, Marche, Emilia Romagna.
- Le **regioni a maggiore consumo di farmaci originatori** (minore consumo di farmaci biosimilari) sono: Umbria, Calabria, Molise, Puglia (Fig. 8).

Figura 8 - Consumo (DDD/1000 ab die) dei farmaci biosimilari vs originator rispetto alla media nazionale



Fonte: AIFA, L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2019

5.2 Farmaci innovativi e accesso ai fondi

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 vincolante⁸⁸.

Il modello di valutazione attraverso il quale l'AIFA attribuisce l'innovatività è cambiato da pochi anni. La Legge di Bilancio per il 2017⁸⁹ aveva imposto all'Agenzia di procedere alla revisione dell'algoritmo⁹⁰, 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 (Box 11).

Box 11 - Nuovi criteri di innovatività (Determina AIFA n. 1535 del 2017⁹¹)

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.

APPROCCIO 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 GRADE⁹²: scala a 4 livelli alta, moderata, bassa e molto bassa.

ESITI DELLA VALUTAZIONE

Innovatività Piena

⁸⁸ 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>

⁸⁹ 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>

⁹⁰ 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

⁹¹ 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>

⁹² Cfr. *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* in: <http://www.gradeworkinggroup.org/>.

- 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

- 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%.

Solo i farmaci a innovatività piena hanno però accesso ai Fondi per i farmaci innovativi.

I Fondi sono stati istituiti con Legge di Bilancio per il 2017 (art.1, co. 397-408, Legge n° 232/2016):

1. Fondo per i farmaci innovativi oncologici = 500 milioni annui (per il triennio 2017-2019)
2. Fondo per i farmaci innovativi (non oncologici) = 500 milioni annui (per il triennio 2017-2019).

I Fondi sono stati riconfermati nella Legge di Bilancio per il 2020 (legge 27 dicembre 2019, n. 160).

L'accesso ai Fondi consente alle Regioni di acquistare i farmaci innovativi inclusi negli elenchi AIFA e di accedere al rimborso.

Per quanto riguarda la **spesa** per farmaci **innovativi**, nel 2019 è stata pari a **2,6 miliardi di euro**, con una **crescita del 62,6%**, rispetto all'anno precedente (spesa per innovativi nel 2018=1,6 miliardi di euro).

I farmaci che hanno inciso particolarmente sulla spesa sono stati⁹³:

- Associazione sofosbuvir/velpatasvir (28,4%): farmaci per l'epatite C;
- pembrolizumab (Keytruda) (10,6%): anticorpo monoclonale antitumorale;
- nivolumab (OPDIVO) (10,3%): anticorpo monoclonale antitumorale.

Sul versante dei **consumi**, nel 2019 sono state dispensate **30,5 milioni di dosi giornaliere**, con una crescita del **40,5%**. Nel 2018 le dosi sono state 21,7 milioni; nel 2017 invece 13,4 milioni (Tab. 13).

Tabella 13 - Trend di spesa e consumo per farmaci innovativi (anni 2015-2019) acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche

	2015	2016	2017	2018 [^]	2019 [*]	Δ% 19-18
Spesa innovativi*	2.226	2.636	1.635	1.629	2.649	62,6
Inc. % spesa SSN	10,1	11,7	7,4	7,4	11,4	
DDD*	9,2	12,0	13,4	21,7	30,5	40,5
Inc. % DDD SSN	0,03	0,05	0,05	0,09	0,12	

*Milioni.

[^] Nel 2018 i dati di spesa sono al netto delle note di credito di sofosbuvir/velpatasvir, sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir, lenalidomide e nusinersen.

^{*} Nel 2019 i dati di spesa sono al netto delle note di credito di lenalidomide.

Nota: la spesa non tiene conto dei *payback* versati dalle aziende farmaceutiche a fronte dell'applicazione degli accordi di rimborsabilità condizionata.

Fonte: AIFA, *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2019*

Guardando ai **dati regionali** di spesa e consumo di farmaci a innovatività piena e condizionata, le Regioni che presentano una **maggiore spesa per i farmaci innovativi nell'anno 2019** (Tab. 14) sono:

- Lombardia con 443,4 milioni di euro (incidenza sulla spesa di 16,7%)
- Campania con 281,1 milioni di euro (incidenza di spesa del 10,6%)
- Lazio con 244,8 milioni di euro (incidenza di spesa del 9,2%).

Tabella 14 - Spesa e consumi per farmaci innovativi (innovatività e innovatività condizionata) acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche per Regione (anno 2019)

Regioni	Spesa (milioni)	DDD (migliaia)	Inc. %*
Piemonte	201,8	1827,2	7,6
Valle d'Aosta	3,1	34	0,1
Lombardia	443,4	3519,8	16,7
PA Bolzano	20,7	233,5	0,8
PA Trento	16,7	161,2	0,6
Veneto	191,5	2092,1	7,2
Friuli VG	63,8	699,6	2,4
Liguria	73,1	768,8	2,8
Emilia R.	213,5	2245,7	8,1

⁹³ Cfr. AIFA *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2019*, pag. 516

Toscana	181,8	1841,9	6,9
Umbria	46,3	627,9	1,7
Marche	70,4	959,1	2,7
Lazio	244,8	3347,2	9,2
Abruzzo	45,9	771,2	1,7
Molise	12,2	153,8	0,5
Campania	281,1	4310,7	10,6
Puglia	187,1	24612	7,1
Basilicata	23,9	366,1	0,9
Calabria	71,2	1138	2,7
Sicilia	188,4	2308,1	7,1
Sardegna	68,6	622,5	2,6
Italia	2.649,30	30489,6	100
Nord	1227,7	11582	46,3
Centro	543,3	6776,1	20,5
Sud	878,4	12131,6	33,2

Fonte: Cittadinanzattiva, Rielaborazione su dati AIFA, L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2019

I farmaci innovativi (a innovatività piena e condizionata) sono in **totale 41**, ma come si è detto è importante tenere presente che hanno accesso ai due Fondi solo quei medicinali che hanno ottenuto come esito della valutazione l'innovatività piena.

Di questi 41 rientrano negli elenchi AIFA: (Tab. 15):

- 10 farmaci: elenco Fondo per i farmaci innovativi (non oncologici)
- 14 farmaci: elenco Fondo per farmaci innovativi oncologici.

Tabella 15 - Elenco dei farmaci (per nome commerciale) con accesso ai Fondi, ai sensi della Legge di Bilancio 2017 (al 31 dicembre 2019)

Innovativi non oncologici	Data efficacia	Data scadenza	Innovativi oncologici	Data efficacia	Data scadenza
DUPIXENT	08/09/2018	07/09/2021	ALECENSA	01/08/2018	31/01/2020
EPCLUSA	27/04/2017	26/04/2020	DARZALEX	19/04/2018	18/04/2021
HEMLIBRA	07/12/2018	06/12/2021	IMBRUVICA	05/01/2016	04/01/2019
MAVIRET	28/09/2017	26/04/2020	IMFINZI	07/09/2019	06/09/2022
OXERVATE	24/01/2018	23/01/2021	KEYTRUDA	25/06/2017	24/06/2020
PREVYMIS	18/09/2018	17/09/2021	KYMRIAH	13/08/2019	12/08/2020
SPINRAZA	28/09/2017	27/09/2020	LUTATHERA	30/03/2019	29/03/2022
STRIMVELIS	16/08/2016	15/08/2019	OPDIVO	25/03/2016	24/03/2019
VOSEVI	19/04/2018	26/04/2020	QARZIBA	01/08/2018	31/07/2021
ZEPATIER	04/02/2017	03/02/2020	RYDAPT	17/08/2018	16/08/2021
			TAGRISSE	30/11/2019	29/05/2021
			TECENTRIQ	15/07/2018	24/03/2019
			VYXEOS	19/06/2019	18/06/2022
			YESCARTA	12/11/2019	11/11/2020

Fonte: AIFA, Monitoraggio della spesa Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio-Dicembre2019

In questo elenco rientrano ad esempio **le due CAR-T** (Yescarta e Kymriah) impiegate con specifiche indicazioni in patologie ematologiche. Gli altri innovativi oncologici (es. trattamento di melanomi, carcinomi polmonari, neuroblastoma) sono per lo più chemioterapici antineoplastici, radioterapici, inibitori della crescita tumorale.

Per quanto riguarda gli innovativi non oncologici, alcuni sono antivirali ad azione diretta (direct acting antivirals) che consentono di eradicare il virus dell'epatite C e quindi di guarire dalla malattia; per il trattamento della SMA, Spinraza® è l'unica terapia in grado di contrastare/rallentare il processo degenerativo dell'atrofia muscolare spinale.

La **spesa** totale dei farmaci innovativi che hanno accesso ai Fondi è stata pari a **1 miliardo e 108,7 milioni di euro per gli innovativi non oncologici e 584,9 milioni di euro per gli innovativi oncologici** (Tab. 16).

Se si considerano i valori al netto del payback relativo agli accordi di rimborsabilità condizionata, la spesa è stata di:

- **403 milioni di euro** = innovativi non oncologici
- **519,9 milioni di euro** = innovativi oncologici.

La **Lombardia** è la regione con la **spesa più elevata**:

- 83.525.826 milioni di euro = innovativi non oncologici 87.096.787 milioni di euro = innovativi oncologici.

Seguono:

Campania:

- 40.090.719 milioni di euro = innovativi non oncologici
- 44.013.491 milioni di euro = innovativi oncologici;

Lazio:

- 36.238.835 milioni di euro = innovativi non oncologici
- **63.617.349** milioni di euro = innovativi oncologici;

e Emilia Romagna:

- 35.578.756 milioni di euro = innovativi non oncologici
- 48.266.265 milioni di euro = innovativi oncologici.

Tab. 16 - Spesa dei farmaci innovativi con accesso ai Fondi (ai sensi della Legge di Bilancio 2017) nel 2019

Regione	Innovativi non oncologici		Innovativi oncologici	
	Spesa^ (€)	Spesa al netto dei payback	Spesa (€)	Spesa al netto dei payback
Piemonte	100.546.680	33.931.917	42.284.387	37.551.218
Valle d'Aosta	1.393.870	365.267	829.509	750.172
Lombardia	216.579.017	83.525.826	96.223.748	87.096.787
PA Bolzano	5.731.087	2.397.989	6.243.870	5.649.672
PA Trento	8.016.507	2.772.143	3.075.706	2.674.274
Veneto	77.698.781	32.076.210	39.694.837	35.368.859
Friuli VG	25.820.119	9.300.467	13.764.566	12.206.395
Liguria	24.237.069	7.390.462	20.405.231	17.838.906
Emilia R.	86.253.224	35.578.756	54.424.396	48.266.265
Toscana	76.492.815	22.918.771	40.524.548	35.013.340
Umbria	15.209.074	5.710.788	10.914.042	9.802.357
Marche	25.820.822	11.115.555	16.770.413	14.873.333
Lazio	88.888.920	36.238.835	70.925.182	63.617.349
Abruzzo	10.895.141	5.132.784	11.067.811	9.684.783
Molise	4.213.871	1.347.726	1.734.059	1.447.905
Campania	123.345.673	40.090.719	50.859.509	44.013.491
Puglia	70.504.902	24.196.397	39.131.234	35.111.741
Basilicata	7.791.474	2.353.010	5.459.969	5.011.614
Calabria	24.227.131	8.934.600	11.697.492	10.293.467
Sicilia	84.503.063	26.905.566	34.693.649	31.115.708
Sardegna	30.537.153	10.734.207	14.142.345	12.511.978
Italia	1.108.706.392	403.017.993	584.866.502	519.899.614

* Per il farmaco Yescarta non sono presenti dati nel flusso della Tracciabilità del Farmaco.

Nota: le Regioni Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Sardegna e le province autonome di Bolzano e Trento non aderiscono al Fondo per farmaci innovativi, la Sicilia solo in parte (50%).

Fonte: AIFA, *L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale. Anno 2019*

Dai dati di spesa al netto del payback, emerge che le risorse programmate per l'acquisto dei farmaci innovativi (non oncologici) non sono state pienamente utilizzate.

Se confrontiamo i **dati di spesa dei farmaci innovativi** che hanno avuto accesso ai Fondi negli **ultimi tre anni**, il dato, al netto del payback, è estremamente significativo per l'anno 2017 su entrambe i fondi (innovativi non oncologici = 143,7 milioni di euro; innovativi oncologici = 409,2 milioni di euro)⁹⁴; nel 2018, benché si rilevi un incremento dell'utilizzo, il fondo per gli innovativi non oncologici non arriva a quanto stanziato (€ 368,8) mentre quello per gli innovativi oncologici supera quanto previsto di circa 1 milione di euro (€ 613,8)⁹⁵ (Tab. 17).

Tabella 17 - Spesa dei farmaci innovativi con accesso ai Fondi, (ai sensi della Legge di Bilancio 2017): riepilogo dati 2017-2018- 2019 (valori al netto del payback)

Anno di riferimento	Innovativi non oncologici Milioni di euro	Innovativi oncologici Milioni di euro
2017	143,7	409,2
2018	368,8	613,8
2019	403,0	519,9

Fonte: Cittadinanzattiva, *Raccomandazione Civica sulla Governance del Farmaco, 2020*

⁹⁴ Cfr. AIFA, *"L'uso dei farmaci in Italia, Rapporto nazionale 2017"*, Roma 2018

⁹⁵ Cfr. AIFA, *"L'uso dei farmaci in Italia, Rapporto nazionale 2018"*, Roma 2019

Tali evidenze sono state oggetto di riflessione e proposte civiche confluite nel documento “*Raccomandazione civica sulla Governance del farmaco. Focus sulle gare d’acquisto dei farmaci*”, pubblicato da Cittadinanzattiva a novembre 2020 (Box 12).

Box 12 – Raccomandazioni estrapolate dal documento di posizionamento civico

- Rendere permanenti i due Fondi Farmaci innovativi, assicurando annualmente il finanziamento adeguato al fabbisogno di salute e tenendo conto altresì dell’immissione in commercio di nuovi prodotti ad alto costo.
- Rivedere l’attuale assetto dei due Fondi farmaci innovativi rendendoli “comunicanti tra di loro” di modo che le risorse economiche stanziare e non utilizzate per l’uno possano confluire sull’altro qualora necessario e fermo restando, il vincolo di destinare al comparto dell’assistenza farmaceutica eventuali somme non spese.
- Proseguire nella direzione avviata dalla Legge di Bilancio n°160/2019 con la quale si è dato un segnale di rottura alle precedenti politiche di tagli lineari, garantendo anche in futuro il rifinanziamento del fabbisogno sanitario (FSN) e l’accesso all’assistenza farmaceutica, in vista dell’immissione di nuove terapie altamente innovative e ad alto costo.
- Basare le future misure di governance farmaceutica sull’assunto inequivocabile secondo il quale, le risorse economiche della farmaceutica devono restare all’interno di questa e non essere utilizzate per finanziamenti diversi.

Fonte: *Cittadinanzattiva, Raccomandazione civica sulla Governance del farmaco. Focus sulle gare d’acquisto dei farmaci, 2020*

In primis, si è proposto di rivedere l’attuale assetto che regola l’utilizzo dei due fondi, ad oggi separati e non comunicanti tra loro, prevedendo la possibilità di poter effettuare compensazioni e far sì che le risorse non utilizzate (“risparmiate”) di uno dei due Fondi o di entrambi, siano destinate al comparto dell’assistenza farmaceutica per l’acquisto di altri farmaci (es. ad innovatività condizionata).

Tali riflessioni sono riconducibili a una più ampia e generale considerazione secondo cui i risparmi prodotti in sanità devono rimanere in sanità e, nello specifico, **i risparmi prodotti nella farmaceutica devono rimanere nel comparto della farmaceutica** e non essere utilizzate per finanziamenti diversi.

Nelle ultime due raccomandazioni le considerazioni potrebbero considerarsi utile a rivedere il vigente assetto dei Fondi, prevedendo, ad esempio un **unico fondo dedicato all’innovatività**, con la possibilità di ri-modulare (annualmente) le risorse da stanziare in funzione di alcuni criteri (fabbisogno della popolazione, immissione in commercio di nuovi farmaci innovativi o la disponibilità degli stessi) e/o valutando una contestuale revisione dei tetti di spesa (es. possibilità di riallocare le risorse non utilizzate dei Fondi sul tetto degli acquisti diretti, che stando alle evidenze risulta oltremodo insufficiente).

5.3 Tetti di Spesa Regionali

Tra gli obiettivi di governance farmaceutica rientra la riduzione dello sfioramento della spesa e in particolare quella degli acquisti diretti. **I tetti di spesa sono un parametro di riferimento di ciascuna Regione, ma la procedura di ripiano si applica esclusivamente qualora il tetto di spesa sia superato a livello nazionale;** questo affinché eventuali scostamenti, da parte di qualche Regione, siano interpretati più come un sintomo d'inefficienza locale, piuttosto che una criticità del sistema.

Con la **Legge di Bilancio 2017**, sono state revisionate le singole componenti percentuali di spesa e le denominazioni; resta invariata la percentuale totale (14,85%) d'incidenza della spesa farmaceutica sul Fondo Sanitario Nazionale (FSN), ma rispetto ai precedenti anni, la spesa territoriale e quella ospedaliera (tetti rispettivamente all'11,35% e al 3,5%) sono indicate con "spesa convenzionata" (nuovo tetto=7,96%) e "spesa per acquisti diretti" (nuovo tetto=6,89%) (Tab. 18).

Tabella 18 - Revisione dei tetti di spesa con Legge di Bilancio 2017

Ante Legge di Bilancio 2017		Post Legge di Bilancio 2017	
	% tetto		% tetto
Spesa farmaceutica territoriale	11,35%	Spesa convenzionata	7,96%
Spesa farmaceutica ospedaliera	3,5%	Spesa per acquisti diretti	6,89%
Totale programmato %	14,85%		14,85%

Fonte: Osservatorio Civico sul Federalismo in Sanità, 2020.

Nel periodo gennaio-dicembre 2018⁹⁶ il tetto di spesa della **farmaceutica convenzionata**, a livello nazionale, non è stato superato (**7,25%**). A livello regionale, sfiorano la percentuale programmata: **Abruzzo, Puglia, Campania e Calabria**. All'estremo opposto e con un incremento di spesa sul Fondo Sanitario Regionale (FSR) che oscilla tra il 5,04% e il 5,95% e dunque sotto soglia, si situano: **P.A. Bolzano, Emilia Romagna e Veneto**.

Attraverso la successiva tabella (Tab. 19) si evince come nel 2019⁹⁷ il tetto della convenzionata nazionale non solo resta all'interno del parametro di riferimento ma addirittura si riduce passando al **7,16%**. Migliorano la loro performance **Campania e Calabria**, situandosi al limite del tetto stabilito mentre, nonostante lo sforzo, continuano a superare il tetto **Abruzzo** (7,98%) e **Campania** (7,96%).

⁹⁶ Cfr. AIFA (2020), *Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio-Dicembre 2018 (AGGIORNAMENTO)*.

⁹⁷ Cfr. AIFA (2020), *Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio-Dicembre 2019 Consuntivo*.

Tabella 19 – Confronto spesa farmaceutica convenzionata anno 2018 - 2019

	Anno 2018	Anno 2019
Regione	Inc.% su FSR	Inc.% su FSR
ABRUZZO	8,55%	7,98%
PUGLIA	8,09%	7,94%
CAMPANIA	8,09%	7,96%
CALABRIA	8,03%	7,95%
LOMBARDIA	7,85%	7,91%
SARDEGNA	7,82%	7,55%
LAZIO	7,81%	7,69%
BASILICATA	7,58%	7,60%
UMBRIA	7,37%	7,28%
MARCHE	7,31%	7,12%
SICILIA	7,18%	7,26%
MOLISE	7,14%	7,16%
FRIULI V.G.	7,05%	6,90%
LIGURIA	6,70%	6,58%
PIEMONTE	6,56%	6,45%
P.A. TRENTO	6,43%	6,32%
TOSCANA	6,39%	6,21%
VALLE D'AOSTA	6,18%	6,20%
VENETO	6,11%	5,95%
E. ROMAGNA	5,69%	5,61%
P.A. BOLZANO	5,25%	5,04%
ITALIA	7,25%	7,16%

Fonte: Osservatorio Civico sul Federalismo in Sanità su rielaborazione dati AIFA, 2020.

Più in generale, nel biennio 2018-2019, la maggior parte delle restanti Regioni registra un decremento della spesa farmaceutica convenzionata, ad eccezione di **Lombardia** (+0,06), **Basilicata** (0,02%), **Sicilia** (0,08%), **Molise** (0,02%) e **Valle d'Aosta** (0,02%). Ma se nel 2019 per la farmaceutica convenzionata si è registrato un avanzo positivo rispetto al tetto programmato di **913,17 milioni** di euro, medesima cosa non è possibile affermare per il **tetto di spesa per acquisti diretti** la cui misura nazionale non riesce ad essere rispettata da nessuna Regione (Tab. 20).

Tabella 20 – Confronto spesa farmaceutica per gli acquisti diretti - anno 2018 – 2019

	Anno 2018	Anno 2019
Regione	Inc. % su FSN	Inc. % su FSN
SARDEGNA	10,94%	10,93%
PUGLIA	10,69%	10,44%
UMBRIA	10,25%	10,53%
FRIULI V. G.	10,19%	10,78%
CALABRIA	10,16%	10,18%

BASILICATA	10,05%	10,45%
ABRUZZO	9,96%	10,56%
MARCHE	9,88%	10,12%
E. ROMAGNA	9,61%	9,71%
CAMPANIA	9,42%	10,09%
TOSCANA	9,39%	9,48%
LIGURIA	9,32%	9,29%
LAZIO	9,01%	9,03%
MOLISE	8,95%	9,96%
P. A. BOLZANO	8,67%	9,24%
SICILIA	8,49%	8,64%
PIEMONTE	8,34%	8,69%
P. A. TRENTO	7,81%	8,05%
VENETO	7,80%	8,30%
VALLE D'AOSTA	7,16%	7,36%
LOMBARDIA	7,15%	7,41%
ITALIA	8,84%	9,07%

Fonte: Osservatorio Civico sul Federalismo in Sanità su rielaborazione dati AIFA, 2020.

Il dato generale è estremamente significativo: il tetto fissato al 6,69% **risulta oltremodo insufficiente** ed è indice di una spesa farmaceutica oggettivamente fuori controllo. Nemmeno l'istituzione dei Fondi per i farmaci innovativi che avrebbe dovuto, in qualche misura, ridurre l'impennata del tetto degli acquisti diretti ha prodotto i risultati sperati. Ciò implica una revisione dei **tetti di spesa** per la farmaceutica tale da essere orientata a garantire l'accesso equo e tempestivo alle terapie per i cittadini, a rimettere in equilibrio il bilancio della spesa, abbattendo, una volta per tutte, il fenomeno dello sfioramento del tetto per gli acquisti diretti.

5.3.1 Cenni sul Payback

Tra le diverse misure introdotte per arginare la spesa sanitaria pubblica, il **meccanismo del payback** si è trasformato da misura provvisoria per ripianare il sottofinanziamento della spesa farmaceutica, a modalità di finanziamento della spesa stessa. Il payback pone, infatti, a carico delle aziende farmaceutiche una quota della spesa farmaceutica corrispondente allo scostamento dai tetti di spesa stabiliti a inizio anno⁹⁸.

Nonostante ciò, non solo con il payback non si è riusciti a ridurre lo sfioramento del tetto degli acquisti diretti (spesa ospedaliera), ma ad un certo punto, le aziende farmaceutiche hanno interrotto il pagamento dello stesso alle Regioni, ricorrendo, in molti casi al TAR⁹⁹, dato che la quota da restituire, lasciava intendere il rischio di un default del settore farmaceutico e diverse erano le dissonanze sulle procedure amministrative.

⁹⁸ Le aziende farmaceutiche sono chiamate a ripianare **per intero** l'eccedenza della spesa territoriale e per il **50%** quella dell'ospedaliera.

⁹⁹ Cfr. per ulteriori approfondimenti "Quotidiano Sanità", 2019 in: https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=70125

A fine 2018, grazie all'**accordo tra Regioni e Farmindustria**, si chiudono i contenziosi amministrativi sul **payback** (2013-2017) e, con il versamento di circa **2.378 milioni di euro**, le Regioni possono finalmente contare su un "tesoretto" fino ad allora non incassato.

Il **payback** del 2018 ammonta a **1074 milioni di euro** a carico delle aziende (50%) e 1074 milioni di euro a carico delle Regioni; quello del 2019 è pari a **1319,5 milioni** di euro a carico delle aziende e 1319,5 milioni di euro a carico delle Regioni.

Fermo restando che dal 2019 il *payback* per singola azienda presenterà una procedura semplificata, preoccupa lo stallo "economico" generato in questi anni dalla "messa a sistema" di tale procedura: un servizio sanitario nazionale, alimentato da risorse pubbliche, stride con misure di governance che rendono estremamente protagonista "il settore privato". Verrebbe da chiedersi, ad esempio, quanto il diritto alla salute possa essere condizionato, nel caso in cui un'azienda farmaceutica dovesse fallire o se questa decidesse di avviare un nuovo ricorso amministrativo.

5.4 ç'impatto del Covid-19

5.4.1 Uso farmaci durante covid-19

L'AIFA offre un rigoroso contributo di conoscenza sull'uso dei farmaci durante l'epidemia Covid-19¹⁰⁰. L'analisi si concentra su 3 principali sezioni, confrontando due finestre temporali denominate "pre-covid" e "post-covid"¹⁰¹.

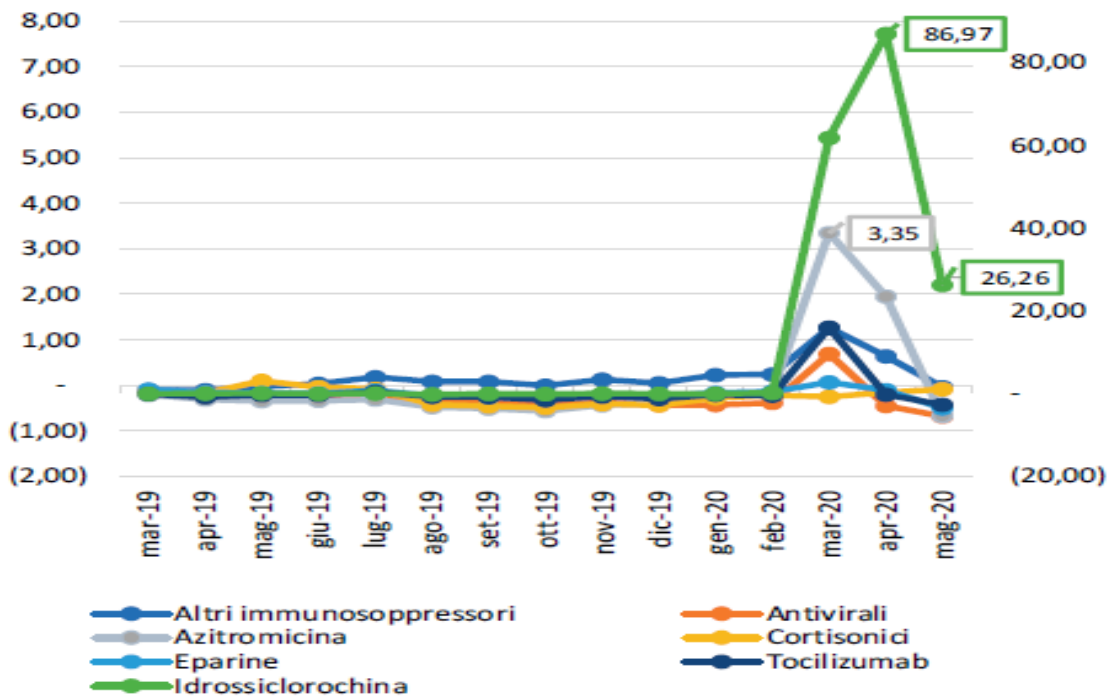
Per i "*Farmaci nel canale degli acquisti diretti*" **idrossiclorochina e azitromicina** risultano essere, nel periodo considerato, i principi attivi maggiormente utilizzati. L'incremento interessa anche il **darunavir/cobicistat**, il **lopinavir/ritonavir**¹⁰², il **tocilizumab** e il **sarilumab** anche se in questi ultimi casi, il dato non è statisticamente rilevante. A livello temporale (Fig. 9), il **tocilizumab**, **gli antivirali e gli antibiotici** registrano un consumo repentino, mentre l'**idrossiclorochina**, raggiunge l'apice tra aprile e maggio 2020.

¹⁰⁰ Cfr. AIFA (2020) *Rapporto sull'uso dei farmaci durante l'epidemia Covid-19*.

¹⁰¹ Pre-covid (dic. 2019 – feb. 2020) e Post-covid (mar.2020 – mag.2020).

¹⁰² Il remdesivir è nato come cura contro l'ebola, la clorochina e l'idrossiclorochina sono farmaci per il trattamento della malaria mentre il ritonavir/lopinavir sono stati sviluppati contro l'HIV. Per i "*Farmaci utilizzabili per il trattamento del COVID-19 e/o associati a studi sperimentali*" si rimanda alla lettura di "Raccomandazione civica sulla Governance Farmaceutica – Focus sulla Gare di Acquisto", Cittadinanzattiva (2020).

Figura 9 - Categorie farmaci utilizzati per il covid-19



Fonte: AIFA, *Rapporto sull'uso dei farmaci durante l'epidemia Covid-19, 2020*.

Emilia Romagna, Lombardia e Veneto sono le regioni che hanno registrato la maggiore variazione “pre e post covid-19” nel consumo di **azitromicina**; il Piemonte spicca invece per il consumo di **antivirali**.

Nelle regioni più impattate dal COVID-19 e sempre in regime ospedaliero, si segnala un incremento statisticamente significativo di **ossigeno, anestetici generali, sedativi e curari iniettivi, inotropi iniettivi, acido ascorbico iniettivo e antidoti iniettivi aspecifici**, di prevalente uso nelle terapie intensive.

Per i “*Farmaci nel canale della territoriale*” (erogazione in farmacia pubblica e privata), l’accento dell’analisi è posto sulle categorie di farmaci rivolti a pazienti con cronicità e multi-morbilità (Tab.21).

Una riduzione dei consumi si verifica nel mese di febbraio 2020, rispetto al mese precedente ma nel marzo 2020, si riscontra un considerevole incremento. La spiegazione è verosimilmente da rintracciare nel fatto che all’inizio del *lockdown*, il medico prescrittore ha ritenuto utile far approvvigionare i pazienti, in vista di potenziali problemi.

Nell’aprile successivo i valori dei consumi sono tornati nella media. A livello nazionale quindi, grazie anche alle misure attivate (*es. rinnovo PT, ricetta dematerializzata*) la continuità assistenziale è stata garantita.

Approfondendo, il confronto tra periodo “pre e post covid-19” l’aumento dei consumi è registrato per: **anticoagulanti, antipsicotici, antidiabetici e antiaggreganti piastrinici** mentre una riduzione interessa i farmaci per l’asma e BPCO e i farmaci per l’osteoporosi. Considerato inoltre il rischio di sviluppare disturbi della sfera psichica durante la pandemia, una interessante movimentazione di farmaci ha riguardato quelli attivi sul sistema nervoso.

Tabella 21 – Categorie utilizzate per le principali patologie croniche attraverso il canale della territoriale

Categoria	Periodo PRE COVID-19			Periodo POST COVID-19			Confronto		
	Confezioni x 10.000 ab die		media pre	Confezioni x 10.000 ab die		media post	delta assoluto pre-post (*)	delta relativo pre-post	p-value
	gen-20	feb-20		mar-20	apr-20				
Antidiabetici	26,90	25,85	26,37	29,98	23,79	26,88	0,51	1,93	0,686
Antiaggreganti	25,07	23,28	24,18	27,41	21,80	24,60	0,43	1,77	0,714
Ipolipemizzanti	39,11	36,94	38,03	42,37	34,28	38,33	0,30	0,78	0,773
Anticoagulanti	7,18	7,01	7,10	8,13	6,51	7,32	0,22	3,12	0,584
Antipsicotici	5,60	5,55	5,57	6,12	5,28	5,70	0,13	2,32	0,530
Antiipertensivi	148,93	140,43	144,68	159,85	129,63	144,74	0,06	0,04	0,837
Antidemenza	0,83	0,79	0,81	0,89	0,73	0,81	-0,00	-0,52	0,878
Anti-parkinson	3,78	3,63	3,71	4,06	3,28	3,67	-0,04	-0,95	0,924
Antiepilettici	8,81	8,60	8,71	9,41	7,77	8,59	-0,11	-1,31	0,953
Farmaci per la tiroide	9,46	8,95	9,20	10,13	8,04	9,09	-0,12	-1,27	0,958
Antidepressivi	18,00	16,92	17,46	18,78	15,70	17,24	-0,22	-1,27	0,957
Farmaci per l'osteoporosi	17,54	17,30	17,42	17,23	15,44	16,34	-1,08	-6,21	0,388
Asma e BPCO	16,83	16,76	16,79	16,11	11,71	13,91	-2,88	-17,18	0,172

(*) in ordine decrescente

Fonte: AIFA, Rapporto sull'uso dei farmaci durante l'epidemia Covid-19, 2020.

Per i “Farmaci nel canale degli acquisti privati in farmacia”, il report riferisce sia sui **farmaci di classe C** sia sull'**idrossiclorochina** che, pur essendo un farmaco in classe A, potrebbe essere erogato direttamente al paziente a proprio carico.

Nelle farmacie pubbliche o private l'approvvigionamento ha riguardato in modo significativo l'**idrossiclorochina**, **farmaci a base di acido ascorbico (vitamina C)**, **ansiolitici per uso non parenterale**. All'opposto si situano invece gli **antiinfiammatori non steroidei** e gli **antipiretici** (Tab. 22). È molto probabile che l'importante erogazione di alcuni farmaci sia da correlare alle notizie da parte dei media sulla possibile efficacia nel trattamento del covid-19 da parte di alcune sostanze¹⁰³.

¹⁰³ Se sull'idrossiclorochina nel periodo di riferimento sono stati avviati studi clinici per verificarne l'efficacia, diversamente è avvenuto per la vitamina C, tant'è che, come per la vitamina D, il Ministero della Salute ha specificato la mancanza di evidenze scientifiche a supporto di un loro impiego per il trattamento del COVID-19.

Tabella 22 – *Categorie di farmaci acquistati dalle farmacie pubbliche e private per acquisto privato tra il periodo pre e post COVID-19*

Categoria	Periodo PRE COVID-19				Periodo POST COVID-19				Confronto		
	Confezioni x 10.000 ab die			media	Confezioni x 10.000 ab die			media	delta assoluto	delta relativo	p-value
	dic-19	gen-20	feb-20	pre	mar-20	apr-20	mag-20	post	pre-post (*)	pre-post	
Ansiolitici	19,74	25,81	24,10	23,22	27,50	23,06	21,75	24,11	0,89	3,83	0,000
Idrossicloro-china	0,60	0,72	0,72	0,68	1,42	1,78	1,12	1,44	0,76	111,84	0,000
Vitamina D e analoghi	13,04	17,41	17,68	16,05	18,27	16,02	15,26	16,51	0,47	2,91	0,003
Acido ascorbico	0,11	0,14	0,23	0,16	0,59	0,04	0,02	0,21	0,05	34,12	0,001
FANS e antipiretici	0,10	0,15	0,16	0,14	0,13	0,05	0,05	0,08	-0,06	-42,67	0,000
Inibitori della fosfodiesterasi	2,62	3,09	2,67	2,79	1,92	1,37	1,96	1,75	-1,04	-37,38	0,000
Antipiretici	26,17	37,12	44,84	36,04	59,40	20,10	15,31	31,61	-4,44	-12,31	0,000
FANS	27,28	36,86	40,04	34,72	35,43	25,89	23,67	28,33	-6,39	-18,41	0,000

(*) in ordine decrescente di delta assoluto

Fonte: AIFA, Rapporto sull'uso dei farmaci durante l'epidemia Covid-19, 2020.

Infine tra gli antipiretici, il **paracetamolo** risulta essere in tutte le regioni il principio attivo di maggiore movimentazione da parte delle farmacie nel periodo compreso tra dicembre 2019 e maggio 2020, presentando un'impennata a marzo, in corrispondenza del picco dell'epidemia da covid-19.

5.4.2 Ricette dematerializzata e proroga della ricetta

Fin dall'inizio, l'emergenza sanitaria ha messo a rischio i pazienti con cronicità e multi-morbilità, 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 Governo¹⁰⁴. La norma inoltre prevede l'uso della ricetta dematerializzata, 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 paziente¹⁰⁵ e specialista, avrebbe prescritto il farmaco, senza utilizzare la ricetta rossa, come fino ad allora

¹⁰⁴ 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.

¹⁰⁵ In particolare per quelli in terapia con farmaci A/PHT ma che non hanno Piano Terapeutico.

fatto. Le modalità alternative di comunicazione individuate dalla norma sono sintetizzate nel seguente box (Box 13).

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 NRE¹⁰⁶ 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.

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.

¹⁰⁶ 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).

Tabella 23 – 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
<i>Le predette disposizioni si applicano anche ai farmaci distribuiti tramite gli esercizi farmaceutici convenzionati (art.8, comma 5 – Legge n°77/2020)</i>		

Fonte: Ministero della Salute, rielaborazione Cittadinanzattiva, 2020

Si suggerisce alle Regioni e alle Province Autonome di favorire la dispensazione dei suddetti farmaci attraverso il canale della distribuzione per conto (DPC), per il tramite delle farmacie aperte al pubblico (o di comunità). Questo al fine di garantire la prossimità dell'erogazione al cittadino e di rispettare le norme sul distanziamento sociale. Inoltre la medesima Legge ha **ulteriormente esteso al canale della DPC** anche quei farmaci che ordinariamente erano distribuiti direttamente dalle Aziende Sanitarie/Ospedaliere, nei casi previsti dall'art.8, lett. b) e c) della Legge n°405/2001.

5.4.3 Proroga dei Piani Terapeutici

La prescrivibilità e l'accesso ai farmaci, per i quali è previsto un **piano terapeutico (PT)**, interessa milioni di pazienti (cronici in particolare): la sola classe di farmaci per il diabete rappresenta la categoria terapeutica con il numero maggiore (29) di principi attivi, regolati da un PT¹⁰⁷. In generale, ad oggi, si contano **149 PT AIFA**, uno per ogni principio attivo; di questi, **80 PT** sono totalmente cartacei, **61 PT** sono cartacei ma inseriti su specifici moduli (*template AIFA con scheda dati del paziente, diagnosi e piano terapeutico del farmaco*) e **8 PT** sono web-based (*con dati caricati sulla piattaforma informatica di AIFA*).

Il Piano Terapeutico è una particolare prescrizione necessaria per alcuni farmaci, rivolta a un singolo paziente. Introdotto circa 25 anni fa, a seguito della ridefinizione della lista di quei medicinali ritenuti essenziali e quindi rimborsabili da parte del Servizio Sanitario Nazionale, consente dal **punto di vista regolatorio**, di limitare la rimborsabilità di questi farmaci alle sole condizioni cliniche supportate da evidenze scientifiche mentre da un **punto di vista clinico**, di garantire al paziente la continuità terapeutica Ospedale-Territorio, assicurando, al contempo, l'appropriatezza d'impiego dei farmaci, indirizzando le scelte terapeutiche del medico verso molecole più efficaci e sperimentate.

Allo scopo di tutelare i pazienti cronici, l'AIFA durante l'emergenza sanitaria, ha adottato specifiche misure regolatorie per estendere la validità dei piani terapeutici e dei registri di monitoraggio:

¹⁰⁷ Cfr. Martini N., "I Piani Terapeutici AIFA compiono 16 anni. Ecco perché è il momento di verificarli e aggiornarli" in: Quotidiano Sanità - http://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=85899 - ultimo accesso 6 agosto 2020.

1. La validità dei piani terapeutici (PT) compilati dagli specialisti e in scadenza tra marzo e aprile 2020 è stata estesa di 90 giorni;
2. La compilazione dei Registri di monitoraggio è stata prorogata di 90 giorni.

Le misure erano da considerarsi valide per il tempo strettamente necessario alla gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e si sono inserite nel quadro normativo più ampio del Decreto Rilancio convertito successivamente in **Legge n°77 del 17 luglio 2020**.

Cittadinanzattiva, in diverse occasioni e insieme ad Associazioni di pazienti, Ordini Professionali e Società Scientifiche, ha promosso **iniziative in tema di accesso equo e tempestivo ai farmaci**, tra le diverse, si ricorda:

1. [L'invito](#) alle Regioni, al fine di adottare un modello di prossimità omogeneo sia nella *distribuzione per conto*, sia nella consegna dei farmaci a domicilio. L'appello fu poco dopo raccolto da Federfarma.
2. [L'appello](#) al Ministro della Salute, Roberto Speranza, e ai vertici dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), perché venisse estesa la proroga dei piani terapeutici, fino al termine dello stato di emergenza.

Il 1° settembre 2020 l'AIFA per il restante periodo di emergenza, ha raccomandato di:

1. *ricorrere per quanto possibile, a modalità di monitoraggio e rinnovo del PT AIFA a distanza, anche attraverso l'acquisizione in formato elettronico di documentazione sanitaria, o consultazione telefonica del paziente, o del suo caregiver;*
2. *estendere la validità dei piani terapeutici AIFA, **eccezionalmente**, per i casi in cui, per criticità locali legate alla pandemia, non sia ancora possibile seguire i percorsi di ordinario monitoraggio delle terapie soggette a PT.*

Le norme collegate all'emergenza sanitaria, spinte probabilmente anche dalle iniziative di più soggetti del mondo civico e scientifico, hanno, in qualche modo, lasciato intravedere la possibilità di avviare un **processo più snello e in grado di risolvere situazioni** certamente non marginali per i pazienti.

Con il progressivo ritorno alla "normalità", sarebbe pertanto centrale vedere tali misure "messe a sistema", in piena sicurezza e a garanzia di una completa tutela delle persone.

5.5 Il FSE

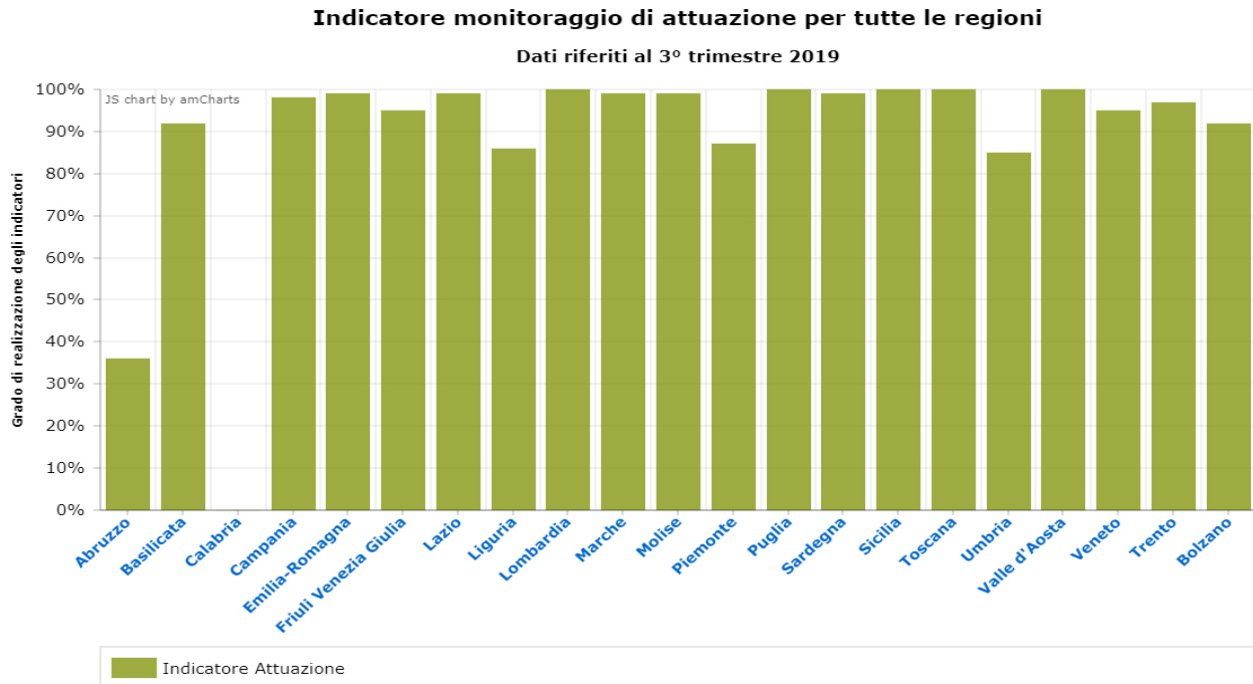
La governance sanitaria del periodo emergenziale è stata interessata da alcuni interventi strettamente collegati all'uso di tecnologie informatiche e di comunicazione. Il Decreto Rilancio ha semplificato le procedure per l'attivazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE) all'interno del quale, è previsto il **Dossier Farmaceutico**, una sezione specifica dedicata ai farmacisti. Attraverso l'utilizzo del FSE, il percorso di accesso al farmaco per il cittadino è fortemente ridimensionato: il medico prescrive la terapia online e inserisce la ricetta nel FSE del cittadino. Quest'ultimo, si rivolge al farmacista di fiducia che, una volta autorizzato dalla persona, procede alla consultazione del FSE e dispensa il farmaco prescritto. Si realizza dunque un sistema di

assistenza sicuro e agevole che senza alcun dubbio, migliora i processi di governance farmaceutica.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico è un pilastro della Sanità Digitale la cui architettura fu immaginata molto tempo prima della covid-19 ma che in termini di **abilitazione e utilizzo**, ancora ad oggi mostra marcate differenze regionali.

L'indicatore di **attuazione**¹⁰⁸ del FSE (Fig. 10) mostra come tutte le regioni, ad eccezione della **Calabria**, abbiano attuato il FSE. Solo l'**Abruzzo**, rispetto alle restanti, presenta una percentuale di attuazione inferiore (36%).

Figura 10



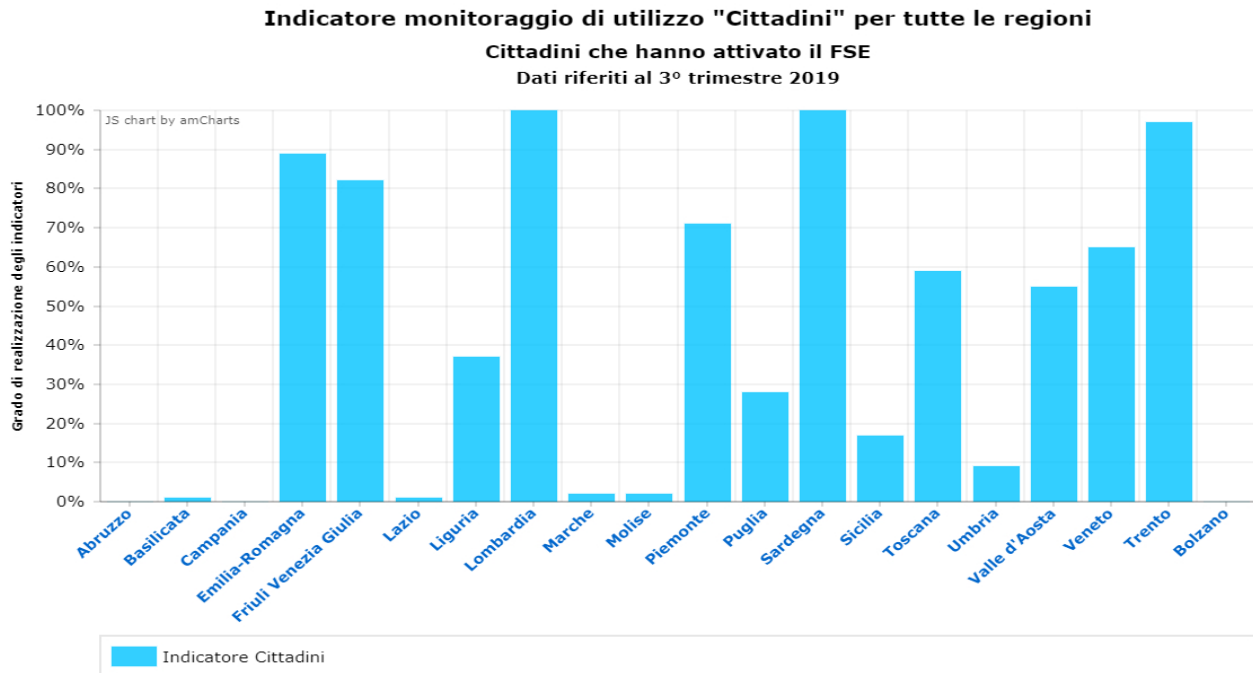
Fonte: Ministero della Salute, Fascicolo Sanitario Elettronico, 2020

¹⁰⁸ Cfr. Ministero della Salute, Fascicolo Sanitario Elettronico in: <https://www.fascicolosanitario.gov.it/monitoraggio>

Passando all'**indicatore di utilizzo** (Fig. 11), la situazione appare più complessa in termini di informazione, comunicazione e consapevolezza delle potenzialità dello strumento da parte dei cittadini. Ad esempio, quelli di Basilicata, Campania, Lazio, Marche, Molise si situano in una fascia di utilizzo compresa tra lo **0% e il 2%**. Non va meglio per l'**Umbria** (9%), **Sicilia** (17%), **Puglia** (28%) e **Liguria** (37%).

Di contro, molto positivi sono i risultati raggiunti da **Lombardia e Sardegna** (entrambe=100%), seguite subito dopo da **PA Trento** (97%), **Emilia Romagna** (89%), **Friuli Venezia Giulia** (82%).

Figura 11

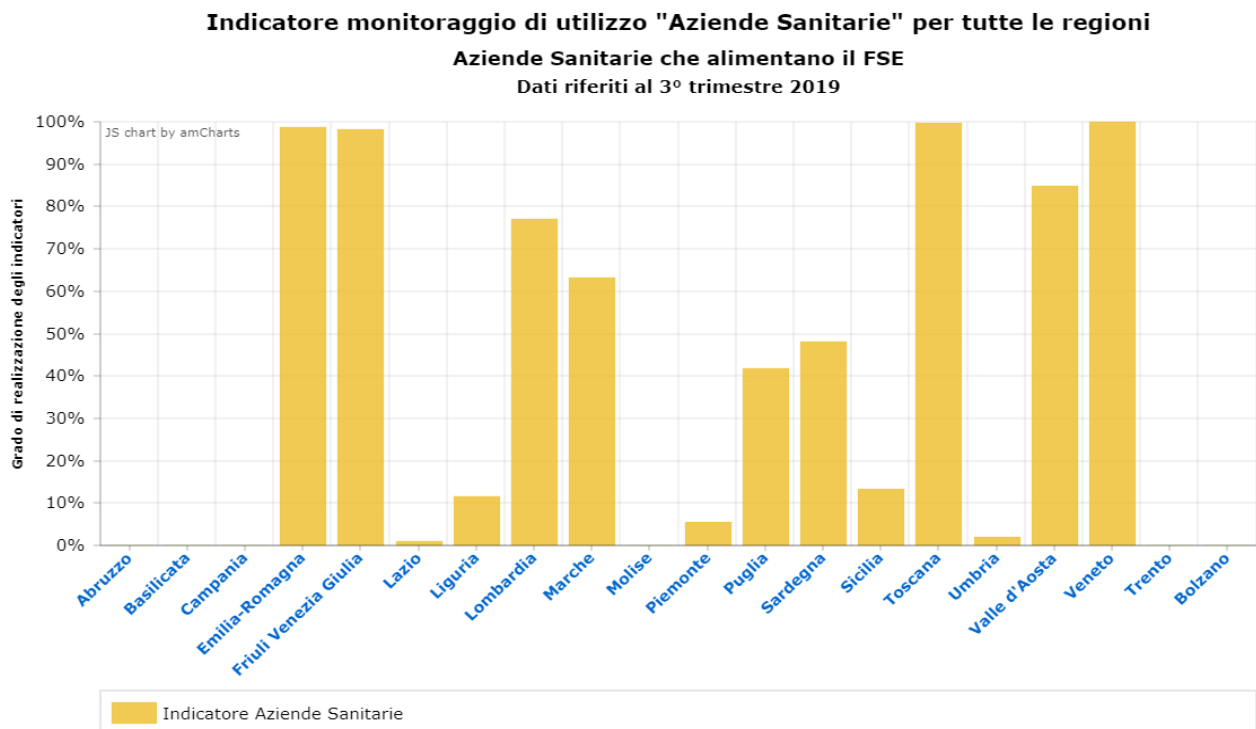


Fonte: Ministero della Salute, Fascicolo Sanitario Elettronico, 2020

Tali dati lasciano intendere come alla misurazione dello stato di **realizzazione (attuazione) del FSE** debba necessariamente fare seguito un'analisi delle cause della mancata attivazione da parte del cittadino, la rimozione di tutti gli ostacoli relativi al grado di utilizzo e senza dubbio **iniziative mirate**, ancor più oggi e in virtù della semplificazione delle procedure avviata dalla Legge n°77/2020, secondo la quale, non sarà più necessario al cittadino richiedere l'apertura del FSE e scegliere quali dati di salute dovranno essere inclusi.

Venendo invece all'indicatore di **utilizzo delle Aziende Sanitarie che alimentano il FSE** (Fig.12) è interessante notare come solo l'**Emilia Romagna** (98,77%) e il **Friuli Venezia Giulia** (98,14%) siano le uniche ad alimentarlo e si può supporre che in queste regioni i dati dei cittadini siano consultabili da tutti i professionisti del servizio sanitario regionale. Medesima interpretazione può essere data però ad altre regioni: ad esempio, la **Toscana** presentava una percentuale di attivazione del FSE da parte dei cittadini pari al 59% ma tutti questi, possono contare sul fatto che ogni azienda sanitaria (99,71%) del territorio alimenta lo strumento. Lo stesso vale per **Veneto** (99,92%), **Valle D'Aosta** (85%). Paradossalmente, la **Lombardia** che presentava un'attivazione completa de FSE da parte dei cittadini, vede solo il 77% delle aziende sanitarie coinvolte nell'alimentazione del fascicolo.

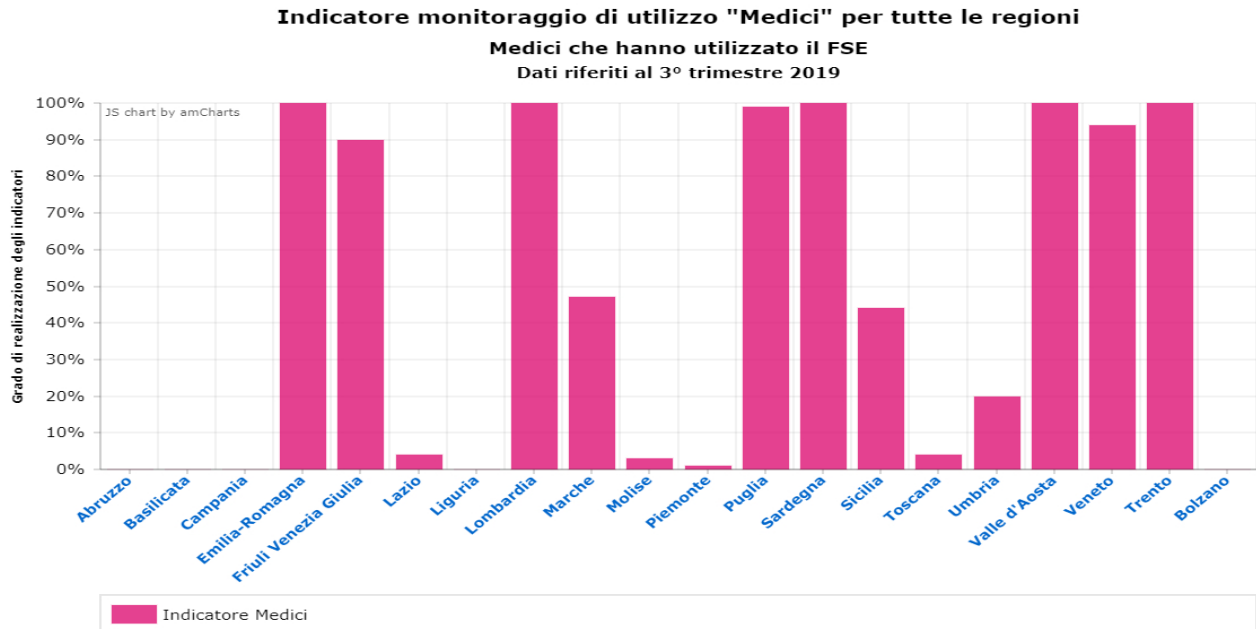
Figura 12



Fonte: Ministero della Salute, Fascicolo Sanitario Elettronico, 2020

Le informazioni relative all'uso del FSE da parte dei medici (Fig. 13), vede pienamente coinvolte (100%) **Emilia Romagna, Lombardia, Sardegna e Valle d'Aosta** seguite con una minima differenza percentuale da **Puglia (99%) e Veneto (94%) e Friuli Venezia Giulia (90%)**.

Figura 13

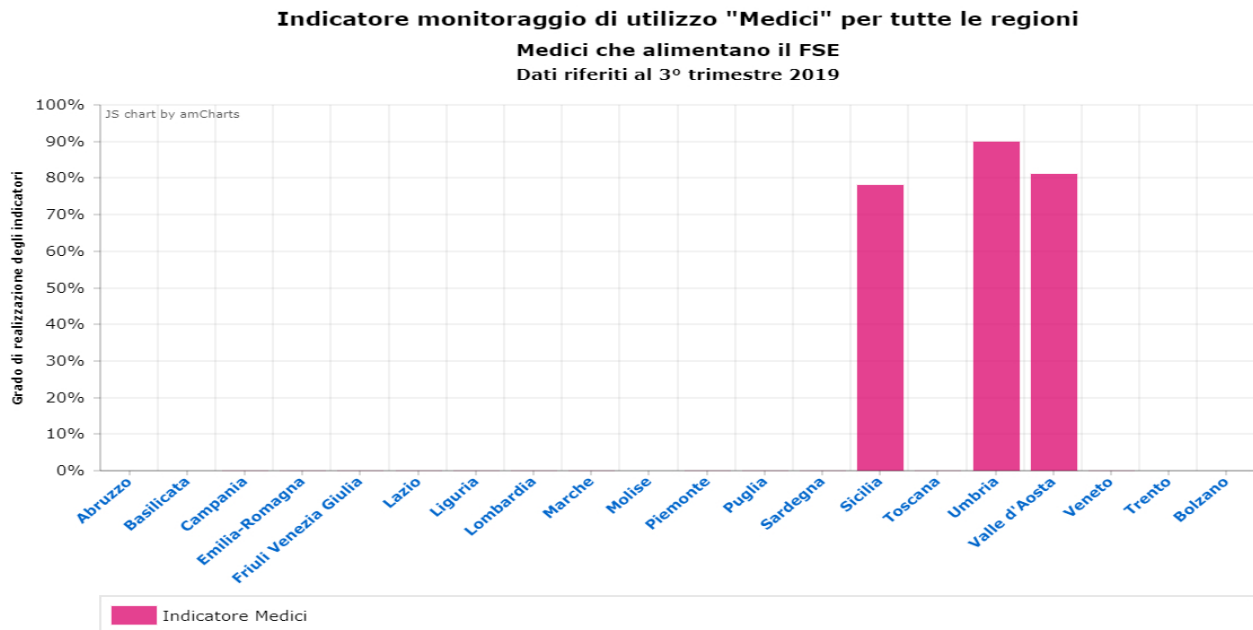


Fonte: Ministero della Salute, Fascicolo Sanitario Elettronico, 2020

In buona sostanza, gli indicatori considerati permettono fin qui di ipotizzare come ci sia un'eterogeneità di comportamento che non dipende solo dalla scelta di attivazione del FSE da parte del cittadino ma dalla volontà, disponibilità e capacità delle strutture sanitarie e dei singoli professionisti, di generare un flusso capace di viaggiare in "parallelo", ognuno per la propria parte di competenza.

Infine lascia perplessi il dato relativo all'indicatore "medici che alimentano il FSE" (Fig. 14) dal quale si evince come solo i professionisti di **Sicilia** (78%), **Umbria** (90%) e **Valle d'Aosta** (81%) procedano ad alimentare e dunque aggiornare tutte le informazioni dello strumento. Ciò potrebbe lasciar intendere che nelle altre regioni tale attività di alimentazione sia stata delegata ad altri operatori sanitari (autorizzati) o che, nonostante il FSE risulti attuato, questo non sia costantemente aggiornato.

Figura 14



Fonte: Ministero della Salute, Fascicolo Sanitario Elettronico, 2020

Ciò che è certo è che senza uno sforzo maggiore verso la concreta attuazione e utilizzo dello stesso, non sarà possibile attuare concretamente il **Dossier Farmaceutico** al fine di favorire qualità, monitoraggio, appropriatezza nella dispensazione dei medicinali nonché garantire una gestione sicura delle prescrizioni e una dispensazione agevole dei medicinali.

5.6 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 Liquidità¹⁰⁹ e successivamente dal Decreto Rilancio¹¹⁰ (Box 14).

Box 14 - 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,

¹⁰⁹ 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>

¹¹⁰ 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>.

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 terapia¹¹¹. Tali provvedimenti hanno quindi **favorito l'accesso alle cure** (Box 15), 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.

BOX 15 – L'accesso alle cure attraverso l'esperienza di HERHOME

Pur non nascendo per far fronte alla pandemia, HERHOME¹¹² si inserisce perfettamente in questo scenario. Il progetto è stato realizzato dall'Istituto Nazionale Tumori IRCCS Pascale di Napoli, con l'obiettivo di realizzare un percorso assistenziale altamente innovativo e rivoluzionario che garantisse al contempo qualità e sicurezza e un'esperienza di cura più confortevole e più umana per le pazienti e affrontare il momento difficile della malattia in un luogo più confortevole e senza affrontare spostamenti. Per la prima volta in Italia la terapia antitumorale sottocutanea fino a quel momento fatta solo in ospedale, è stata "veicolata" al domicilio della persona, con l'assistenza di un medico. Il programma ha riguardato circa 100 pazienti (donne) affette da carcinoma mammario Her2 positivo le quali, in piena sicurezza, hanno ricevuto il trattamento (trastuzumab) in formulazione sottocutanea, senza doversi sottoporre ai continui spostamenti verso la struttura ospedaliera. Il Pascale di Napoli è la prima struttura in Italia che ha avviato un simile percorso per il paziente oncologico; un'esperienza virtuosa, replicabile sul tutto il territorio italiano e che, oltre a favorire la prossimità, attraverso l'erogazione della terapia al domicilio, ha rappresentato uno strumento utile per ridurre la degenza e i tempi di somministrazione, favorendo una migliore organizzazione dei servizi sanitari e un miglioramento della qualità di vita delle pazienti.

Fonte: Osservatorio Civico sul Federalismo in Sanità su rielaborazione dati AIFA, 2020.

5.7 Valorizzazione della qualità di un farmaco

5.7.1 La qualità nelle gare di acquisto dei farmaci

La **qualità di una fornitura** può considerarsi l'aspetto più innovativo del nuovo Codice degli Appalti in quanto, diviene prioritario declinarla in tutti i suoi vari aspetti. La valutazione della qualità di una fornitura **si arricchisce**: al pregio tecnico di un prodotto (es. di un farmaco o di un dispositivo medico), alle sue caratteristiche estetiche e funzionali, all'accessibilità da parte dell'utente finale, si aggiunge l'interesse anche alla fase di commercializzazione del prodotto, alle sue caratteristiche ambientali ed innovative, alla sua reale efficacia, alla redditività e alla fruibilità di istruzioni da parte del destinatario¹¹³.

Il Codice degli Appalti contempla la possibilità di *valutare l'organizzazione, le qualifiche e l'esperienza dei fornitori, le loro procedure aziendali, il curriculum professionale dei singoli esecutori delle prestazioni oggetto d'appalto*¹¹⁴. Tra i criteri per l'aggiudicazione di una gara occupano una importanza cruciale il **servizio post-vendita e l'assistenza tecnica**.

¹¹¹ Cfr. Legge n°405/2001 in: <https://www.camera.it/parlam/leggi/01405l.htm>

¹¹² In memoria di Stefania Pisani di Associazione "Noi ci siamo" e in collaborazione con Roche.

¹¹³ SIFO, FARE, "Acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici alla luce del Nuovo Codice degli Appalti", Documento preliminare, 2016.

¹¹⁴ Ibidem

L'attenzione al concetto di qualità è estremamente rilevante nel D.lgs. 56/2017 precedentemente richiamato, e ove all'art. 60, comma 10-bis si legge: *“La stazione appaltante, al fine di assicurare l'effettiva individuazione del miglior rapporto qualità/prezzo, **valorizza gli elementi qualitativi dell'offerta** e individua criteri tali da garantire un confronto concorrenziale effettivo sui profili tecnici. A tal fine la stazione appaltante stabilisce un tetto massimo per il punteggio economico entro il limite del 30 per cento.”* In pratica, la soglia massima per il punteggio del prezzo è fissata al 30% mentre la soglia minima per il punteggio della qualità, al 70%.

Nella stesura del vecchio codice¹¹⁵, il **criterio del prezzo più basso** e quello dell'**offerta economicamente più vantaggiosa** erano sostanzialmente ritenuti equivalenti; con il nuovo Codice degli Appalti (correttivi compresi) (Tab. 24), il legislatore **assegna una netta preferenza al criterio di selezione basato sull'OEPV**, ponendo in posizione residuale il criterio del **prezzo più basso**.

Le ragioni di tale decisione risiedono nel fatto che il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa consentirebbe di **far prevalere la componente qualitativa** delle offerte (rispetto a quella economica), con conseguente miglioramento della qualità delle forniture e nella fattispecie, anche quella dei farmaci.

Tabella 24 - Principale novità del Codice degli appalti

D.lgs. n° 50/2016	Assegnata netta preferenza al criterio di selezione basato sull'OEPV (<i>il criterio del prezzo più basso è residuale tranne casi in deroga</i>)
D.lgs. n° 56/2017	Il criterio del minor prezzo non può avere un peso superiore al 30%

Fonte: Cittadinanzattiva, Raccomandazione civica sulla Governance del farmaco. Focus sulle gare d'acquisto dei farmaci, 2020

Nel 2019 tale orientamento è stato rimesso in discussione per ben due volte, in poco tempo:

1. nel decreto¹¹⁶ di aprile, per i **contratti di valore inferiore a € 221.000** si stabilisce che le Stazioni Appaltanti procedano sulla base del criterio del minor prezzo e nel caso di adozione del criterio dell'OEPV, queste, abbiano l'obbligo di motivazione. Altra importante modifica riguarda **l'eliminazione dell'obbligo del valore massimo del 30%** da attribuire al prezzo, permettendo così alle singole stazioni appaltanti di assegnare pesi diversi al prezzo e alla qualità;
2. nella legge di conversione¹¹⁷ la norma subisce ulteriori modifiche: **non è confermata l'abrogazione del limite del 30% del prezzo** (per l'OEPV resta invariato il rigido rapporto 30% su 70%) e si prevede che le Stazioni Appaltanti procedano all'aggiudicazione dei contratti sotto-soglia, sulla base del criterio del minor prezzo ovvero sulla base del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa. **Nulla quindi impedisce** alle Stazioni Appaltanti *di utilizzare il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, negli affidamenti sotto-soglia* in quanto non è più necessario fornire alcuna motivazione.

Nella stessa legge è inserita una nuova tipologia di contratto che prevede esclusivamente l'utilizzo dell'OEPV¹¹⁸, in caso di servizi e forniture di **importo pario superiore a € 40.000** e caratterizzati da notevole **contenuto tecnologico o innovativo**.

¹¹⁵ Cfr. D.Lgs. n°163/2006, art. 81.

¹¹⁶ Cfr. D. L. n°32/2019.

¹¹⁷ Cfr. Legge n° 55/2019

¹¹⁸ Si precisa che il ricorso al criterio dell'OEPV era già previsto per i farmaci biologici nella Legge n°232/2016.

Il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (OEPV) valorizza indiscutibilmente il concetto di qualità poiché permette:

1. di conferire maggiore importanza al profilo tecnico-qualitativo rispetto a quello economico;
2. di non aggiudicare la gara solo perché l'offerta è estremamente conveniente sotto il profilo economico e in misura minore, sotto il profilo tecnico-qualitativo;
3. di non prendere in considerazione le offerte che non rispondono ad un livello minimo tecnico-qualitativo (una sorta di asticella sotto la quale non scendere ma che deve essere fissata dalla stazione appaltante)
4. di inserire la qualità dell'offerente tra i criteri di aggiudicazione.

A distanza di anni dall'entrata in vigore del Codice degli Appalti, l'aggiudicazione della gara, secondo il criterio della qualità e dell'offerta economicamente più vantaggiosa (OEPV), ha registrato risultati degni di nota (Box 16) ma senza dubbio migliorabili dal momento che **l'indicazione (70%) sui limiti della qualità** (in assenza di specifici parametri di riferimento per valutarla) **ha frenato, in alcuni casi, il percorso avviato dalla legge, nonostante l'ambizioso intento.**

Box 16 - Buona pratica di gara, secondo criterio OEPV - Regione Umbria

Umbria Salute ha indetto e concluso una procedura aperta con diversi lotti aggiudicati con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa e precisamente: *“Procedura aperta per l'affidamento della fornitura di Farmaci oncologici ad uso endovenoso e dei farmaci Biologici somatropina e trastuzumab alle aziende Sanitarie ed ospedaliere della regione Umbria” - Cod. Gara ANAC 7410762.* In precedenza anche ESTAR aveva utilizzato lo stesso criterio per la fornitura di immunoglobulina umana e somatropina. Dalla lettura del disciplinare è possibile osservare l'inserimento di *criteri di valutazione dell'offerta tecnica* (e relativi punteggi e sub-punteggi di valutazione) che richiamano, di fatto, ai parametri di qualità del un farmaco.

Fonte: Cittadinanzattiva, Raccomandazione civica sulla Governance del farmaco. Focus sulle gare d'acquisto dei farmaci, 2020

Ad incidere, molto probabilmente, e nonostante gli sforzi avviati, è l'assenza di una visione condivisa di **ciò che determina il reale valore di un prodotto (farmaco in particolare) sotto il profilo qualitativo.**

La determinazione della qualità all'interno di un capitolato, ha infatti una connotazione dinamica dovuta, ogni volta, alla *diversa tipologia di farmaco considerato e al suo contesto di utilizzo.* Inoltre, essendo rimasto invariato il rapporto 30% su 70% (prezzo/qualità), il criterio di aggiudicazione secondo l'OEPV riguarderà una limitata fetta di farmaci e cioè quelli per i quali la rilevanza degli aspetti qualitativi è **nettamente** preponderante¹¹⁹.

Oltre a ciò si tenga conto che nessuna stazione appaltante pagherà mai un prezzo elevato per un prodotto che possiede un profilo di qualità “ridondante” rispetto all'uso previsto e opererà, pertanto, per la formulazione di un capitolato e per un'aggiudicazione basata sull'utilizzo del criterio del prezzo più basso.

A fronte di ciò, diventa ancor più cogente, lavorare ulteriormente, con tutti gli attori del sistema, alla **declinazione di criteri valutativi per i farmaci, analizzando la qualità** su diversi piani, individuandone quindi **parametri condivisi**, attraverso i quali si potrà **dare seguito**

¹¹⁹ Nella fase di aggiudicazione, ad esempio, confrontando molecole identiche o biosimili, risulterà difficoltoso attribuire ad elementi qualitativi aggiuntivi o differenziali un “peso qualitativo” pari o superiore al 70%.

all'applicazione del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (OEPV), così come indicato dal legislatore nazionale e più recentemente dal Parlamento Europeo (Box 17).

Box 17 - Carenza di farmaci e ruolo chiave della qualità nelle gare di acquisto secondo l'UE¹²⁰

Recentemente, l'Unione Europea ha alzato l'interesse sul tema della **carenza di farmaci** e attraverso una risoluzione del suo Parlamento, ha approvato un testo che ne valuta le cause e suggerito alcune raccomandazioni per fare fronte al problema.

Tra le cause della carenza di farmaci, il Parlamento rintraccia:

1. La delocalizzazione della produzione dei farmaci;
il 40% dei farmaci finiti, commercializzati in Europa, è prodotta nella maggior parte dei casi in Paesi extra-europei quali Cina e India.
2. La massificazione della domanda e la pressione sui prezzi;
queste ultime considerate come una conseguenza della crisi finanziaria del 2009 che ha costretto i paesi europei ad adottare misure di contenimento della spesa farmaceutica non certo prive di conseguenze negative come la diminuzione degli operatori economici del settore e l'assenza di soluzioni capaci di rispondere alla necessità di approvvigionamento¹²¹, in caso di difficoltà da parte dei produttori.

Tra le raccomandazioni, pertanto, il Parlamento Europeo ha posto l'accento sull'urgenza di assicurare l'approvvigionamento dei farmaci, segnalando la necessità di **estendere nelle forniture l'utilizzo dei criteri qualitativi** e di fatto di utilizzare nelle gare d'appalto relative alla fornitura di medicinali, il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (OEPV).

Tale indicazione è estremamente in linea con quanto riportato nel progetto SIFO-FARE sull'acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici e di cui si avrà modo di parlare nei successivi paragrafi.

Inoltre, per ridurre ulteriormente il ricorso al solo criterio del prezzo più basso, contenere il rischio correlato a gare d'appalto con un solo aggiudicatario e/o un solo sito di produzione, sono stati presi a riferimento anche i seguenti punti:

- gli investimenti realizzati per la produzione di principi attivi e medicinali finiti nell'Unione Europea;
- il numero e l'ubicazione dei siti di produzione;
- l'affidabilità della produzione;
- il reinvestimento dei profitti nella ricerca e sviluppo (R&D)
- l'applicazione di norme sociali, ambientali, etiche e di qualità.

Infine, all'interno di tale orientamento, il Parlamento Europeo si è spinto oltre, prevedendo l'ipotesi di un quadro legislativo tale da consentire ai sistemi sanitari di organizzare gare d'appalto che premiano le case farmaceutiche che garantiscono la fornitura di farmaci in circostanze difficili.

Un aspetto di cruciale importanza se solo si pensa che in piena emergenza sanitaria da Covid-19, alcuni fornitori hanno limitato al massimo le situazioni di temporanea mancanza del farmaco, senza mai arrivare a fenomeni di carenza.

¹²⁰ Cfr. Amoroso C., Bartolini F., "Penuria di farmaci: il Parlamento UE esorta a valorizzare alcuni elementi qualitativi nelle gare di appalto" in Policy e Procurement Health Care (PPH), 2020 - <https://www.pphc.it/penuria-di-farmaci-il-parlamento-ue-esorta-a-valorizzare-alcuni-elementi-qualitativi-nelle-gare-di-appalto/>

¹²¹ Ibidem, l'approvvigionamento è definito *elemento essenziale nella lotta contro la carenza di medicinali.*

Fonte: Cittadinanzattiva, Raccomandazione civica sulla Governance del farmaco. Focus sulle gare d'acquisto dei farmaci, 2020

Un'esperienza significativa sul tema delle gare, si rintraccia nel progetto SIFO e FARE denominato “*Acquisto dei farmaci e dei dispositivi medici alla luce del Nuovo Codice degli Appalti*”, il cui obiettivo, già a partire dal 2016, era quello di **fissare regole condivise sui principali contenuti delle procedure degli appalti**: dalla definizione dei fabbisogni all'esecuzione dei contratti, attraverso un contributo multistakeholder. Tra questi, oltre a farmacisti, provveditori ed altri esperti sul tema, vi è il coinvolgimento di CONSIP, Assogenerici, ANAC, Assobiomedica, Farindustria, Assobiotec e di Cittadinanzattiva che sottolinea come le procedure di acquisto non debbano *risultare sterili prassi burocratiche, ma...qualificare i Livelli Essenziali di Assistenza, garantendo equità di accesso alle cure*. **Tra i temi trattati**: la suddivisione in lotti, le procedure di gara, i criteri di selezione e di aggiudicazione dell'appalto, le fasi di esecuzione e aggiudicazione della gara.

I partecipanti al progetto concordano fin da subito sull'esigenza di **lavorare per declinare la qualità di una fornitura nei suoi vari aspetti**, riconoscendone al pari la complessità dell'impegno, in particolare in tema di farmaci. Per farlo sarà necessario individuare **un differenziale tra prodotti diversi** e una volta identificato questo, sarà *valutato, qualificato, misurato, pesato e inserito in un sistema di ponderazione*.

Con “**differenziale individuato**” può intendersi il principio attivo (qualità intrinseche del farmaco o modalità di produzione es. solida, liquida, granulare) o modalità di somministrazione con *device* che possono essere *compresi nella confezione del prodotto, ceduti in comodato d'uso o forniti in base alle richieste espresse nel capitolato di gara*. È possibile inoltre valutare la qualità in termini di **condizioni di fornitura**, con particolare riferimento a prodotti per pazienti cronici e domiciliari.

Per determinare il reale peso della qualità di un farmaco è necessaria inoltre una valutazione sia in termini di costo-efficacia per il Servizio Sanitario Nazionale, sia in termini di ricadute per il paziente (es. aderenza terapeutica, eventi avversi, rischi di manipolazione).

Di seguito si riporta la **scheda di qualità** (Tab. 25), punto di partenza del percorso SIFO-FARE con la quale si è tentato di sistematizzare le caratteristiche di farmaci (e dispositivi) *al fine di tradurle in parametri merceologici per la costruzione dei lotti, per la scelta delle procedure e dei capitolati di gara e, infine, per eventuali applicazioni di sistemi qualità/prezzo.*

Tabella 25 - Scheda SIFO-FARE per la valutazione dei prodotti

FARMACI CHIMICI	Non caratterizzati da alcun plus qualitativo e per i quali è previsto il criterio di aggiudicazione del prezzo più basso
	Caratterizzati da plus qualitativi significativi e accertabili, per i quali è previsto il criterio di aggiudicazione secondo offerta economicamente più vantaggiosa
FARMACI BIOLOGICI/ BIOTECNOLOGICI	Non caratterizzati da alcun plus qualitativo, per i quali è previsto il criterio di aggiudicazione del prezzo più basso
	Caratterizzati da plus qualitativi significativi e accertabili, per i quali è previsto il criterio di aggiudicazione secondo offerta economicamente più vantaggiosa
FARMACI con NECESSITÀ di ESTESA MANIPOLAZIONE	Non caratterizzati da alcun plus qualitativo, per i quali è previsto il criterio di aggiudicazione del prezzo più basso
	Caratterizzati da plus qualitativi significativi e accertabili, per i quali è previsto il criterio di aggiudicazione secondo offerta economicamente più vantaggiosa

Fonte: Cittadinanzattiva su rielaborazione del progetto SIFO e FARE, 2020.

A partire da ciò, il tavolo di lavoro SIFO-FARE ha poi individuato dei parametri, attraverso i quali può essere valutata la qualità sul piano:

1. Farmaceutico
2. **Farmacologico** (*requisiti di competenza della Commissione Terapeutica*)
3. Tossicologico
4. Regolatorio
5. Tecnologico (*legati ad apparecchiature e/o a dispositivi medici*)
6. Logistico
7. Servizi di assistenza post-vendita

Per ciascun parametro qualitativo (Tab. 26) si riportano, nella tabella seguente, gli aspetti principali che implicano una particolare ricaduta sui pazienti; per l'approfondimento, invece, si rimanda al documento di lavoro¹²².

Tabella 26 - Parametri qualitativi in sintesi

1	Farmaceutico	Forme farmaceutiche che favoriscono compliance del paziente; Caratteristiche funzionali (es. blister con gg. della settimana); Confezionamento diverso a seconda dei dosaggi; farmaci LASA (es. evitare rischi di errori per packaging simili); prodotto pronto all'uso (NO ricostituzione); Flacone con sistema protezione antirottura; assenza sostanze (es. glutine, lattosio); modalità conservazione (es. temperatura ambiente anziché frigo (2°-8°))
3	Tossicologico	Eventi avversi; dati registri AIFA; dati farmacovigilanza
4	Regolatorio	Indicazioni terapeutiche; rimborsabilità; tipologia di AIC (es. condizionata); altri strumenti regolatori di mercato (es. contrattualità)
5	Tecnologico	Device incorporato/non incorporato; Progettazione adeguata per tutti gli utenti; Sistema di verifica dell'aderenza terapeutica
6	Logistico	Condizioni di consegna (es. tempi, modalità); garanzia di fornitura (es. rottura di stock); trasporto in contenitori appositi (es. antiurto); approvvigionamento in sicurezza (es. contenitori separati); bolla informatizzata; procedura e organizzazione aziendale dei fornitori (es. valutazione dell'affidabilità dell'azienda); gestione dei resi
7	Servizi di assistenza post-vendita	Numero verde; sito internet; assistenza tecnica, formazione di personale e/o paziente; infermiere a domicilio per addestramento del paziente; impatto ambientale

Fonte: Cittadinanzattiva su rielaborazione del progetto SIFO e FARE, 2020.

Da quanto appena riportato, appare evidente come le politiche sull'acquisto dei farmaci, debbano avvalersi della partecipazione di più soggetti (portatori di interesse compresi) e di strumenti (possibilmente condivisi) in grado di **intercettare "valore"**, porre costante attenzione all'innovazione e sradicare anche modelli di processo prettamente amministrativi, basati troppo spesso sul rinnovo ripetitivo dei contratti in scadenza, spesso fonte di ricadute negative sull'assistenza sanitaria e sull'intero servizio sanitario nazionale.

5.7.2 Determinazione dei fabbisogni

La determinazione dei fabbisogni riveste un ruolo essenziale all'interno del processo degli acquisti. Per le varie tipologie di fabbisogno sono infatti necessarie **articolate previsioni**; la precisione è fondamentale in quanto la normativa impone il rispetto dell'importo messo a gara, permette un'accurata previsione della spesa da sostenere (bilancio aziendale), in particolar modo per i nuovi farmaci ad alto costo e, consente di conseguire tempestivamente contratti di fornitura per i farmaci, assicurando la loro messa a disposizione per l'assistenza.

Il fabbisogno di un farmaco deve essere determinato da un punto di vista **quali - quantitativo**: l'identificazione dei **fabbisogni qualitativi** avviene attraverso le commissioni terapeutiche che utilizzano, ad esempio, tecniche di Health Technology Assessment (HTA); altri strumenti possono essere le analisi costo/efficacia e costo/beneficio.

¹²² Cfr. SIFO, FARE (AA.VV.), "L'evoluzione del sistema di acquisto di farmaci e Dispositivi. Elementi di base e prospettive", Ed. Maya Idee, 2018

L'identificazione dei **fabbisogni quantitativi** dovrebbe invece essere determinata da un'attività congiunta tra commissione terapeutica e soggetti deputati ad elaborare i capitolati di gara. A supporto di tale collaborazione e avvalendosi di dati epidemiologici, può essere utilizzata la tecnica di budget impact, particolarmente indicata per i nuovi farmaci.

Una **programmazione puntuale** è pertanto possibile se è presente un Prontuario Terapeutico contenente anche i dati quantitativi e se è completa delle procedure di gara da parte della stazione appaltante; in caso contrario le forniture per i pazienti potrebbero non essere tempestive e potrebbero verificarsi situazioni emergenziali.

La mancata integrazione dei lavori tra Commissione Regionale e Stazione Appaltante ha determinato importanti **criticità** sotto il profilo dei risultati delle gare (es. qualità dei farmaci, tempistiche di fornitura) ma soprattutto sull'assistenza dei pazienti; tra le Regioni, permangono tra l'altro, differenze sulle modalità di aggiudicazione delle gare (es. durata della validità) sui prezzi e sulla disponibilità delle tipologie dei farmaci, sugli indirizzi prescrittivi regionali e anche sull'erogazione (es. farmaco aggiudicato soltanto per pazienti naive).

Attualmente i fabbisogni quantitativi sono invece calcolati mediante un'analisi dello storico: ciò non genera criticità quando, ad esempio, si parla di farmaci con "*bassa movimentazione e a basso costo*" ma la questione si complica per i **farmaci ad alto costo** (es. innovativi ed oncologici) che possono presentare una *movimentazione variabile e limitatamente prevedibile* e per i quali è necessario adottare strumenti diversi (es. sistemi di elaborazione statistica) che escano dalla logica del classico reperimento del dato storico. Si tenga conto infatti che nel momento in cui è disponibile un farmaco innovativo, il farmacista non dispone di un dato storico che permetta di effettuare una rigorosa stima dei consumi e di conseguenza degli acquisti.

Dal punto di vista civico, **il diritto all'innovazione, alla qualità, alla sicurezza e ad un trattamento personalizzato sono possibili solo attraverso una puntuale marcatura dei fabbisogni** che preveda il coinvolgimento di tutti gli operatori del settore e una valutazione a valle degli esiti, in grado di produrre evidenze sull'impatto globale dell'acquisto di farmaci.

A fronte di ciò, in linea con il documento di SIFO-FARE, citato in precedenza, e oltre alla piena collaborazione tra commissione terapeutica regionale e stazione appaltante, nel progettare una gara sarà opportuno:

1. Coinvolgere i medici prescrittori, informandoli sui costi delle terapie e concordando con loro preventivamente anche specifici indicatori di spesa e di appropriatezza;
2. Implementare sistemi informatici per il monitoraggio delle prescrizioni;
3. Condividere con i medici prescrittori criteri su come costruire il capitolato di gara e i lotti.
4. Informare i pazienti.

6. La cronicità in Italia

di Tiziana Nicoletti

La gestione della cronicità rappresenta una sfida importante per la sostenibilità del nostro Servizio Sanitario Nazionale a seguito del costante aumento delle malattie croniche in Italia. In base a quanto pubblicato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, quasi il **40%** della popolazione soffre di almeno una patologia cronica. Si tratta di **24 milioni di persone**, e circa la metà presenta multicronicità con incremento della spesa sanitaria.

Le patologie croniche più frequenti sono l'ipertensione, l'artrite/artrosi e le malattie allergiche, mentre la spesa sanitaria per la gestione della cronicità è stata nel 2017 di circa 67 miliardi di euro, e per il 2028 si stima che possa arrivare fino a 71 miliardi circa. (Tabella 1),

Tabella 1 spesa sanitaria gestione cronicità

PATOLOGIE	2017	2028	2038
Persone con almeno 1 patologia cronica	24.040	25.233	25.589
Persone con almeno 2 patologie croniche	12.578	13.907	14.673
Iipertensione	10.702	11.846	12.523
Artrosi/artrite	9.723	10.803	11.506
Malattie allergiche	6.428	6.313	5.940
Osteoporosi	4.772	5.279	5.757
Bronchite cronica	3.553	3.731	3.856
Diabete	3.411	3.634	3.908
Disturbi nervosi	2.732	2.925	2.978
Malattie cardiache	2.499	2.689	2.926
Ulcera gastrica o duodenale	1.435	1.586	1.611

Fonte: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, 2019

Per quanto riguarda le fasce della popolazione, nel **2028**, tra la popolazione della classe di età 45-74 anni, gli ipertesi saranno 7 milioni, quelli affetti da artrosi/artrite 6 milioni, i malati di osteoporosi 2,6 milioni, i malati di diabete circa 2 milioni e i malati di cuore più di 1 milione. Inoltre, tra gli italiani ultra 75enni 4 milioni saranno affetti da ipertensione o artrosi/artrite, 2,5 milioni da osteoporosi, 1,5 milioni da diabete e 1,3 milioni da patologie cardiache.

L'aumento della prevalenza di malati cronici è un fenomeno le cui cause sono da ricondurre a una molteplicità di fattori a partire dal trend demografico di invecchiamento della popolazione, collegato all'aumento della sopravvivenza e al miglioramento delle condizioni economico-sociali, stili di vita, ambiente, alla possibilità di impiego di nuove terapie ma anche all'andamento del mercato del lavoro e ai provvedimenti sui sistemi pensionistici.

Il problema della cronicità rappresenta una sfida molto importante per il futuro di tutte le popolazioni mondiali poiché, come dice l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), le malattie croniche sono *“problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni”* e richiederanno l'impegno di circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale.

Questa dimensione della cronicità mette a rischio il sistema di tutela statale ed universalistico del nostro Paese che, senza adeguati interventi, non può sostenere il nuovo bisogno di salute della popolazione. La direzione verso cui si dovrebbe tendere passa, inevitabilmente, dal potenziamento dei servizi extra ospedalieri ed è legato alle risorse messe a disposizione per tale obiettivo.

Per rispondere al meglio a questo inevitabile cambiamento è importante tenere in considerazione che gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati al miglioramento della qualità della vita e dello stato funzionale e alla prevenzione della disabilità e mettere in campo tutte le azioni utili per tendere alla riduzione del peso di tale condizione clinica sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale e, di conseguenza, dovrebbe consentire un miglioramento della qualità di vita. Per raggiungere tali obiettivi risulta essenziale definire nuovi percorsi assistenziali in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità e garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi socio-sanitari.

Per rispondere a questa nuova esigenza di salute il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha posto le basi per una appropriata ed equa gestione della cronicità, sviluppando il Piano Nazionale della Cronicità, approvato in Conferenza Stato-Regioni il 15 settembre 2016, e istituendo una apposita Cabina di Regia il cui compito è di monitorare l'attuazione di tale piano nelle diverse regioni che, dal canto loro, sono chiamate ad articolare appositi Piani Regionali della Cronicità. Sono passati oltre 4 anni dall'approvazione, ma gli obiettivi e le finalità continuano ad essere di stretta attualità in quanto l'impatto della cronicità sul sistema della salute pubblica è sempre più forte ed esigente e in progressiva sofferenza.

Se solo l'impianto previsto e delineato dal PNC fosse stato applicato e reso operativo su tutto il territorio nazionale, supportando maggiormente la medicina territoriale, sia in termini di risorse che in termini di organizzazione dei servizi, forse molte delle criticità legate principalmente alla impossibilità di accedere alle cure da parte dei malati cronici legate all'emergenza sanitaria che stiamo attraversando, potevano essere evitate dando anche maggiore respiro agli ospedali che devono focalizzarsi solo sui malati covid.

I malati cronici sono ben consapevoli che a causa loro condizione di fragilità sono maggiormente esposti al contagio e rispettano le indicazioni del Governo, ma sono allo stesso modo molto preoccupati del fatto che non poter effettuare le visite di controllo, gli esami, la riabilitazione e/o le terapie, comporta un rischio e un peggioramento della qualità della vita. La malattia non si ferma, noi ci possiamo ma lei va avanti inesorabilmente causando danni sia in termini di salute che in termini economici.

Un'adeguata gestione della cronicità necessita di un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale, multidisciplinare e multilivello che parte da un'analisi integrata dei bisogni globali del paziente fino alla costruzione condivisa di percorsi integrati, personalizzati e dinamici per una presa in carico pro-attiva ed empatica, non solo come risposta assistenziale all'emergere del bisogno ma con un "Patto di cura" con il paziente e i suoi Caregiver e familiari.

La prevenzione rimane un fattore imprescindibile verso cui si sono indirizzati in particolare i Piani Nazionali di Prevenzione e il Programma "Guadagnare Salute".

La sfida alla cronicità è una "sfida di sistema", che deve andare oltre i limiti delle diverse istituzioni, superare i confini tra servizi sanitari e sociali, promuovere l'integrazione tra differenti professionalità, attribuire una effettiva ed efficace "centralità" alla persona e al suo progetto di cura e di vita.

6.1 Piano Nazionale della cronicità: cosa prevede e cosa è stato fatto

Dopo l'approvazione in Conferenza Stato Regioni, il 15 settembre 2016, il Piano nazionale delle Cronicità ha iniziato il suo lento e travagliato percorso di applicazione nelle singole regioni. Ad oggi, a distanza di quasi quattro anni anche se con tempistiche decisamente differenti, solo la Basilicata non lo hanno ancora approvato. L'ultima regione a recepire il piano è il Friuli Venezia Giulia, 4 luglio 2020. La Lombardia ha un suo «Piano Regionale della Cronicità e Fragilità» e successivi provvedimenti attuativi e la Sardegna ha istituito un “gruppo di lavoro a supporto della realizzazione del piano ats Sardegna per la cronicità”.

Il PNC nasce dall'esigenza di armonizzare, a livello nazionale, le attività di gestione della cronicità, con l'intento di promuovere interventi basati sull'unitarietà di approccio, centrati sulla persona e orientati verso una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Il PNC, riconosce come pilastro portante il Sistema di Cure Primarie, individuando nel Medico di Medicina Generale (MMG) e nel Pediatra di Libera Scelta i protagonisti al centro della “rete di servizi sanitari” in grado di rispondere alla nuova domanda di salute della popolazione. Inoltre, il PNC individua nel Chronic Care Model Innovative, il modello organizzativo di elezione per rispondere a questa nuova sfida.

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 2018** 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.

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.

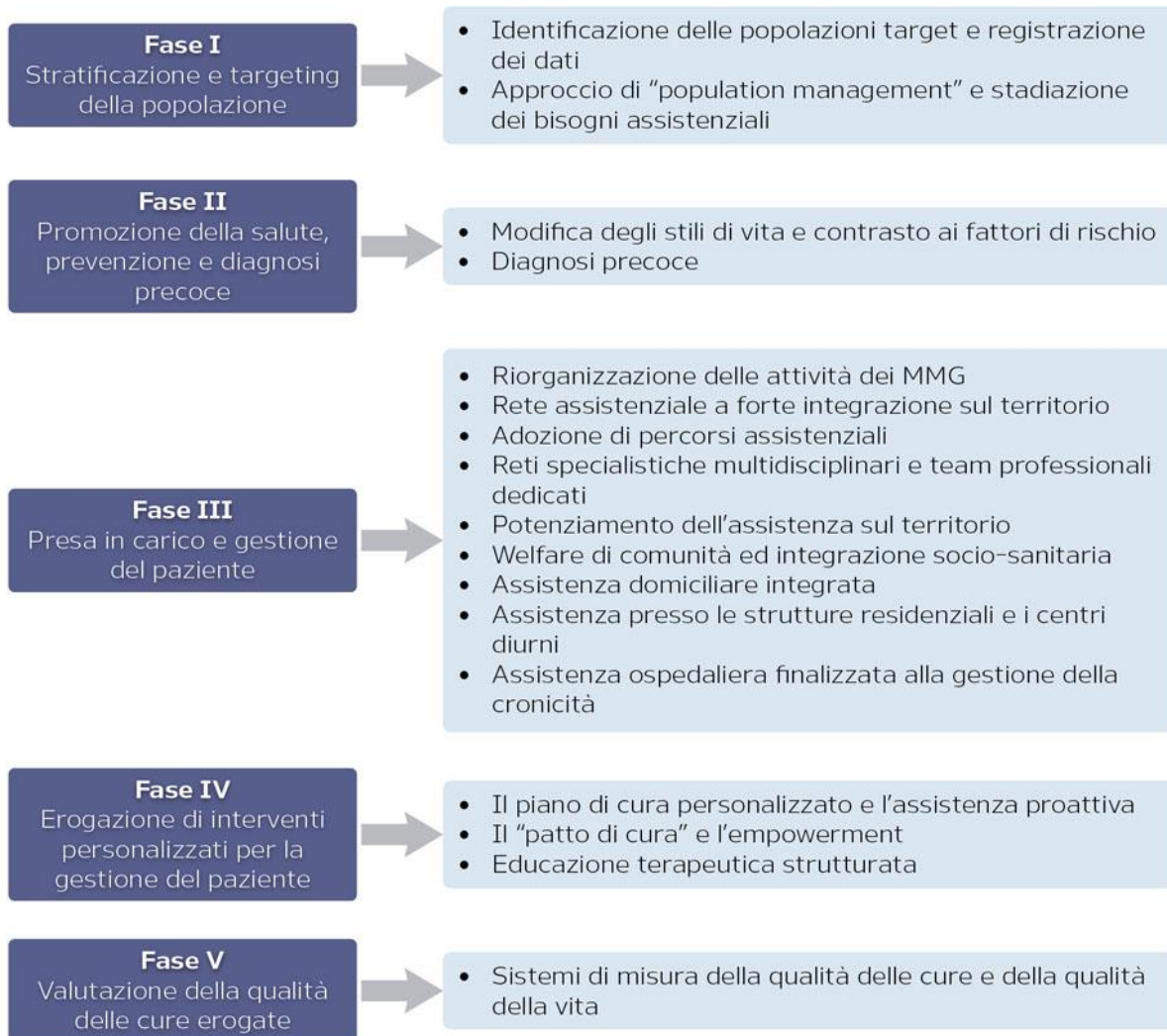
Il documento è **suddiviso in due parti**, la prima di carattere più generale e la seconda dedicata ad una serie di patologie con bisogni assistenziali specifici. Di seguito riporteremo alcuni temi selezionati dal PNC:

- **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. Appropriately 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.** “Preso 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**, a distanza di quattro anni dalla sua approvazione, non ha ancora recepito il Piano nazionale cronicità, finalizzato a migliorare l’assistenza alle persone con particolari patologie.
- **Calabria DCA n. 93 del 18 giugno 2019** “Recepimento Accordo Stato – Regioni e Province 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** recepitata 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”

6.2 La presa in carico del paziente cronico e fragile in Italia

La gestione dei pazienti cronici offre diversi spunti per riflessioni che riguardano l’ambito sanitario, così come quello sociale ed economico. Avere in carico per tanti anni un numero elevato di pazienti affetti da malattie croniche grava fortemente sul sistema 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. Non bisogna dimenticare tutte quelle patologie croniche (obesità e diabete, solo a titolo di esempio) in cui è fondamentale monitorare periodicamente i parametri vitali del paziente.

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. Il presente contributo offre una rassegna, senza alcuna pretesa di completezza, di alcuni modelli regionali già implementati, come quello Ligure e Lombardo, ed altri ancora sulla carta o in via di concreta applicazione. L'analisi è parziale, qualitativa, orientata alla messa a fuoco degli aspetti organizzativi, dedotti dalle Delibere approvate dalle Regioni, e del ruolo delle cure primarie, in particolare della Medicina Generale (MG), nella gestione della Presa in Carico (PiC) della cronicità.

6.3 Le regioni e la gestione della cronicità

Liguria

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.

Gli obiettivi generali erano:

- Diagnosi precoce delle malattie croniche e prevenzione complicanze,
- Ottimizzazione dell'accesso agli ambulatori specialistici
- Empowerment dei pazienti per favorirne la partecipazione attiva e l'educazione terapeutica

Alle Società Scientifiche della MG è affidata l'emanazione di Linee Guida regionali e l'aggiornamento degli indicatori dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali o PDTA la progettazione e realizzazione di eventi formativi

La partecipazione esclusiva della Medicina Generale si concretizza con la sottoscrizione di un accordo che assegna al MMG il ruolo di principale attore dell'operazione, primo referente e titolare della PiC; è previsto l'arruolamento graduale dei pazienti a partire dalla stagione autunnale con il seguente cronoprogramma: 2017 diabetici e bronco-pneumopatia-cronica-ostruttiva (BPCO), 2018 ipertesi e i nefropatici, 2019 malattie del connettivo e infiammatorie intestinali, 2020 asma, allergie e Morbo di Parkinson.

Nonostante l'iniziativa ligure di PiC della cronicità sia partita all'inizio del 2018 non sono ancora disponibili dati sull'adesione dei Medici di Medicina Generale e sull'arruolamento dei pazienti.

Lombardia¹²³

In Lombardia le persone affette da malattie croniche sono 3,5 milioni, pari a circa il 30% della popolazione, una proporzione relativamente contenuta ma destinata ad aumentare nei prossimi anni. L'adozione di percorsi di cura specifici per una corretta presa in carico dei cittadini affetti da queste patologie costituisce oggi un importante obiettivo per il Sistema Sanitario Lombardo.

Se un modello di servizio sanitario centrato sulla specializzazione dell'offerta di prestazioni si adatta facilmente al bisogno di salute dei pazienti con patologie acute (che richiedono interventi immediati ma non ricorrenti), lo stesso sistema poco risponde alle problematiche di gestione delle patologie croniche.

Rispetto all'approccio specialistico tradizionale che mette al centro la malattia, la gestione delle patologie croniche oggi richiede un approccio focalizzato sul malato e sulla valutazione globale e multidisciplinare dei suoi problemi. In questo modo il personale medico è in grado di valutare come diverse patologie interagiscono tra loro e di riconoscere elementi specifici o condizioni soggettive di vulnerabilità (sociale, familiare o economica) che possono aggravare i problemi di

¹²³ Sito della Regione Lombardia

salute. L'accompagnamento e l'assistenza continua del paziente nel percorso di cura giocano, in quest'ottica, un ruolo fondamentale.

Per questo tipo di pazienti diventa pertanto sostanziale l'accesso a percorsi clinici personalizzati, congruenti con la specifica malattia e le caratteristiche individuali al fine di garantire al malato e alla sua famiglia una migliore qualità della vita e prevenire l'insorgenza di complicanze o di disabilità. Per rispondere al bisogno di salute dei pazienti cronici, che per la gestione ottimale della patologia/delle patologie di cui soffrono devono sottoporsi regolarmente a controlli periodici, terapie farmacologiche ricorrenti, monitoraggio continuo dell'aderenza terapeutica, è stato attivato un percorso di presa in carico dedicato.

Con queste premesse, pertanto, in Lombardia ha preso avvio un nuovo percorso di presa in carico dei pazienti cronici e fragili e le politiche sanitarie e sociosanitarie ruotano attorno alle necessità della persona e della famiglia.

L'evoluzione del sistema sociosanitario lombardo

La L.R n. 23 dell'11 agosto 2015 ha definito i criteri in base attorno ai quali sviluppare nel Sistema Sanitario Lombardo, nuovi modelli di cura e assistenza capaci di rispondere pienamente e tempestivamente ai cambiamenti socio-demografici in atto nella società, pur tenendo fermi i principi fondamentali:

- della libertà di scelta del cittadino rispetto all'accesso alle cure;
- della separazione delle funzioni di programmazione e controllo da quelle di erogazione delle prestazioni;
- della parità tra strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate nell'erogazione delle prestazioni in regime di Servizio Sanitario Nazionale.

I mutamenti in atto hanno spinto pertanto il Sistema lombardo verso un ripensamento del modello sanitario:

- alla presa in carico globale e integrata della persona, anche attraverso una valutazione multidimensionale del suo bisogno di cura;
- allo sviluppo di forme di assistenza socio-sanitaria e sociale per l'accompagnamento delle persone nelle fasi di fragilità del ciclo di vita, con particolare riferimento all'età dell'invecchiamento.

La L.R. 23/2015 si è fondata sul principio che ben sintetizza lo spirito di questo cambiamento: passare "dalla cura al prendersi cura". La riorganizzazione del sistema, pertanto, si è basata sulla consapevolezza che l'aumento delle cronicità chiede di cambiare modi, tempi e processi nell'erogazione dei servizi per la salute.

6.4 Presa in carico dei pazienti cronici

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.

La delibera del Riordino della Rete d'Offerta ha stabilito i ruoli, le modalità, le risorse e le condizioni per la presa in carico dei pazienti cronici da parte di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private.

I due provvedimenti descrivono l'intero ciclo del nuovo modello di cura che Regione Lombardia ha disegnato per garantire alle persone in condizione di cronicità cure meglio rispondenti ai bisogni individuali di salute, al fine di semplificare al paziente la gestione della patologia, oltre che in ottica di sostenibilità generale del sistema.

In particolare, a partire dal 15 gennaio 2018, i cittadini con patologie croniche assistiti in Lombardia da almeno due anni, sono invitati ad aderire alla nuova opportunità dalla Agenzia di Tutela della Salute territorialmente competente con lettera individuale. Accettato l'invito, il cittadino sceglie il Gestore che prenderà in carico i suoi bisogni di salute e che con lui sottoscriverà un "Patto di Cura" di validità annuale. Successivamente, in base alle specifiche necessità cliniche, per ogni cittadino viene redatto il "Piano di Assistenza Individuale" (PAI), anch'esso di validità annuale, che contiene tutte le prescrizioni necessarie alla gestione delle patologie croniche da cui è affetto. Il medico gestore organizza tutti i servizi sanitari e sociosanitari per rispondere ai bisogni del paziente affetto da disturbo cronico, programmando interventi di cura specifici e prescrivendo le cure farmacologiche più appropriate. Il vantaggio per il paziente è quello di venire alleggerito dalla responsabilità di prenotare visite ed esami, tutte cose che potrebbe dimenticare di dover fare. Con questo modello, la Regione Lombardia si fa letteralmente carico dei problemi dell'altro, garantendo al cittadino affetto da patologie croniche un accesso alle cure e un'assistenza sanitaria e sociosanitaria continuativa. Le prestazioni necessarie alla gestione dei pazienti cronici sono associate ad un "set di riferimento" di prestazioni, illustrato nel Piano di Assistenza Individuale.

La presa in carico del paziente cronico si attua lungo due direttrici:

- Il superamento della frammentazione del percorso di cura, promuovendo un'integrazione operativa di tipo funzionale fra gli erogatori di servizi sanitari e sociosanitari;
- L'avvio di una nuova piattaforma organizzativa e tecnologica per la gestione delle cronicità, riconducibile agli approcci di Population health management, evoluzione della precedente sperimentazione CReG.

Il CReG è una modalità di classificazione delle malattie croniche alla quale corrisponde una modalità di remunerazione forfettaria della presa in carico del paziente affetto da una patologia cronica, seguendo la stessa filosofia dei DRG (Diagnostic Related Group).

Il funzionamento del CReG prevedeva la compilazione da parte dei Medici di Medicina Generale di un Piano di Assistenza Individuale (PAI) per ogni paziente soggetto al CReG. Dopo che il PAI era stato trasmesso in Regione ed inserito nello storico, per ogni classe CReG (in pratica per ogni raggruppamento di patologie croniche) veniva creato l'Elenco delle Prestazioni Attese (EPA) con lo scopo di poter approntare una migliore programmazione e di verificare l'aderenza al percorso terapeutico.

Il Population health management si pone l'obiettivo di mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche. Punta sul coinvolgimento e responsabilizzare gli assistiti, rafforzamento della governance distrettuale, riorientare il modello di cura attraverso la pro –

attività delle cure e creare un ambiente professionale favorevole allo sviluppo di una cultura organizzativa improntata alla condivisione.

I dati raccolti nella banca dati assistito (Bda), hanno permesso di stratificare la popolazione interessata nella sperimentazione in base ai consumi sanitari pregressi in tre livelli di intensità clinico-assistenziale:

- 1° livello di fragilità clinica con quattro o più patologie;
- 2° livello di cronicità polipatologica con due-tre patologie;
- 3° livello di cronicità in fase iniziale con una patologia.

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.

La Casa della Salute è il luogo privilegiato per la medicina di iniziativa e la presa in carico della cronicità. In particolare, l'ambulatorio per la gestione integrata della cronicità rappresenta il luogo e la modalità operativa in cui si realizza la presa in carico multidisciplinare. Nella quasi totalità degli ambulatori per la cronicità, laddove presenti, le attività hanno riguardato maggiormente: la chiamata attiva dei pazienti; il follow up delle persone in carico attraverso il monitoraggio dei parametri vitali e antropometrici, nonché della adesione al piano di cura e dell'adozione di corretti stili di vita; l'educazione terapeutica finalizzata all'empowerment e all'autogestione della patologia da parte del paziente e caregiver; e altro.

Le funzioni principali della Casa della Salute vi rientra la valutazione del bisogno, il più possibile integrata (sanitario e sociale), per identificare i bisogni delle persone nella loro complessità, ed orientare con maggiore efficacia i pazienti e i caregiver verso la risposta maggiormente appropriata: assistenza domiciliare, assistenza semi-/residenziale, inserimento lavorativo, e altre forme di risposta.

Le attività realizzate nella Casa della Salute sono articolate in aree integrate di intervento sulla base della intensità assistenziale:

- prevenzione e promozione della salute
- benessere riproduttivo, cure perinatali, infanzia e giovani generazioni
- popolazione con bisogni occasionali-episodici
- prevenzione e presa in carico della cronicità
- non autosufficienza
- rete cure palliative

In Emilia-Romagna la sanità territoriale, con le Case della salute calano accessi al Pronto soccorso (-25%) e ricoveri ospedalieri (-4,5%). Meno accessi in codice bianco al Pronto Soccorso e meno ricoveri ospedalieri per le patologie trattabili in ambulatorio. Più assistenza

domiciliare al paziente, sia infermieristica che medica. Le Case della salute fanno bene ai cittadini e al sistema sanitario regionale.

A rivelarlo, uno studio¹²⁴ dell’Agenzia sanitaria e sociale della Regione Emilia-Romagna che ha analizzato l’impatto di queste strutture sul territorio nel decennio 2009-2019. I risultati confermano dunque che il modello funziona.

Dove c’è una Casa della Salute si riducono del 16,1% gli accessi al Pronto soccorso per cause che non richiedono un intervento urgente, percentuale che sfiora il 25,7% quando il medico di medicina generale opera al loro interno. Contemporaneamente, calano (-2,4%) i ricoveri ospedalieri per le patologie che possono essere curate a livello ambulatoriale, come diabete, scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva, polmonite batterica. Anche in questo caso l’effetto è maggiore (-4,5%) se presente il medico di medicina generale. Non solo, perché nei territori serviti dalle Case della salute si è intensificata nel tempo (+9,5%) l’assistenza domiciliare al paziente, sia infermieristica che medica.

In termini assoluti le Case della salute hanno consentito, nella popolazione servita a livello regionale da queste strutture, di prevenire ogni anno mediamente circa 6.300 accessi in Pronto soccorso per motivi inappropriati e 250 ricoveri per condizioni sensibili al trattamento ambulatoriale; parallelamente, sono stati erogati 3.000 servizi di assistenza domiciliare in più.

L’indagine ha preso in esame le 88 strutture operative da almeno 9 mesi in Emilia-Romagna al 31 dicembre 2018 in comuni non capoluogo di provincia e 16 strutture in cinque città capoluogo: Parma, Reggio-Emilia, Bologna, Ferrara e Ravenna, dove la riduzione media degli accessi al Pronto soccorso per cause non urgenti è del 10,1%. Questi risultati ribadiscono, su un numero maggiore di Case della Salute e di territori, quanto già evidenziato fino al 2016 in un precedente studio dell’Agenzia, che non considerava però le città capoluogo. Tra i temi presi in esame anche quello della qualità percepita da parte degli utenti, attraverso un’indagine regionale - avviata a settembre 2018 in 7 Aziende sanitarie - per raccogliere le opinioni rispetto ad alcune caratteristiche delle Case della salute e dei Poliambulatori, come accessibilità, personale, ambienti e aspetti organizzativi. I risultati complessivi segnalano un alto grado di soddisfazione dei servizi ricevuti: il livello di soddisfazione oscilla infatti, a seconda degli aspetti valutati, dal 64 al 98%, con un’ottima valutazione di affidabilità/fiducia verso le Case della Salute (96,2%) e un’eccellente qualità percepita.

Le Case della salute attive in Emilia-Romagna sono 120 (erano 42 nel 2011), così suddivise in base alle Aziende sanitarie di riferimento: Ausl Romagna conta 36 Case della salute; Ausl Parma 22; Ausl Bologna 19; Ausl Imola 3; Ausl Modena 14; Ausl Reggio Emilia 11; Ausl Ferrara 7; Ausl Piacenza 8. Il bacino di utenza delle Case della Salute funzionanti è pari a circa 2.430.000 residenti, il 54% della popolazione totale regionale.

In Emilia-Romagna il percorso di realizzazione delle Case della Salute è stato avviato nel 2010, e fortemente potenziato negli anni. L’obiettivo era ed è quello di realizzare in modo omogeneo su tutto il territorio regionale strutture che possano essere un punto di riferimento certo per i cittadini, con servizi e assistenza di tipo sanitario e sociale. Con i concetti di “casa” e “salute” viene posta al centro la comunità, nelle sue varie forme: pazienti, caregiver, associazioni di

¹²⁴ <https://www.regione.emilia-romagna.it/notizie/2020/settembre/case-salute-dati>

pazienti e cittadini. Le Case della Salute sono, infatti, parte integrante dell'identità della collettività, luoghi di partecipazione e valorizzazione di tutte le risorse del territorio, a partire dalle Associazioni di volontariato che spesso hanno la propria sede al loro interno.

Nel 2016 la Giunta ha approvato le nuove indicazioni regionali sulle Case della salute, che individuano strumenti organizzativi e assistenziali per migliorare l'integrazione e il coordinamento tra servizi sanitari (ospedale-territorio) e sociali; rafforzare la presa in carico della persona secondo il modello della medicina d'iniziativa e promuovere percorsi di prevenzione e cura multidisciplinari con la partecipazione della comunità.

Con i concetti di "casa" e "salute" si intende porre al centro la comunità, nelle sue varie forme: pazienti, caregiver, associazioni di pazienti e cittadini. Le Case della salute, pertanto, sono parte integrante dell'identità della collettività, un luogo di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse del territorio: prova ne è il fatto che in più del 74% delle strutture attive vengono realizzate attività in collaborazione con le Associazioni di volontariato, che spesso hanno la propria sede nella Casa della salute stessa.

Sono circa 1.900 i medici di Medicina generale che operano nel territorio di riferimento delle Case della Salute, di cui oltre 500 a tempo pieno all'interno delle strutture. Per quanto riguarda i Pediatri di libera scelta, sono 260 a lavorare nel territorio di riferimento, di cui 90 all'interno delle Case della Salute. Queste strutture, inoltre, possono contare su circa 430 infermieri, 190 ostetriche, 60 assistenti sociali, a cui vanno aggiunti molti altri professionisti, come tecnici della riabilitazione, amministrativi, personale sanitario non medico e altro personale sanitario e tecnico. Le branche specialistiche prevalenti sono quelle previste nell'ambito dei percorsi assistenziali: cardiologia, oculistica, diabetologia.

Toscana

La riorganizzazione dei servizi territoriali in Toscana ha come fulcro uno specifico modello di sanità d'iniziativa, definito Expanded chronic care model (Eccm) e i sei fattori originari del modello (le risorse della comunità, l'organizzazione dei servizi sanitari, il supporto all'auto-cura, il sistema di erogazione dell'assistenza, il supporto alle decisioni, i sistemi informativi) sono considerati in una prospettiva che guarda non solo all'individuo ma anche alla comunità e producono come risultato l'informazione e l'attivazione sia dei pazienti come singoli, sia delle famiglie di appartenenza, al fine di renderli capaci di interagire consapevolmente e responsabilmente con il team assistenziale.

Tale modello, quindi, si fonda sull'interazione fra un paziente cronico esperto/informato e un team proattivo multiprofessionale, coordinato dal medico di medicina generale. All'interno di questo modello viene valorizzato il ruolo dell'infermiere professionale e dell'operatore socio-sanitario secondo i diversi stadi della patologia. Il team prende in carico sia gli aspetti strettamente clinici, sia quelli più generali di sanità pubblica, integrando l'aspetto sanitario con quello sociale.

La presa in carico dei pazienti cronici sul territorio è attuata grazie al ruolo centrale e complementare delle Aggregazioni funzionali territoriali (AFT). Si tratta di strutture fisiche, parte della riorganizzazione della medicina di base, in cui sviluppare il sistema di presa in carico proattiva e precoce dei malati cronici, finalizzata al rallentamento dell'evoluzione clinica e alla riduzione delle complicanze.

Il progetto parte, dunque, nel 2010 con la presa in carico di cinque patologie, per le quali vengono attivati i PDTA (Percorso diagnostico terapeutico assistenziale): diabete mellito tipo 2, scompenso cardiaco, BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva), pregresso ictus/TIA (Attacco ischemico transitorio), ipertensione arteriosa ed arriva negli anni a coinvolgere oltre il 59% degli assistiti.

Nel 2016, a seguito dei risultati dell'analisi dei dati di impatto e dell'avvenuta riorganizzazione della medicina generale, che ha comportato l'attivazione di 116 AFT (Aggregazioni funzionali territoriali), che coprono il 100% dei medici di famiglia, si chiude la fase sperimentale.

Le caratteristiche del nuovo modello di sanità d'iniziativa sono:

- personalizzazione del percorso;
- gestione proattiva del piano di cure;
- condivisione della presa in carico da parte di un team multidisciplinare;
- continuità assistenziale;
- focus sul processo di empowerment;
- "patto di cura" fra il team e il paziente;
- focus sulla prevenzione, sia primaria che secondaria.

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.

Veneto

Piuttosto innovativo anche il nuovo modello territoriale del 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 ridisegno della filiera di assistenza territoriale assegna un ruolo particolarmente rilevante alle cure domiciliari e alle strutture intermedie, al cui interno assume valenza strategica l'ospedale

di comunità, struttura caratterizzata da brevi ricoveri rivolto ai malati cronici che periodicamente necessitano di controlli o terapie particolari.

In questi percorsi di evoluzione dell'assistenza territoriale a livello regionale, l'ambito domiciliare risulta essere uno strumento fondamentale per la presa in carico dei pazienti cronici, spesso anziani e affetti da più patologie che acquisiscono gli aspetti di criticità cliniche e di fragilità sociali. Nonostante i tentativi descritti di implementare i servizi sanitari territoriali, spesso i pazienti non trovano fuori dall'ospedale risposte adeguate ai loro bisogni clinico-assistenziali ed è essenziale orientarsi una presa in carico del paziente a domicilio

Il modello di gestione della cronicità in Veneto si basa principalmente sul **distretto** come:

- responsabile dell'analisi e misurazione dei bisogni al fine di identificare i modelli organizzativi, le risorse e i luoghi di cura più appropriati per specifico livello assistenziale;
- responsabile della definizione ed attuazione dei percorsi assistenziali integrati per le principali patologie croniche e per l'assistenza alle persone fragili;
- gestore della cronicità complessa ed avanzata, attraverso lo sviluppo di competenze cliniche (sviluppo di alte professionalità) ed organizzative;
- facilitatore dei processi di integrazione tra i diversi nodi della rete dei servizi per assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione.

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 gestione della “cronicità semplice” viene garantita da Medicine di gruppo integrate, mentre la gestione della “cronicità complessa e avanzata” viene garantita team multi professionali che garantiscono che garantiscano il coordinamento dei diversi nodi della rete nell'attuazione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) condivisi dal team e dal paziente, coinvolgendo anche la rete ospedaliera quale parte integrante delle transizioni protette, con importante funzione consulenziale e di supporto alla domiciliarizzazione.

Il ridisegno della filiera di assistenza territoriale, quindi, assegna un ruolo particolarmente rilevante alle cure domiciliari e alle strutture intermedie, al cui interno assume valenza strategica l'ospedale di comunità, struttura caratterizzata da brevi ricoveri rivolto ai malati cronici che periodicamente necessitano di controlli o terapie particolari. Le risposte efficaci potrebbero essere: un utilizzo integrato dei dati centrati sulla persona, cure integrate e multiprofessionali, una reingegnerizzazione degli ospedali e dei suoi specialisti, un potenziamento delle cure intermedie, l'utilizzo dell'Health Information Technology per la medicina di iniziativa, la rimodulazione delle competenze professionali e una accurata pianificazione del futuro fabbisogno di risorse umane, per un obiettivo fondamentale: la gestione integrata del paziente cronico che assicuri un'assistenza funzionale e sostenibile nel servizio sanitario nazionale.

Il Veneto sta andando in questa direzione costruendo, sulla scorta di un'assistenza territoriale di livello, una proposta che mira a integrare le aziende ospedaliere e le aziende sanitarie con il territorio, utilizzando livelli di intensità assistenziali crescenti della cronicità. Dalle indicazioni

del “Piano nazionale della cronicità” si materializza un processo, che rappresenta la base del modello veneto: inizia dai big data, passa dalla segmentazione della popolazione a piani di cura personalizzati con valutazione degli esiti e termina con l’uso di Pdta integrati e a un sistema di stratificazione dell’intensità di cura basato sull’utente e non sulle patologie. La stratificazione comporta una misurazione individuale del rischio, una stima dei costi attesi, una partecipazione integrata di tutti gli erogatori di cura e assistenza territoriale, che parte dal ruolo fondamentale dei medici di medicina generale, del Distretto, degli infermieri del territorio e dei caregiver dei pazienti, talora con l’ausilio della tecnologia come la telemedicina e il teleconsulto.

Puglia

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.

Un primo progetto pilota è stato realizzato su pazienti con diabete, BPCO, scompenso cardiaco e ipertensione, con al centro la figura del Care Manager con funzione “pivotale” rispetto ai percorsi organizzativi del caso clinico. I Care Manager erano infermieri opportunamente formati che fornivano al paziente strumenti utili per l’autogestione della malattia e per l’aderenza al percorso clinico-assistenziale. Operavano in stretto contatto con il paziente e con il team di operatori sanitari territoriali (Medico di Medicina Generale, Specialista e Infermieri Professionali) per mettere a punto un piano di assistenza individuale e far fronte ai problemi identificati.

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 che dispongono da collaboratore di studio e infermiere professionale a cui vengono affidati una serie di compiti:

- valutare i bisogni di ciascun assistito e definizione del percorso individuale sulla base delle linee guida nazionale e internazionali;
- attuazione dei PDTA delle patologie croniche, con personalizzazione in rapporto ai Piani di Assistenza Individuale (PAI) dei pazienti affetti da ipertensione arteriosa, diabete mellito tipo II, BPCO e scompenso cardiaco;
- inquadramento delle esigenze del paziente sul piano clinico e sociale e promozione delle adesioni.

All’infermiere di studio 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.

Piemonte

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, in quanto almeno il 40% dei piemontesi con più di 65 anni soffre di una malattia cronica grave, e a livello mondiale è circa il 70-80% delle risorse sanitarie a essere impiegato nella gestione delle malattie croniche.

Applicare un modo diverso di strutturare la presa in carico dei malati cronici, con un occhio di riguardo al territorio e alla domiciliarità, affidando invece agli ospedali la competenza sulle urgenze e sull'alta specializzazione, e focalizzando l'attenzione su: interazione tra le diverse professionalità; ruolo centrale dei medici di famiglia piani di cura personalizzati per i pazienti, progetti già sperimentati come l'infermiere di comunità e la telemedicina.

È previsto un coinvolgimento della rete delle Case della Salute, la riduzione delle liste d'attesa, le linee per la sanità digitale a partire dal Fascicolo sanitario elettronico e il rafforzamento delle reti assistenziali, sono state istituite altrettante comunità di pratica, composte da esperti e specialisti, per elaborare e mettere a punto i modelli di cura che verranno poi utilizzati su tutto il territorio in particolare, con una maggiore attenzione alle cure domiciliari, con un percorso diagnostico terapeutico individuale e che, in considerazione delle nuove attività previste, ci sia l'elaborazione di nuovi strumenti formativi.

In definitiva, il nuovo Piano per le cronicità si distingue per il un nuovo modello di cura proposto per le malattie croniche e che vede al centro del progetto, medici di famiglia e infermieri di comunità.

Conclusioni

In un contesto nazionale, come abbiamo visto, segnato dall'invecchiamento della popolazione, poche nascite ed un aumento esponenziale delle patologie croniche, oltre che da un progressivo aumento delle fasce di povertà e quindi di fragilità, sociale e psicologica, appare ormai non solo urgente, ma indispensabile ripensare l'organizzazione dell'offerta socio-assistenziale.

Attuare il Piano Nazionale della Cronicità non è più quindi, solamente un mero atto burocratico, ma una necessità, non basta semplicemente adottare il PNC ma va reso operativo e applicato. Non è accettabile che la Basilicata non abbia ancora adottato il Piano o che altre regioni non hanno messo mano ad alcun tipo di riforma o riorganizzazione, ma si sono limitate a garantire un servizio ridotto all'osso e incapace di rispondere alle richieste dei pazienti.

Bisogna ripensare la propria organizzazione sanitaria in un'ottica di governance che vede la cooperazione fra figure professionali e set assistenziali, senza la quale risulta impossibile garantire le necessarie cure a chi ne ha bisogno.

Si avverte la necessità di superare la frammentazione dell'assistenza sanitaria nel territorio. Negli ultimi anni si è posta l'attenzione su come la continuità dell'assistenza permette una risposta adeguata, in termini di efficacia dell'assistenza, efficienza gestionale e appropriatezza e la medicina generale deve integrare e rafforzare le consuete attività cliniche ed assistenziali

con interventi programmati di follow-up sulla base del percorso previsto per una determinata patologia.

Consolidare l'assistenza primaria in quanto rappresenta il punto centrale dei processi assistenziali con forti collegamenti con il resto del sistema, l'integrazione socio-sanitaria e team multiprofessionali che puntano al miglioramento continuo, mediante integrazione tra MMG, infermieri, specialisti, altre professioni sanitarie e sociali è quanto mai urgente.

L'investire su auto-gestione ed empowerment in modo da aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi. Le evidenze scientifiche dimostrano che i malati cronici, quando ricevono un trattamento integrato e un supporto al self-management e al follow-up, migliorano e ricorrono meno all'assistenza ospedaliera.

Puntare all'uniformità ed equità di assistenza ai cittadini. Il punto è di particolare rilievo in quanto i diversi modelli organizzativi regionali dovrebbero tenere conto della difficoltà di accesso alle cure da parte dei cittadini costringendo a quelle migrazioni sanitarie tanto costose, quanto dolorose, per le tante famiglie costrette a praticarle. Si tratta di un sistema in evoluzione che richiede una forte integrazione tra i diversi setting assistenziali.

7. Malattie rare

Di Maria Teresa Bressi

Le **malattie rare**, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità sono circa **7-8.000**, di cui l'80% di malattie genetiche e il 20% di tumori rari, malattie autoimmuni e infezioni. **Spesso si tratta di malattie multisistemiche con esiti invalidanti e ingravescenti.**

Come è noto una **malattia si definisce "rara"** quando la sua prevalenza, intesa come il numero di caso presenti su una data popolazione, non supera una soglia stabilita. In UE la soglia è fissata allo 0,05 per cento della popolazione, ossia **5 casi su 10.000 persone.**

La bassa prevalenza, tuttavia, non deve far pensare che siano poche le persone affette da queste patologie, **in Italia si parla di milioni di persone.**

Ancora, sono caratterizzate da un'**estrema eterogeneità**. Possono, infatti, manifestarsi in momenti diversi nell'arco della vita, con sintomi diversi da paziente a paziente. Secondo gli ultimi dati dell'Istituto Superiore di Sanità **circa il 20% riguarda l'età pediatrica** (inferiore ai 14 anni).

Un'altra caratteristica peculiare è che possono essere individuati pochissimi casi in una nazione, anche meno di 10, così come migliaia, anche per questo motivo, alcune malattie rare sono molto difficili da diagnosticare e risulta altrettanto difficile garantire una standardizzazione dei percorsi di presa in carico nelle diverse realtà territoriali.

Molti pazienti affetti da malattie rare, per la natura delle patologie stesse, spesso necessitano di assistenza continua, di terapie farmacologiche, trattamenti riabilitativi, dispositivi medici, interventi spesso salvavita, si tratta, quindi, di **pazienti complessi**, la cui gestione, anche a livello familiare, e per il caregiver, risulta estremamente articolata e faticosa, associata alla mancanza di informazioni sull'andamento della malattia, una scarsa probabilità di cura e dalle esigue evidenze scientifiche su cui costruire trattamenti.

Si comprende, quindi, anche perché rappresentino una sfida per medici e ricercatori e perché sia prioritario **formare una rete per condividere informazioni e risorse, a livello nazionale ed internazionale.**

Nel nostro Paese sin dal **2001**, con il Decreto ministeriale 279/2001, è stata istituita la **Rete nazionale delle malattie rare** così come è stato istituito il **Registro nazionale** presso Istituto Superiore di Sanità (ISS), e conseguentemente sono state organizzate, mediante atti formali regionali le **reti (e i registri) regionali e/o interregionali** con i centri di expertise per la diagnosi e cura delle malattie rare.

A livello europeo sono state istituite nel marzo 2017 **24 Reti di riferimento europeo (ERN)** costituite da centri di riferimento di eccellenza, distribuite però in maniera disomogenea nel nostro territorio nazionale: in 8 Regioni non vi sono centri partecipanti alle ERN, il 66,7% (n= 44) degli ospedali che partecipano ad almeno una ERN si trova nelle regioni settentrionali, il 19,7% (n= 13) al centro e appena il 13,6% (n=9) nel mezzogiorno.¹²⁵

¹²⁵ *Rapporto MonitoRare 2020 Uniamo*

7.1 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**.

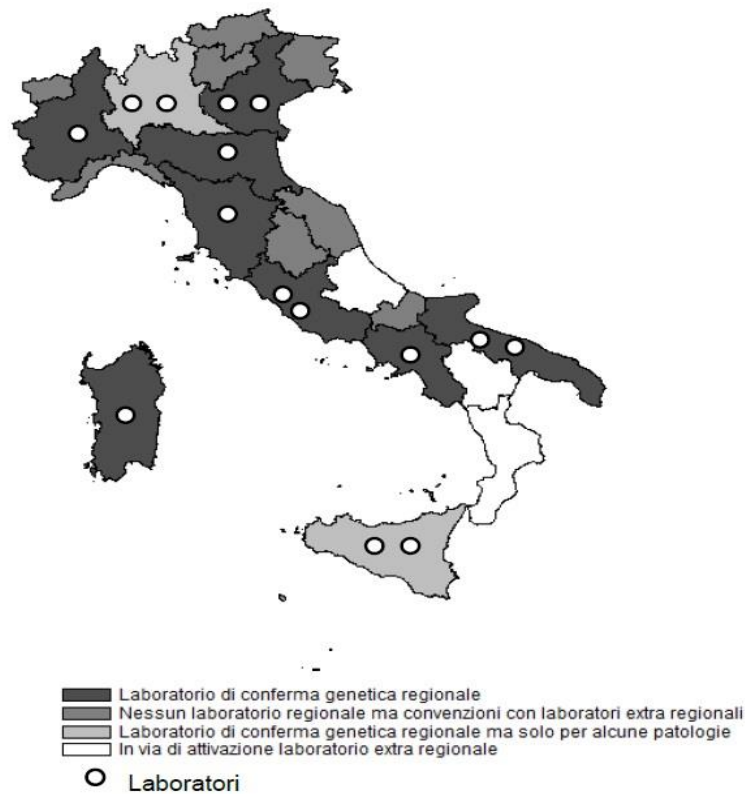
Ma come spesso accade, anche in questo campo, sono notevolissime le differenze regionali.

Come attesta l'Istituto Superiore di Sanità nell'ultimo monitoraggio dello stato di attuazione dello screening neonatale esteso, al 31 giugno 2017¹²⁶, delle **18 Regioni che hanno avviato i programmi SNE, 12 Regioni eseguono lo screening nel proprio territorio**, mentre 6 Regioni usufruiscono dei programmi SNE di Regioni limitrofe (figura 1). **In tre Regioni (Abruzzo, Basilicata e Calabria) il sistema SNE non risulta attivato.**

¹²⁶ Screening neonatale esteso nelle Regioni: monitoraggio dell'attuazione della Legge 167/2016 e del DM 13 ottobre 2016. Stato dell'arte al 30 giugno 2017- ISS

Le differenze non si limitano solamente all'attivazione degli screening ma anche alla presenza, ad esempio, di **laboratori per i test di conferma diagnostica** incaricati dell'esecuzione dei test di II livello per lo SNE, basato sull'indagine molecolare. In questo caso, **sono 10 le Regioni che dichiarano di avere almeno un laboratorio in grado di effettuare questi test**. In particolare, poi, i Laboratori delle Regioni Veneto, Piemonte, Lazio e Toscana eseguono attività per il test di conferma diagnostica genetica anche su campioni di neonati residenti in un'altra Regione.

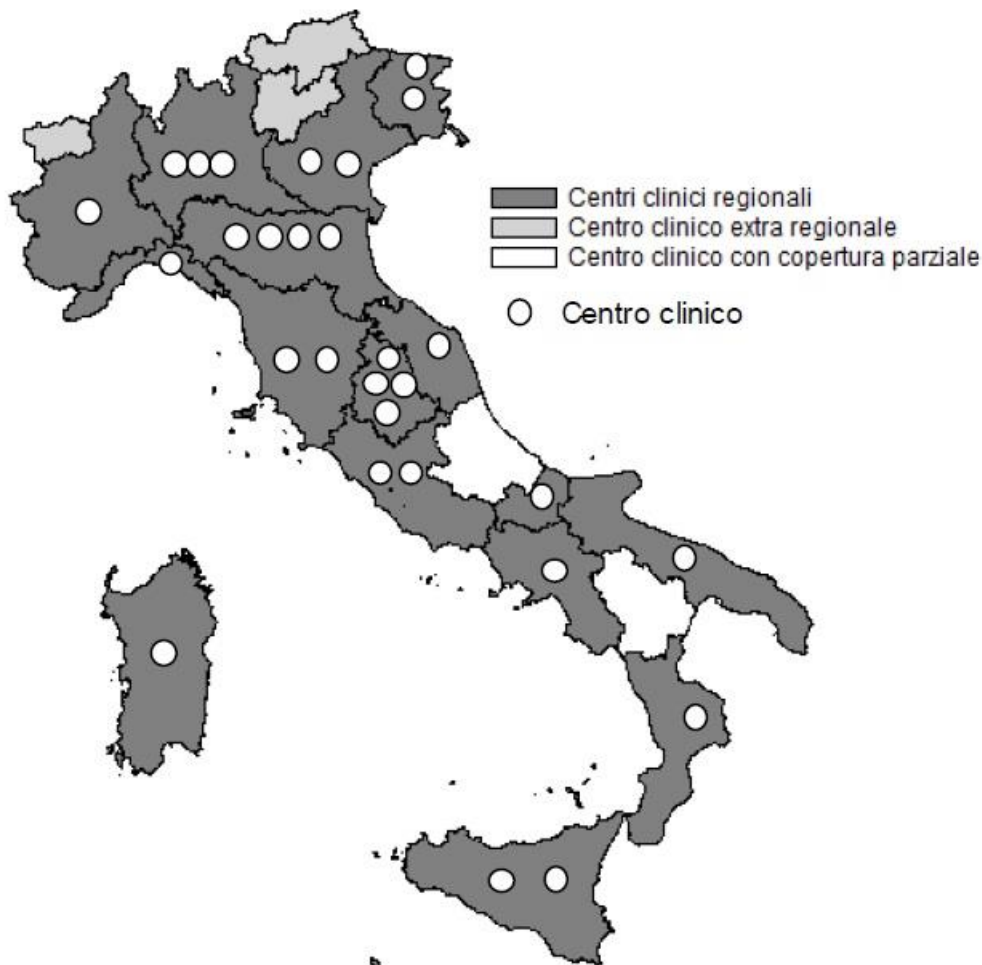
Figura 2: Distribuzione dei Laboratori per il test di conferma diagnostica genetica (giugno 2017)



Fonte: Istituto Superiore di Sanità, Monitoraggio dell'attuazione della Legge 167/2016 e del DM 13 ottobre 2016. Stato dell'arte al 30 giugno 2017

La cosa curiosa è che quando, invece, si verifica la presenza di un **Centro clinico per le malattie metaboliche ereditarie, oggetto di screening**, che si occupa della presa in carico e del trattamento, parte della Rete nazionale per le malattie rare (DM 279/2001) le cose cambiano radicalmente e troviamo regioni come l'**Umbria** che ha ben quattro centri clinici regionali, ancor più, ad esempio, della **Lombardia** e Regioni come la **Valle d'Aosta** o il **Trentino Alto Adige** che dichiarano di non averne nemmeno uno.

Figura 2: Distribuzione dei Laboratori per il test di conferma diagnostica genetica (giugno 2017)



Fonte: Istituto Superiore di Sanità, Monitoraggio dell'attuazione della Legge 167/2016 e del DM 13 ottobre 2016. Stato dell'arte al 30 giugno 2017

Appare, dunque, evidente come già da queste prime evidenze, come sia necessario nascere nella regione giusta per poter accedere allo screening neonatale esteso e per una presa in carico efficace, sin dalla diagnosi della malattia. 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.

7.2 Le criticità per i pazienti rari

Le difficoltà che incontra una persona affetta da una malattia rara, hanno il loro esordio, come abbiamo visto sin dalla diagnosi, in parte per la difficoltà insita nella poca conoscenza delle malattie rare, ma in parte, anche, come abbiamo visto, da una cattiva gestione degli strumenti per giungere ad una diagnosi precoce.

Una volta arrivati alla diagnosi, i problemi che le persone affette da malattie rare ed i loro caregiver e familiari incontrano sono molteplici.

Nel 2016 avevamo chiesto alle Associazioni aderenti al CnAMC di Cittadinanzattiva, quali fossero, in particolare, le **difficoltà di chi era affetto da una malattia rara** (figura 3) e la prima criticità segnalata fu la **distanza dal centro di riferimento e i relativi costi privati per spostamento ed alloggio**.

Spesso intere famiglie sono costrette a spostarsi per lunghi periodi a centinaia di km di distanza dalla propria abitazione per poter garantire le cure adeguate, spesso a bambini affetti da queste patologie.

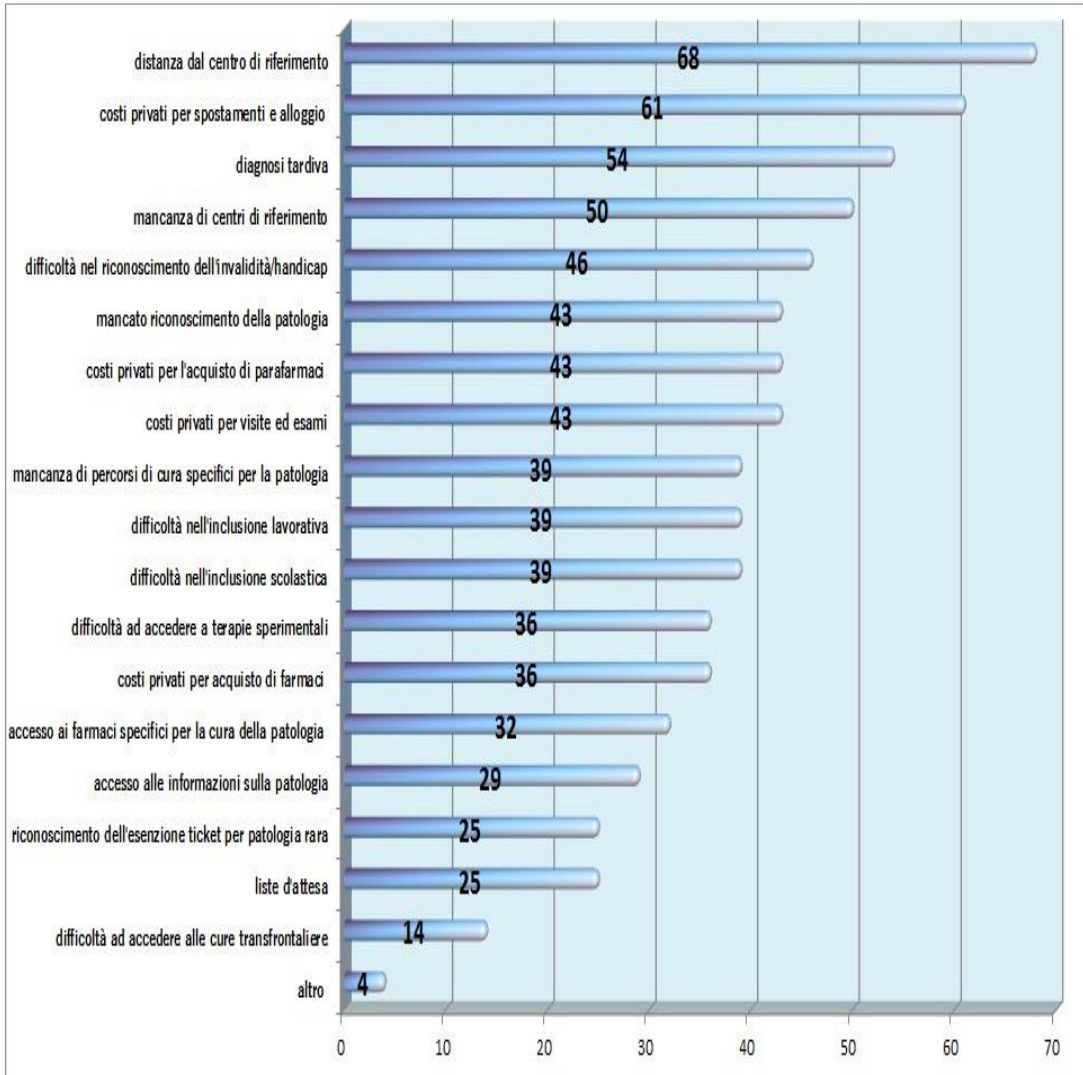
Quindi ritorna il problema della **diagnosi tardiva**, segnalato dal 54% di esse. **Per una su due a mancare è il centro di riferimento per la cura della propria patologia** e per poco meno i **costi della gestione della malattia, per parafarmaci** (creme, colliri, integratori, garze, ecc.) e **per visite ed esami** non è sostenibile.

Non si è aiutati solo da un punto di vista clinico, con la difficoltà a trovare il centro specialistico di riferimento o ad accedere a cure sperimentali, ma neanche da un punto di vista sociale, con le **difficoltà legate all'inclusione, sia di tipo lavorativo per gli adulti, che di tipo scolastico per i bambini**.

Ancora, risulta difficile ottenere il riconoscimento all'esenzione del pagamento del ticket, così come altre informazioni relative alla propria patologia, come vedersi riconosciuta la giusta percentuale di invalidità o grado di handicap.

Insomma, il percorso già difficile di gestione di una malattia rara e quindi poco conosciuta, diventa ancora più faticoso per un insopportabile aggravio di tipo burocratico, economico e sociale, che appare veramente ingiusto.

Figura 3 Quali sono le principali criticità che avete riscontrato nell'ultimo anno per la cura ed assistenza della patologia rara?



Fonte: XV Rapporto CnAMC Cittadinanzattiva

7.3 L'indagine civica sulle malattie rare

7.3.1 La costruzione dello strumento di indagine

A distanza di qualche anno e nel particolare momento che stiamo tutti vivendo, a causa della pandemia causata dal Covid, abbiamo ritenuto doveroso tentare di verificare lo stato attuale di vita e di cura delle persone affette da una malattia rara attraverso una **indagine civica**.

Dopo un attento studio sulle informazioni esistenti, Cittadinanzattiva ha promosso una discussione aperta sulla tematica.

Abbiamo, quindi, messo a punto un **questionario** ad hoc, con il supporto di esperti in materia, ringraziamo in particolare il **professore Giuseppe Limongelli** direttore del Centro Coordinamento Malattie Rare Regione Campania ed i suoi collaboratori, ed alcune associazioni di pazienti (ringraziamo in particolare: Manuela Aloise Presidente **Lega Italiana Sclerosi Sistemica APS**, Stefania Bastianello **AISLA Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica**, Alessandra del Bianco Presidente **SIMBA onlus Associazione italiana sindrome e malattia di Behcet**, Maurizio

Conte, rappresentante **UILDM - Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare**, Paolo Calveri presidente **associazione "Rete Malattie Rare"**, Francesco Leva presidente **Altrodomani onlus** e Maria Pia Sozio presidente **ASMARA onlus**) che potesse offrire uno spunto di riflessione sulle difficoltà che oggi vive una persona affetta da malattie rare, con una attenzione particolare a quella che è stata la gestione in questo periodo, nei suoi punti di forza e di debolezza.

Il questionario rivolto ai pazienti è stato somministrato attraverso una piattaforma online, con un trattamento dei dati completamente anonimo, nel pieno rispetto della normativa sulla privacy, per cui in nessun modo è possibile risalire all'identità dell'intervistato.

L'indagine Civica via web è stata condotta dal **23 ottobre** al **9 novembre 2020**.

Il questionario ha raggiunto **724 contatti**.

I **questionari completati** e quindi validi per la rilevazione sono stati **437**.

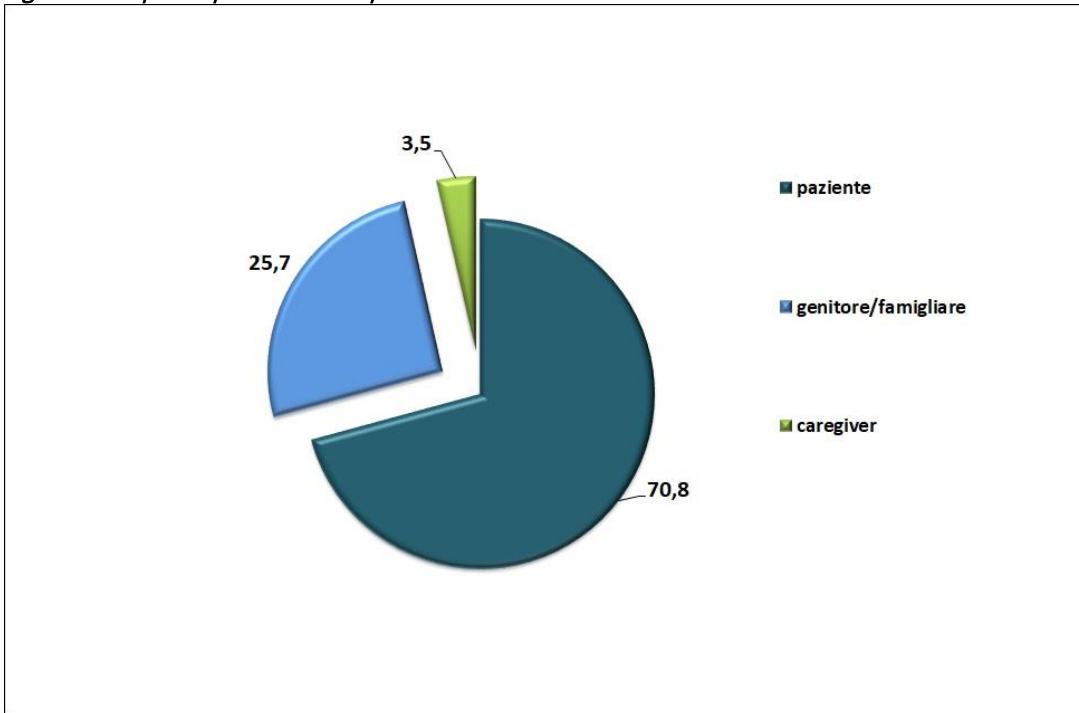
Prima di addentrarsi nell'analisi delle evidenze emerse bisogna sottolineare che, pur non essendo e non volendo essere in alcun modo un'indagine di tipo statistico e, quindi, con i limiti dovuti alla casualità del campione intercettato, rappresenta il punto di vista civico di una realtà, quale quella relativa alle malattie rare, che deve essere portata all'attenzione delle istituzioni, soprattutto in un momento così delicato, come quello che stiamo vivendo.

La nostra analisi, quindi, non esaurisce assolutamente tutto quanto si possa dire su un ambito dell'assistenza così complesso, delicato e pieno di sfaccettature, come l'assistenza rivolta alle persone affette da malattia rara, pur tuttavia vuole offrire un contributo alla discussione, nel tentativo di superare quelle criticità che, come abbiamo visto, già anni fa ci venivano segnalate dalle associazioni di pazienti.

7.3.2 I risultati dell'indagine

I soggetti che hanno risposto alla nostra indagine sono prevalentemente **pazienti affetti da una malattia rara** (figura 4), anche se **uno su quattro è genitore di un bambino con patologia rara**. Prevalentemente (73%) il **genere femminile** (tabella 1), mentre l'età si distribuisce soprattutto tra i **21 ed i 60 anni** (figura 5) con una prevalenza pari al 50,4% della fascia tra i 41 ed i 60 anni.

Figura 4 Compila il questionario in qualità di



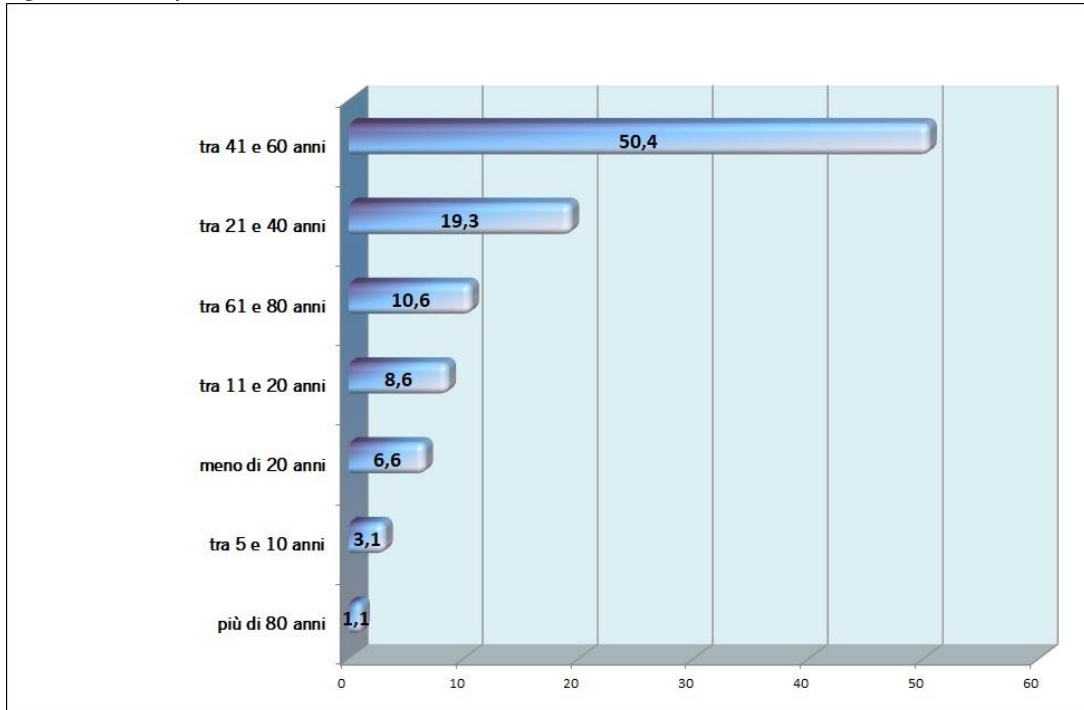
Fonte: Indagine civica sulle malattie rare - Cittadinanzattiva

Tabella genere degli intervistati

femmina	73%
maschio	27%

Fonte: XVI Rapporto CnAMC Cittadinanzattiva

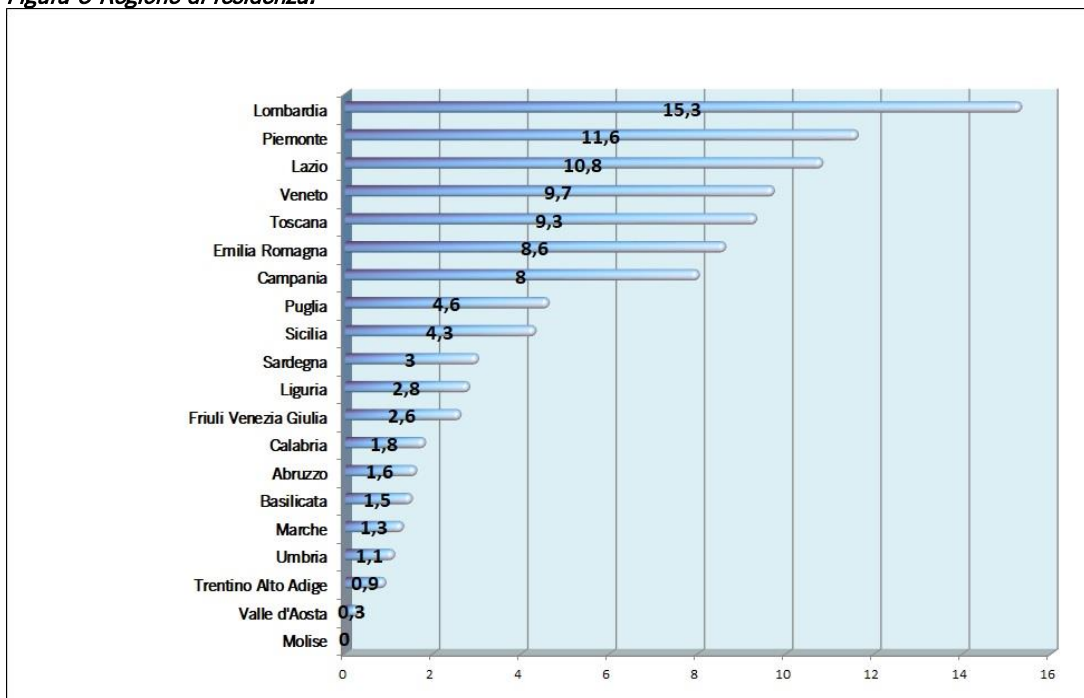
Figura 5 Età del paziente:



Fonte: Indagine civica sulle malattie rare - Cittadinanzattiva

Per quanto riguarda la provenienza regionale sono rappresentati tutti i territori italiani, ad eccezione del Molise (figura 6). Le Regioni principalmente rappresentate nel campione sono quelle del Centro nord, con in testa la **Lombardia** (15,3%), seguita dal **Piemonte** (11,6%), dal **Lazio** (10,8%), dal **Veneto** e dalla **Toscana** (9,7 e 9,3%). La regione del Sud Italia maggiormente rappresentata è, invece, la **Campania** (8%).

Figura 6 Regione di residenza:

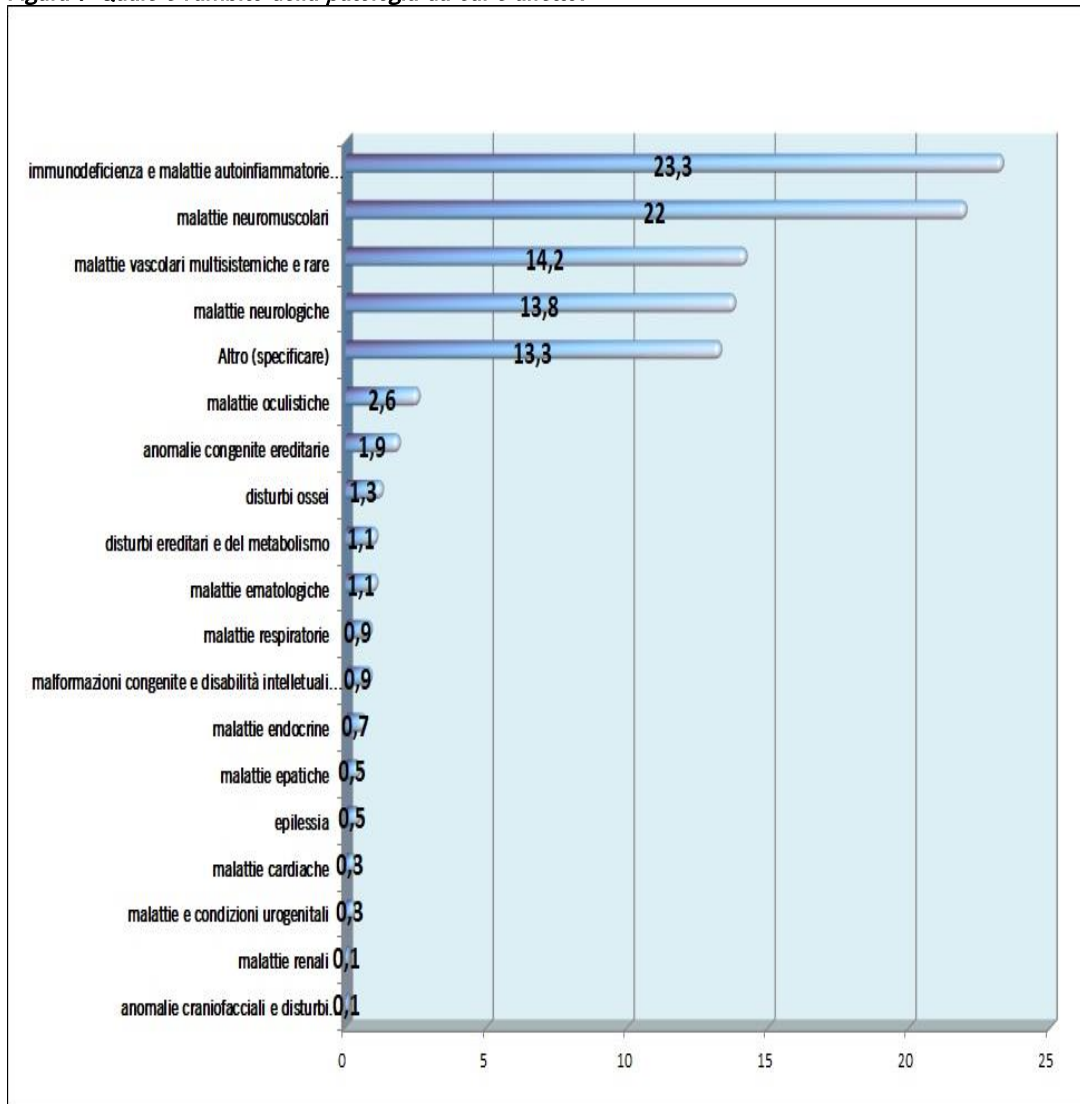


Fonte: Indagine civica sulle malattie rare – Cittadinanzattiva

Rispetto, invece, le **patologie** (figura 7), quelle maggiormente rappresentate riguardano in maggioranza l'immunodeficienza e le malattie autoinfiammatorie ed autoimmuni (23,3%), malattie neuromuscolari (22%), malattie vascolari e multisistemiche (14,2%) e le malattie neurologiche (13,8%).

Si tratta quindi di patologie gravi, con effetti piuttosto invalidanti ed un impatto notevole nella vita della persona affetta da queste malattie, ma anche dei familiari che li assistono.

Figura 7 Quale è l'ambito della patologia da cui è affetto?



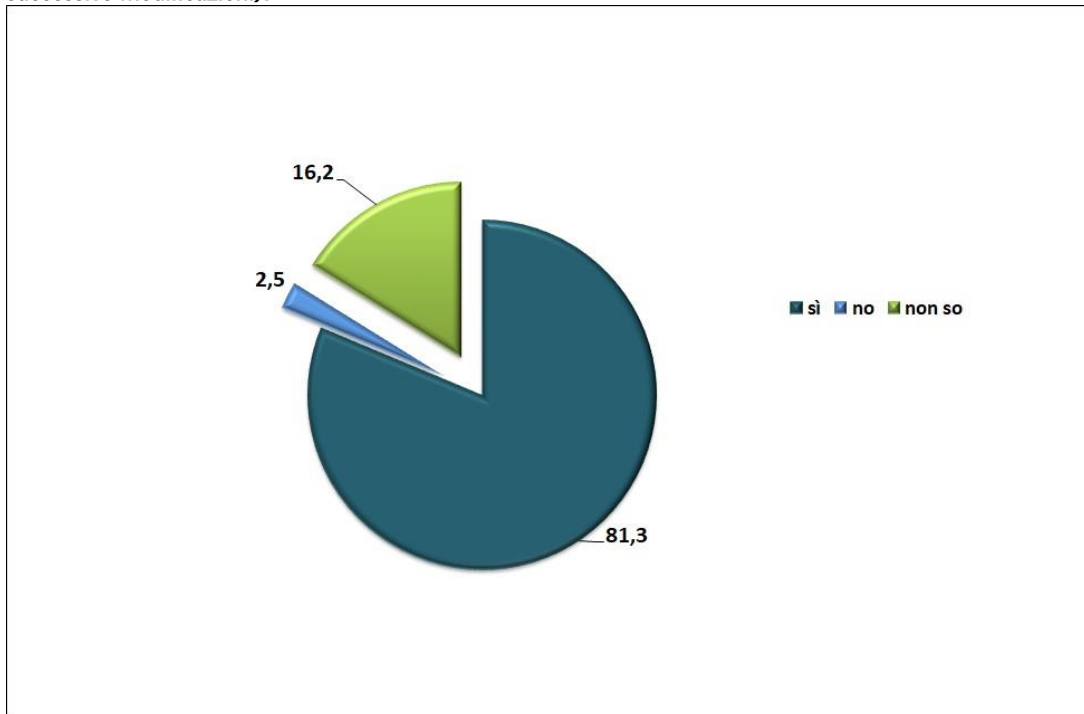
Fonte: Indagine civica sulle malattie rare – Cittadinanzattiva

Per l'81,3% degli intervistati (figura 8) la patologia da cui è affetto fa parte dell'elenco delle malattie rare previsto dal Decreto ministeriale n.279/2001, ma c'è da sottolineare che il 16,2% del campione non sa nemmeno se la patologia sia riconosciuta formalmente o meno.

Ancora più grave risulta il dato successivo (tabella 2), dove vediamo che ben il 23,5% dei pazienti non è in cura in un centro riconosciuto parte della rete delle malattie rare e il 7,1% addirittura non sa rispondere.

Eppure, sappiamo quanto sia importante non solo l'identificazione del paziente ed il suo invio al centro di riferimento, ma anche l'essere inseriti in una rete di malattie rare, da diversi punti di vista, scientifici, sperimentali, di informazione e raccolta dati, solo per citare alcuni aspetti.

Figura 8 La patologia da cui è affetto fa parte dell'elenco delle malattie rare (secondo il Decreto ministeriale n. 279/2001 e successive modificazioni)?



Fonte: Indagine civica sulle malattie rare – Cittadinanzattiva

Tabella 2 È in cura in un centro riconosciuto parte della rete regionale malattie rare?

sì	69,4%
no	23,5%
non so	7,1%

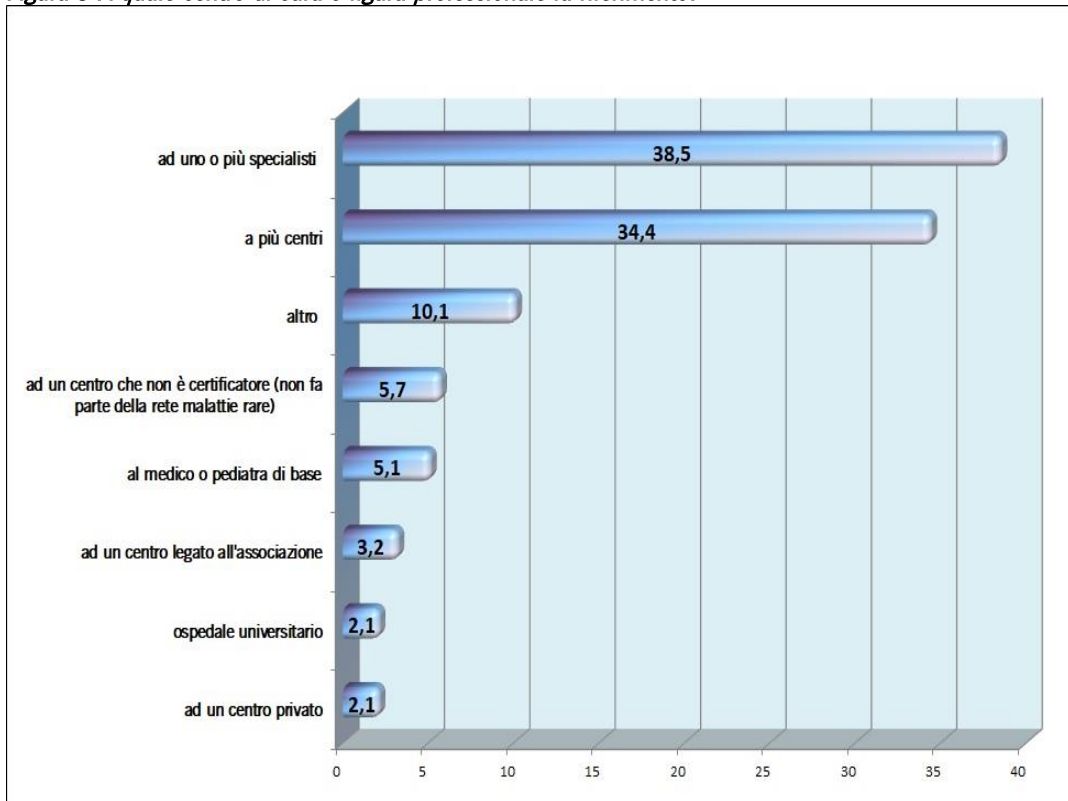
Fonte: Indagine civica sulle malattie rare – Cittadinanzattiva

Chi, quindi, per diversi motivi non si cura in un centro appartenente alla rete delle malattie rare, come e dove si cura? (figura 9)

La maggioranza degli intervistati (**38,5%**) afferma di essere **in cura da uno o più specialisti**, quindi la fiducia viene riposta sulla singola figura professionale che magari è stata quella ad effettuare la diagnosi, in seconda istanza ci **si rivolge a più centri** (34,4%). Se dovessimo spiegare questo dato, una delle ipotesi potrebbe essere quella che il centro che fa realmente la presa in carico, non è quello individuato come centro di riferimento nella rete malattie rare, che viene utilizzato solo per gli aspetti meramente burocratici, come il rilascio del piano terapeutico, oppure la documentazione necessaria per chiedere il codice di esenzione per patologia rara. Nella voce altro, invece, (10,1%) rientra un lungo elenco di strutture ospedaliere e singoli reparti, che diventano il punto di riferimento per quel paziente, che potrebbero anche essere dei centri di riferimento, ma il paziente non lo sa.

In alcuni casi (**3,2%**) **il centro è stato costruito dall'associazione di pazienti** partendo veramente dai bisogni di quei pazienti e fornendo tutte le figure professionali necessarie per una corretta presa in carico multidisciplinare e multifattoriale. Un bellissimo esempio in questo senso è rappresentato dai centri NEMO, per la cura di malattie neuromuscolari, come la SLA, la SMA e le Distrofie Muscolari, che davvero rappresenta un modello in questo campo.

Figura 9 A quale centro di cura o figura professionale fa riferimento?



Fonte: Indagine civica sulle malattie rare – Cittadinanzattiva

Un'altra difficoltà, che ci veniva segnalata già anni fa e che ritroviamo, purtroppo, ancora oggi, riguarda la **necessità del 66,2% dei pazienti** raggiunti dall'indagine e delle loro famiglie di **spostarsi lontano dalla propria residenza per poter avere cure adeguate alla patologia** (tabella 3).

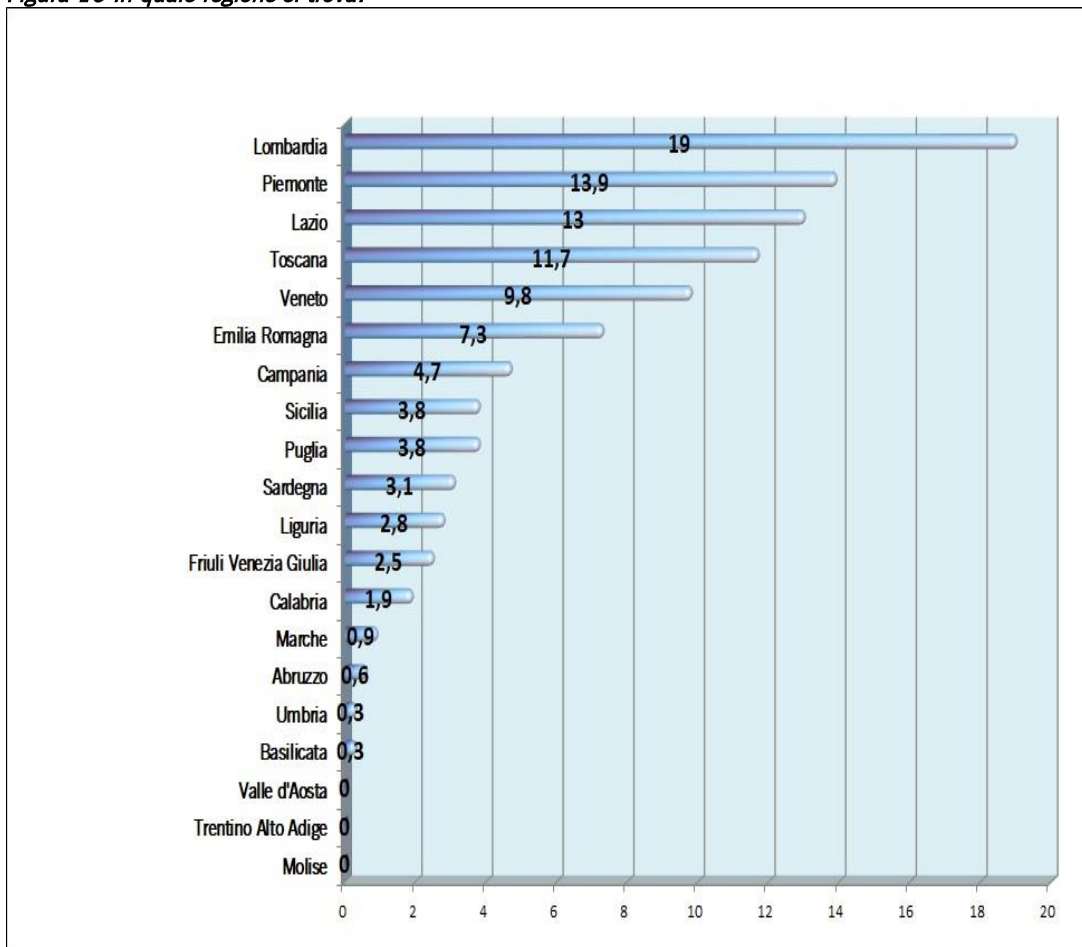
Le regioni verso le quali si sposta la maggioranza di questi pazienti (figura 10), si trovano tutti al Centro/Nord e sono la **Lombardia (19%)**, il **Piemonte (13,9%)**, il **Lazio (13%)**, la **Toscana (11,7%)**, il **Veneto (9,8%)** e l'**Emilia Romagna (7,3%)**. Per quanto riguarda il Mezzogiorno il punto di riferimento è rappresentato dalla **Campania (4,7%)**

Tabella 3 Il centro nella quale si cura si trova nella sua regione?

sì	66,2%
no	33,8%

Fonte: Indagine civica sulle malattie rare – Cittadinanzattiva

Figura 10 In quale regione si trova?



Fonte: Indagine civica sulle malattie rare – Cittadinanzattiva

Le cose non vanno meglio neanche per quanto riguarda il **tempo per giungere alla diagnosi** (tabella 4).

Infatti, **ben il 31,2% dichiara di aver atteso la diagnosi per più di dieci anni**, anni di visite, di frustrazione per non essere creduti, compresi, dieci anni con interventi spesso sbagliati ed inutili. **Il 23% dichiara di averci messo dai due ai 10 anni**, dobbiamo arrivare al **12,5%** del campione per arrivare ad un’attesa accettabile (**meno di sei mesi**). Sicuramente qualcosa non funziona come dovrebbe se per arrivare ad una diagnosi ci vogliono da un minimo di due anni, fino ad oltre dieci anni.

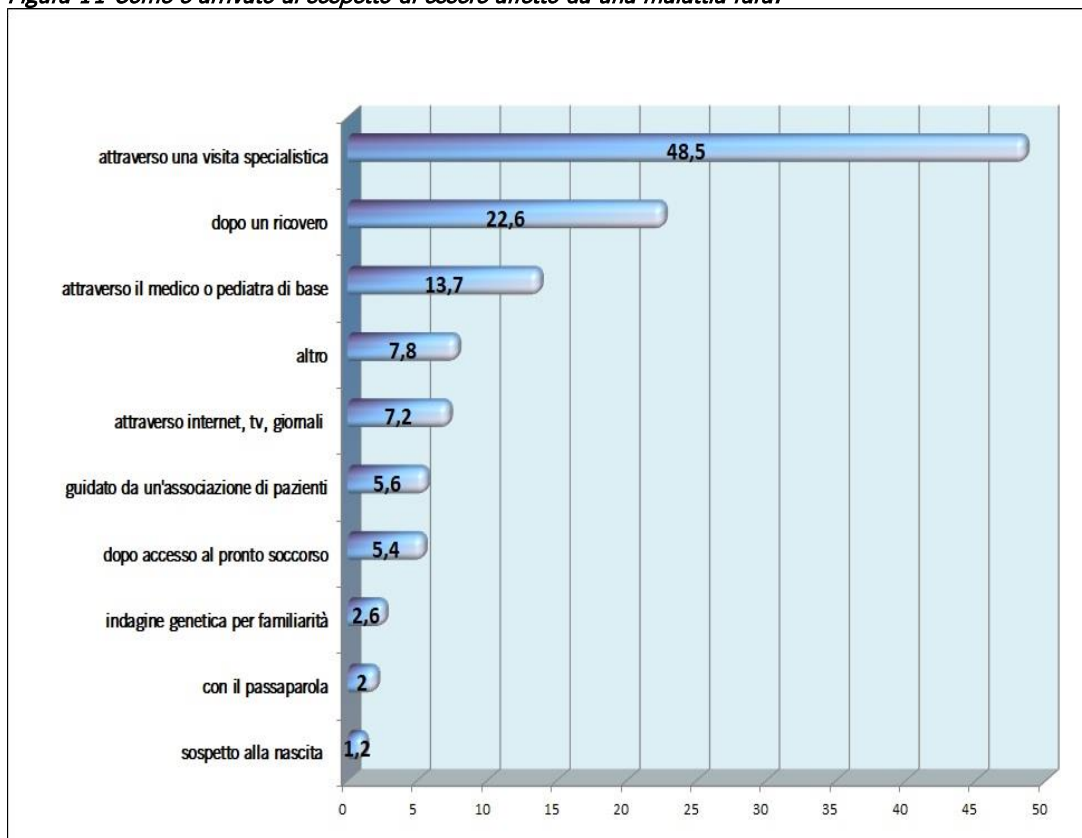
Tabella 4 Quanto tempo è trascorso dalla comparsa dei primi sintomi alla diagnosi?

oltre dieci anni	31,2%
da due a dieci anni	23%
meno di sei mesi	12,5%
oltre due anni	11%
da uno a due anni	11%
da sei mesi a un anno	11%

Fonte: Indagine civica sulle malattie rare – Cittadinanzattiva

Rispetto alla domanda circa **il modo in cui finalmente si arriva ad una diagnosi** (figura 11) la prima risposta è **attraverso una visita o spesso più visite specialistiche** (48,5%). Quello che raccontano gli intervistati è che ad un certo punto, dopo moltissime ricerche, finalmente hanno trovato lo specialista giusto che ha saputo dare una risposta ad una serie di sintomi che sembravano inspiegabili. Per alcuni è stato lo specialista che finalmente ha perso tempo ad ascoltare, che si è dimostrato più umano e meno superficiale degli altri. In molti casi (22,6%) la diagnosi arriva **dopo un ricovero**, nel 13,7% il sospetto è partito dal **medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta**. Sorprende la quota pari al 7,2% di persone che è arrivato da solo a formulare il dubbio diagnostico, con una ricerca su **internet**, con un **programma o una pubblicità in televisione**, o ancora con un **articolo su una rivista**.

Figura 11 Come è arrivato al sospetto di essere affetto da una malattia rara?



Fonte: Indagine civica sulle malattie rare – Cittadinanzattiva

La mancanza di informazione, come abbiamo visto, è purtroppo piuttosto diffusa fra le persone affette da patologia rara. Mancanza che riguarda anche la **conoscenza dell'esistenza di un registro nazionale malattie rare a cura dell'Istituto Superiore di Sanità**. Se, infatti, sommiamo la percentuale di coloro che ne ignorano l'esistenza e coloro che forse ne hanno sentito parlare, ma non sanno bene cosa sia, raggiungiamo il **30,8%** del campione, quasi un intervistato su tre (tabella 5).

La percentuale cresce ancora di più, raggiungendo **la metà del campione (54,4%)** fra coloro che **non sanno se i propri dati sono inseriti all'interno di un registro** (tabella 6).

Quindi, **una persona su tre circa del campione intercettato non sa dell'esistenza di un registro nazionale sulle malattie rare**, ed una su due, non è sicura che i propri dati siano inseriti o meno in un registro.

Tabella 5 Sa che esiste un registro nazionale malattie rare a cura dell'Istituto Superiore di Sanità?

sì	69,2%
no	20,4%
non so	10,4%

Fonte: Indagine civica sulle malattie rare – Cittadinanzattiva

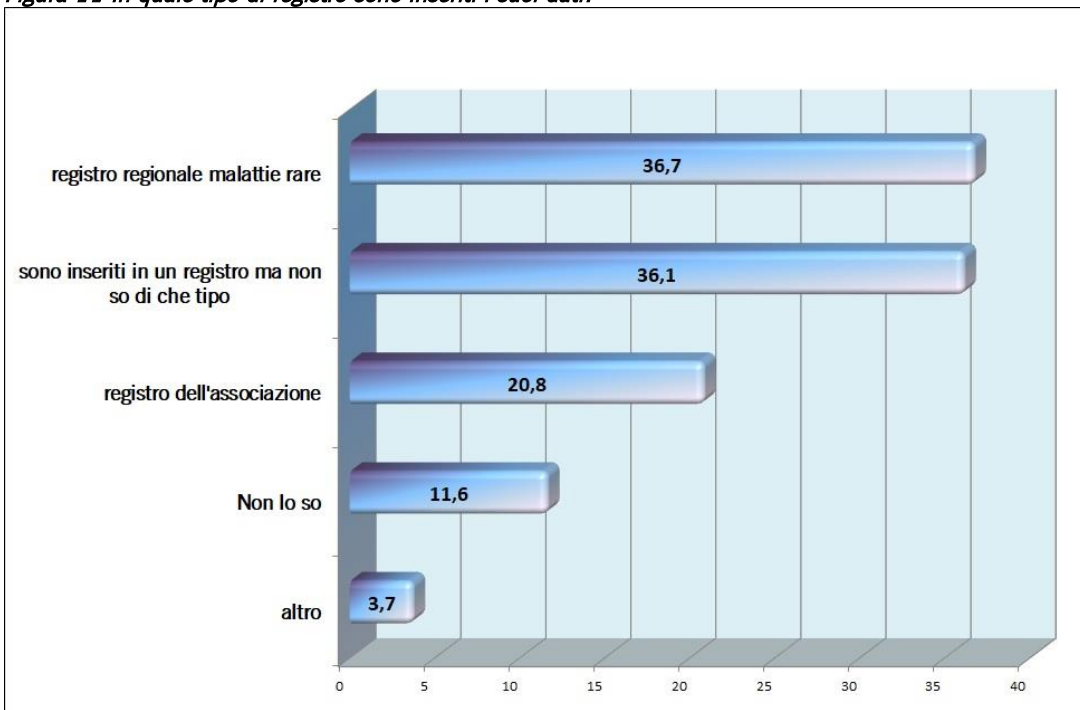
Tabella 6 I suoi dati sono inseriti all'interno di un registro?

non so	54,4%
sì	36,1%
no	9,3%

Fonte: Indagine civica sulle malattie rare – Cittadinanzattiva

Questo accade anche perché i dati dei pazienti affetti da malattie vengono inseriti in **diverse tipologie di registri** (figura 11), in alcuni casi è il **registro nazionale malattie rare** (36,5%), ma alle volte sono registrati anche o esclusivamente nel **registro dell'associazione di pazienti** (20,8%), altri fanno solo di aver acconsentito alla registrazione dei propri dati (36,1%) ma non sanno a chi e per quali scopi.

Insomma, sicuramente esiste una grande confusione e sembra poca trasparenza e chiarezza nella comunicazione.

Figura 11 In quale tipo di registro sono inseriti i suoi dati?

Fonte: Indagine civica sulle malattie rare – Cittadinanzattiva

Le cose sembrano andare un po' meglio per quanto riguarda la **presa in carico**, perché in questo caso **la maggioranza (49,5%)** afferma di sentirsi inserito in un reale percorso, che prevede, quindi, la prenotazione di visite ed esami di controllo, la facilitazione nell'accesso alle cure farmacologiche, nell'ottenimento di protesi e ausili, ecc. Bisogna, però, tenere in grande considerazione il **26,2%** che afferma di dover fare tutto da solo.

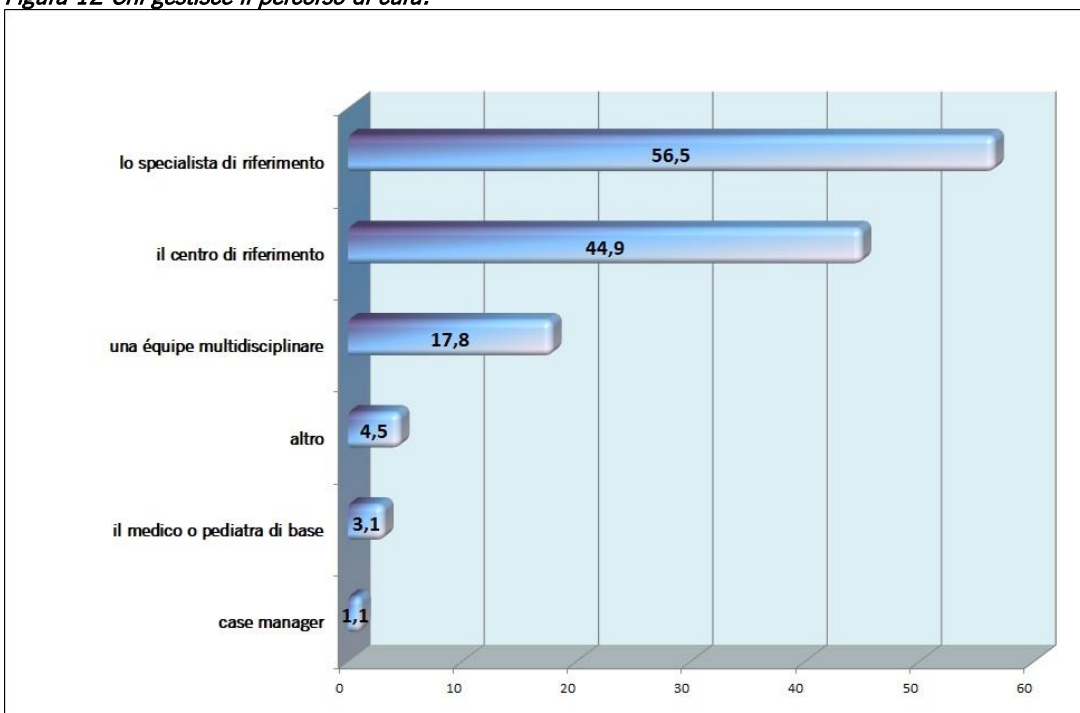
Tabella 7 È inserito in un reale percorso di presa in carico della patologia (al centro di cura programmano e prenotano esami e visite di controllo, orientano/facilitano nell'accesso a farmaci ospedalieri, presidi e ausili, ecc) o deve provvedere lei?

sì sono inserito in un reale percorso	49,5%
no non sono inserito in un reale percorso	26,2%
in parte	24,2%

Fonte: Indagine civica sulle malattie rare – Cittadinanzattiva

Il punto di riferimento delle persone affette da malattia rara rimane sempre lo **specialista** (56,5%) o il **centro di riferimento** (44,9%), solo nel **17,8%** dei casi si sottolinea la presenza di un'**équipe multidisciplinare** e solo una piccolissima percentuale **1,1%** può fare riferimento ad un **case manager**, figura, invece, molto apprezzata dai pazienti.

Figura 12 Chi gestisce il percorso di cura?

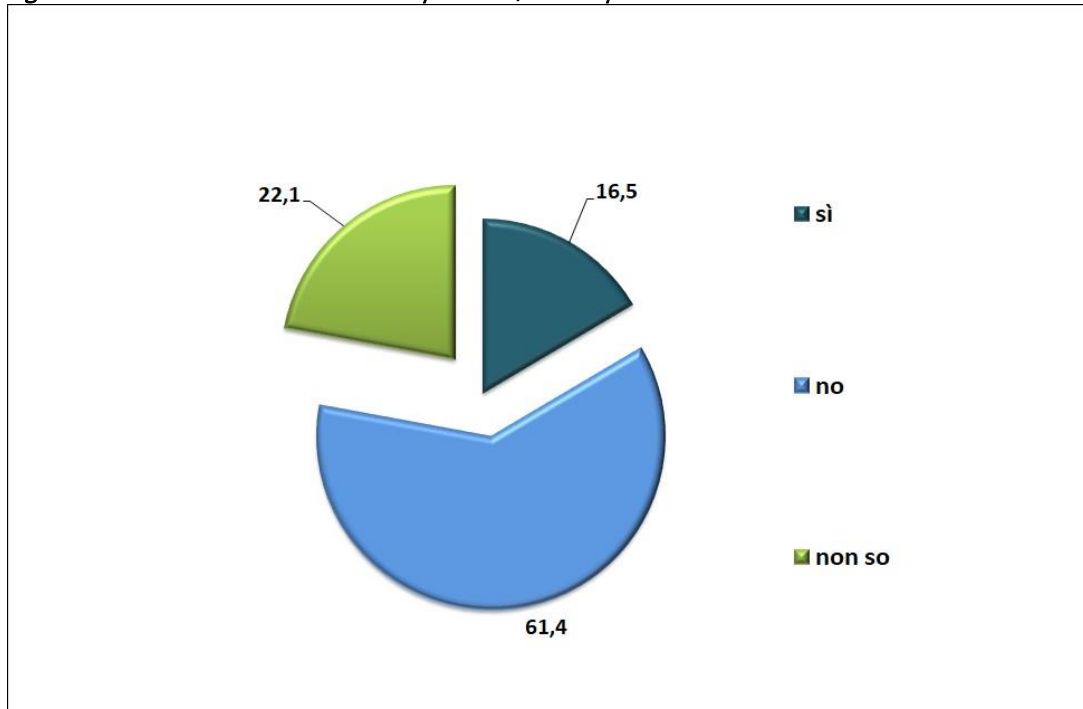


Fonte: Indagine civica sulle malattie rare – Cittadinanzattiva

Quando parliamo di un **minore affetto da malattia rara** le difficoltà non riguardano solamente l'aspetto prettamente clinico, ma un ruolo importante viene svolto dalla **scuola**. Abbiamo quindi domandato a chi rispondeva in qualità di genitore (circa il 15% del campione, come abbiamo visto), se **la collaborazione con la scuola per questi bambini e ragazzi fosse efficace**. **Solamente il 16,5% risponde di sì** (figura 13).

I genitori chiedono più sostegno e collaborazione da parte della scuola, una maggiore conoscenza della patologia e delle sue implicazioni, più assistenza anche medica e infermieristica, più sensibilità e supporto psicologico.

Figura 13 Esiste una collaborazione tra specialista/centro specialistico e scuola?



Fonte: Indagine civica sulle malattie rare – Cittadinanzattiva

7.3.3 Il focus sul periodo COVID

Dopo una ricognizione in generale su quella che è l'organizzazione che ruota intorno alle persone affette da malattie rare, abbiamo ritenuto doveroso fare un piccolo **approfondimento sulle problematiche specifiche legate al difficile periodo della pandemia da COVID**. Se, infatti, alcuni problemi sono purtroppo gli stessi nel passare degli anni, alcuni si sono ulteriormente acuiti in questo periodo.

La prima cosa che, quindi, abbiamo chiesto è stata ovviamente **se avessero riscontrato in questo periodo particolari problematiche** e purtroppo la **risposta risulta affermativa per il 65% del campione** (tabella 8).

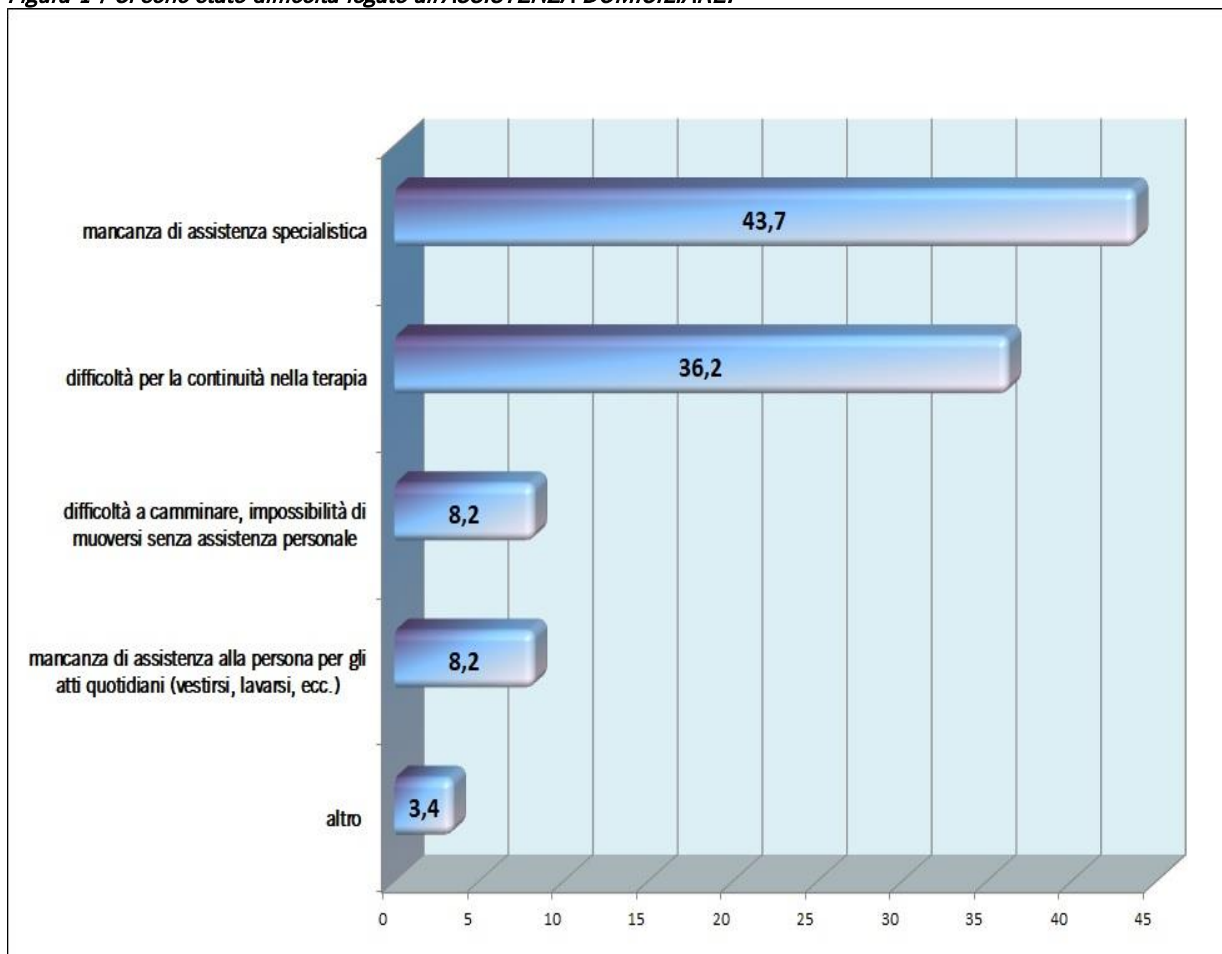
Tabella 8 Ha riscontrato particolari difficoltà durante il periodo di emergenza legato al covid?

sì	65%
no	35%

Fonte: Indagine civica sulle malattie rare – Cittadinanzattiva

Fra quelli che hanno risposto sì, le difficoltà pertinenti all'assistenza a domicilio (figura 14) hanno riguardato in primo luogo la **mancanza di assistenza specialistica** (43,7%), purtroppo in molti hanno ricevuto solamente la comunicazione di chiusura del centro o del reparto in cui erano in cura senza fornire al tempo stesso un'alternativa, magari attraverso la telemedicina. Il 36,2% ha riscontrato **problemi nel poter continuare la terapia**, possiamo immaginare con quali conseguenze. **L'8,2% si è trovato senza assistenza personale, con l'impossibilità di muoversi e un aiuto nel compiere atti quotidiani come vestirsi, lavarsi, ecc.** Altri hanno sottolineato difficoltà anche di tipo psicologico, di solitudine o la difficoltà dei genitori a lavorare da casa in smart working e al tempo stesso gestire un bambino o un ragazzo affetto da malattia rara.

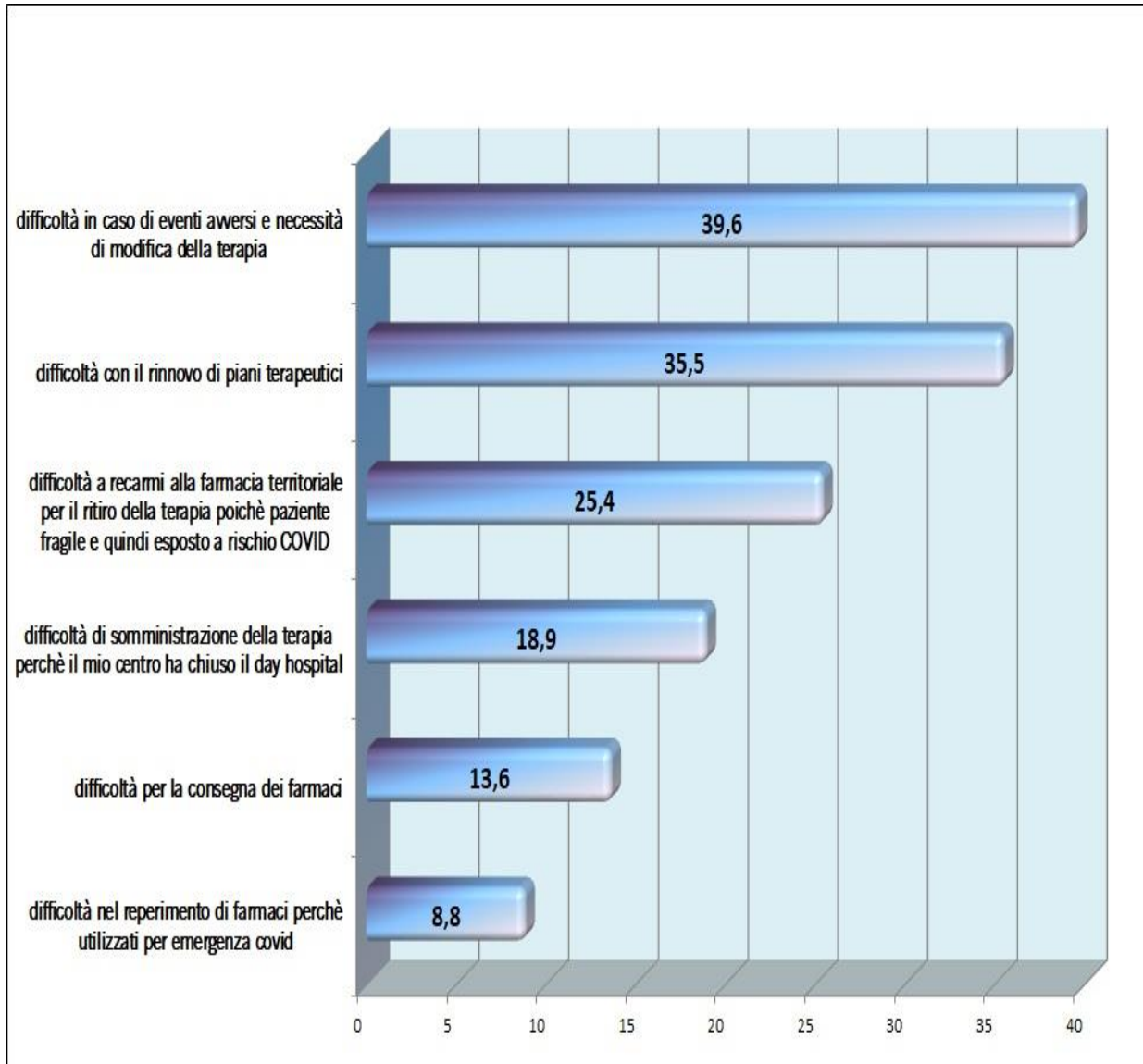
Figura 14 Ci sono state difficoltà legate all'ASSISTENZA DOMICILIARE?



Fonte: Indagine civica sulle malattie rare – Cittadinanzattiva

La continuità terapeutica, come abbiamo visto, è stata pregiudicata, innanzitutto dalla **difficoltà in caso di effetti avversi e quindi della necessità di modificare la terapia**, di potersi rivolgere allo specialista (figura 15), ma anche dalla **difficoltà legata al rinnovo dei piani terapeutici** (35,5%). C'era anche il **timore di recarsi nella farmacia territoriale** per paura di contrarre il virus (25,4%) o l'**impossibilità di proseguire la terapia a causa della chiusura del day hospital** (18,9%). Ancora, il 13,6% ha avuto **difficoltà nella consegna dei farmaci a domicilio**.

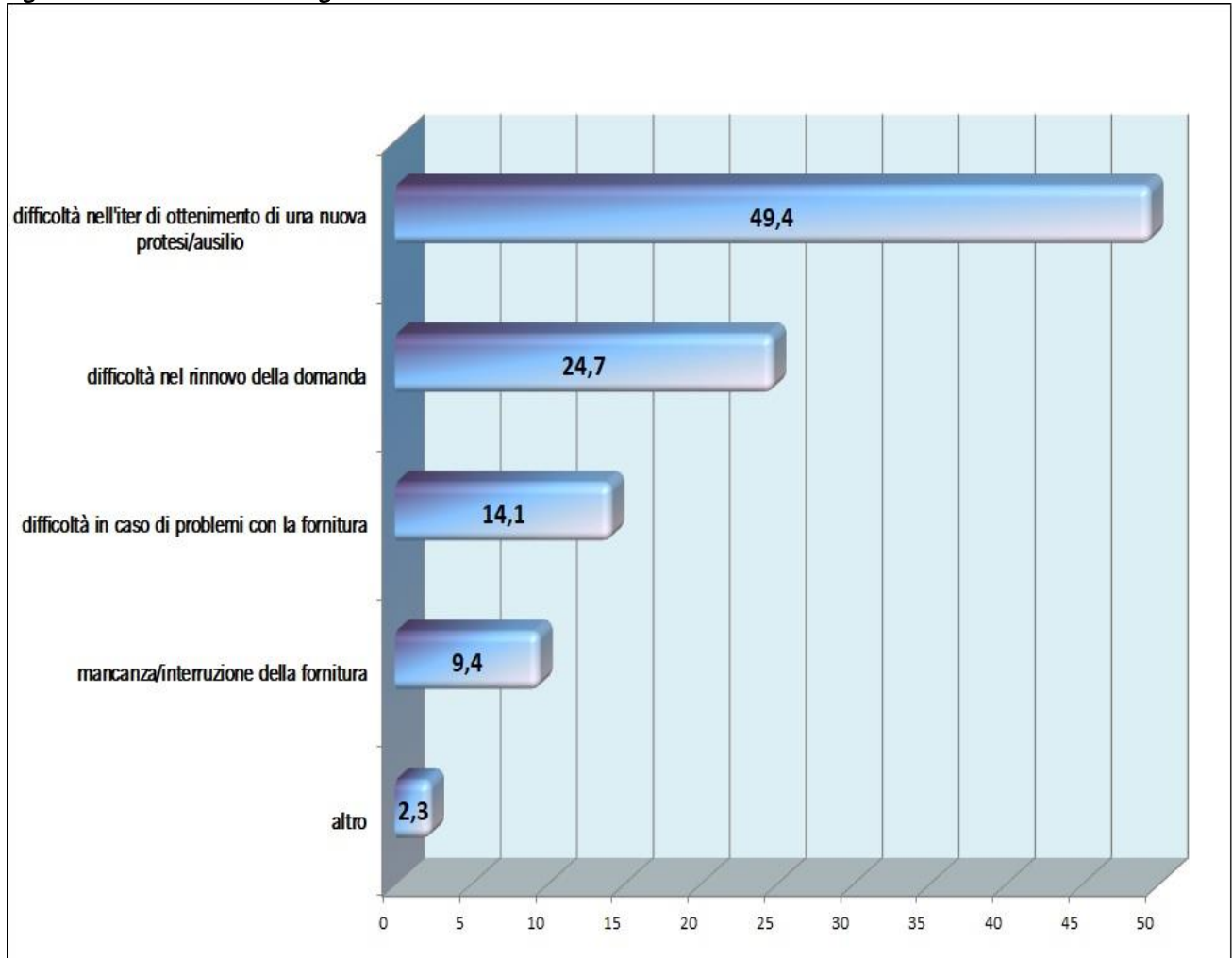
Figura 15 Sono state difficoltà legate all'ASSISTENZA FARMACOLOGICA?



Fonte: Indagine civica sulle malattie rare – Cittadinanzattiva

Nel caso, invece, in cui fosse necessario ricevere una **protesi, un dispositivo o un ausilio**, la prima impossibilità (figura 16) è stata quella di **presentare una nuova domanda, o seguire l'iter di una domanda in corso** (49,4%), così come nel **rinnovare una domanda già esistente** (24,7%). Nel 14,1% si sono verificati **problemi nella fornitura** e nel 9,4% la fornitura è stata addirittura interrotta.

Figura 16 Sono state difficoltà legate a **PROTESI E AUSILI**?



Fonte: Indagine civica sulle malattie rare – Cittadinanzattiva

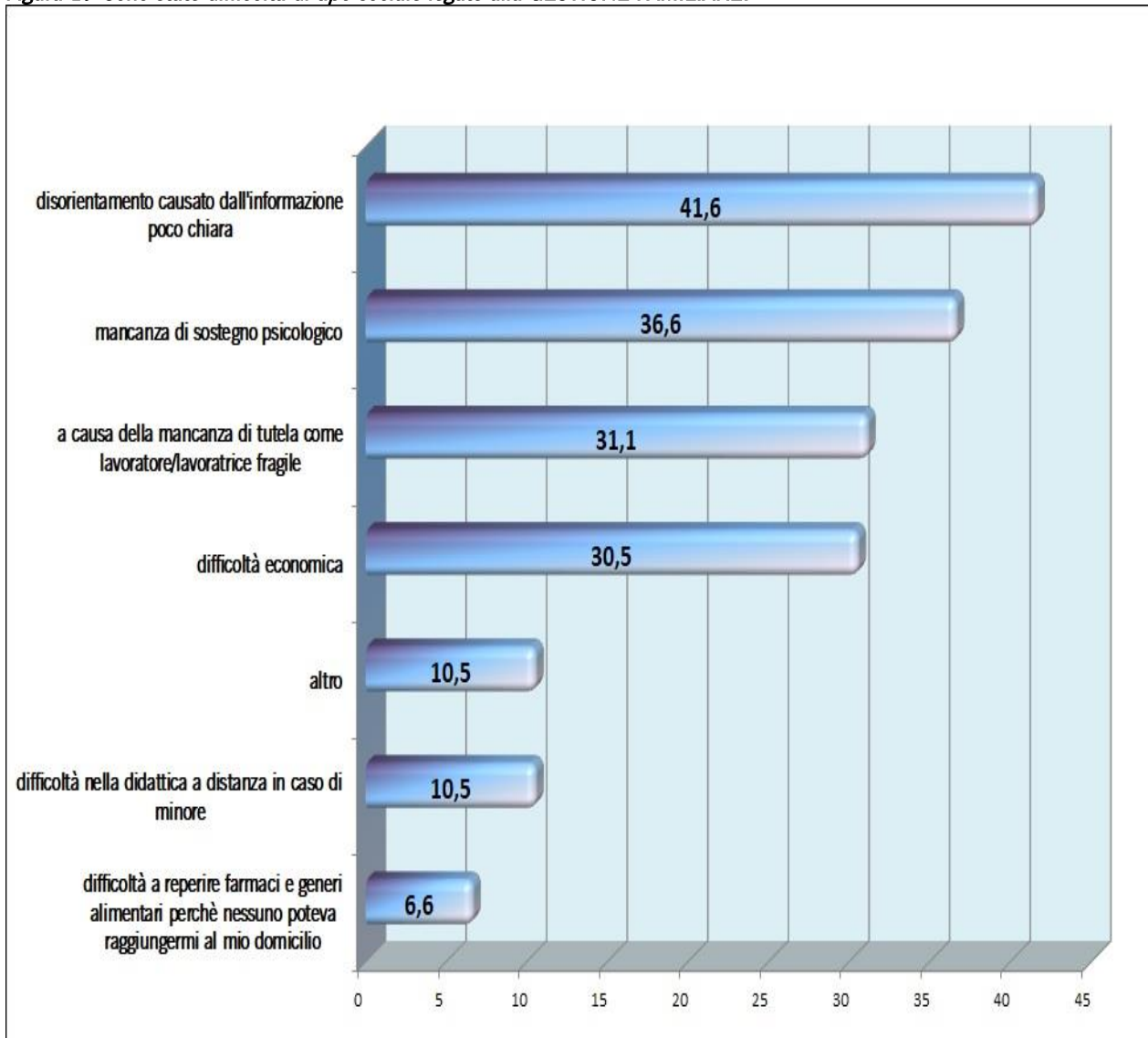
Ed infine, parlando, più in generale di aspetti non prettamente legati alla cura della persona (figura 17), a mancare è stata innanzitutto **l'informazione** (41,6%) **su come gestire la malattia in questo frangente** così difficile, quanto inaspettato. Ancora, è mancato il **sostegno psicologico** nel 36,6%. Le persone affette da malattia rara e i loro familiari si sono sentiti in questo tempo, ancora più del solito, abbandonati a sé stessi ed ai propri problemi e fatiche quotidiane. Una persona che ha risposto al questionario ha usato un termine forte, ma che rende bene l'idea, si son sentiti ancora più "trasparenti".

Sono mancate poi le attenzioni e le forme di tutela, sia in ambito lavorativo, infatti, il 31,1% sottolinea una mancanza di tutela in quanto lavoratore fragile, **sia in campo scolastico** con una didattica a distanza poco efficace per il 10,5% ma anche di **tipo economico** (30,5%).

Le famiglie ed i malati rari si sono in molti casi ritrovati soli nell'affrontare il peso di una malattia, senza trovare risposte né di tipo medico e assistenziale, come abbiamo visto, né di tipo

economico e sociale, dovendo fare quindi i salti mortali, nel lavoro, nell'assistenza, nella didattica e nel sostegno morale e psicologico.

Figura 17 Sono state difficoltà di tipo sociale legate alla GESTIONE FAMILIARE?



Fonte: Indagine civica sulle malattie rare – Cittadinanzattiva

Per concludere, quello che emerge dai dati, sebbene sappiamo quanto sia poi complessa la realtà assistenziale delle malattie rare, e quanto questo ne rappresenti solo uno spaccato, è che esistono ancora grandi problemi nell'organizzazione della rete che dovrebbe ruotare attorno ai malati rari.

Ancora oggi molte persone che hanno ricevuto una diagnosi di malattia rara non conoscono l'esistenza della rete delle malattie rare e della sua importanza ed opportunità. Alle volte, c'è anche da dire che i centri individuati non sono quelli in cui poi le persone decidono di curarsi. Anche su questo le istituzioni dovrebbero porsi una domanda sulla necessità di coinvolgere di più i pazienti e le associazioni che li rappresentano nelle scelte che ricadono su ciascuno di loro. Manca quella collaborazione che inizia dal medico o pediatra di base, fino all'équipe che dovrebbe prendersi carico del malato. Cosa che porta, alla fine, a giungere ad una diagnosi

anche dopo dieci anni, un tempo davvero inaccettabile. Manca spesso un'équipe e a prenotare visite ed esami sono le persone stesse ed i loro familiari e caregiver.

Eppure, quello che chiedono le persone affette da malattie rare, non sono irrealizzabili, anzi. Le proposte che hanno espresso in forma aperte nel questionario, sembrano tutte di buon senso. Chiedono più aggiornamento per specialisti e medici di base, più continuità per visite ed esami, quindi anche meno liste d'attesa per chi ha una malattia rara, meno costi e visite a pagamento, più centri e non dover fare centinaia di chilometri, più ore di assistenza domiciliare, più permessi lavorativi, non essere costretti a rivolgersi al pronto soccorso per ogni complicazione, avere centri e specialisti nella propria regione, avere una figura di riferimento che risponda celermente, via email o telefono, avere almeno il piano terapeutico online dopo mesi di mancato accesso alle cure, avere dei percorsi dedicati e sicuri per accedere alle strutture sanitarie anche in questi tempi di covid, aumentare l'utilizzo della telemedicina e comunque delle tecnologie per: comunicazioni (dal centro riferimento al paziente e viceversa), consulti, scambio di dati tra specialisti, informatizzazione della documentazione, non solo piani terapeutici e prescrizioni, ma anche referti, evitando di far girare il malato, diminuire la burocrazia legata alle autorizzazioni per gli accessi alle strutture di riferimento extraregione. Essere presi in cura da una équipe multidisciplinare che colloqui con il centro di riferimento sul territorio. Evitare la burocrazia inutile, come nel caso dell'esenzione rifiutata per l'esecuzione di esami e accertamenti basilari per la malattia. Ci vorrebbe un "case manager" per la gestione dei soggetti medici che ruotano intorno al paziente, ce ne vorrebbe un altro che si occupi di tutta la gestione amministrativa.

Ci auguriamo, quindi, che la rete delle malattie rare diventi davvero una rete che ruota attorno al paziente e alle sue esigenze, che come abbiamo visto, non sono straordinarie ed eccezionale. L'eccezione dovrebbe essere la malattia, in quanto rara, non il malato.

Conclusioni

Otto anni di Osservatorio

a cura di Anna Lisa Mandorino

I dati dell'ottavo *Osservatorio civico sul federalismo in sanità* dimostrano fuor di dubbio quanto la salute dei cittadini sia ormai un emblema delle disuguaglianze nel nostro Paese e, in particolare, di quelle riguardanti i luoghi. Infatti, ogni ambito a cui quei dati si riferiscono, la prevenzione, l'assistenza ospedaliera, l'assistenza territoriale, l'accesso ai farmaci, l'approccio di presa in carico e di cura delle malattie croniche e rare rivelano le faglie apertesi fra le Regioni del nostro Paese e, innegabilmente, la frattura fra molte Regioni del Sud e quelle del Nord. Sono disuguaglianze che si traducono, nel loro esito più esasperato e iniquo, in differenze di anni di speranza di vita alla nascita e, soprattutto, in differenze di anni di speranza di vita in buona salute. Il dato riportato dall'*Osservatorio* per cui un cittadino nato in Calabria nel 2018 ha un'aspettativa di vita in buona salute inferiore di più di quattordici anni rispetto a chi è nato, nello stesso anno, in Trentino Alto Adige dimostra come parlare di un unico Servizio sanitario nazionale rischi di essere ormai un falso storico se non si mette in campo un programma di riforme organico e tempestivo.

E a proposito di falsi storici lo è stato sicuramente il tema, a lungo alimentato dal discorso pubblico e vivo fino al giorno prima dello scoppio della pandemia da Covid-19, di una sanità ormai insostenibile e comunque troppo dispendiosa in relazione alla sua efficacia, di una spesa pubblica per la sanità fuori controllo. I dati riportati dall'*Osservatorio* confermano che, anzi, in conseguenza della politica continuativa di disinvestimento che ha subito, il Servizio sanitario nazionale ha contribuito fra il 2010 e il 2019, come nessun altro ambito di spesa sociale, al contenimento dei costi e che, mentre la spesa sanitaria pubblica pro capite cresceva in media annua dello 0,5% in Olanda, del 2% in Francia, del 2,2% in Germania, essa subiva in Italia una riduzione media annua in termini reali dello 0,8% nello stesso periodo.

Questa specie di inganno collettivo ha consentito l'acuirsi, costante e sempre più netto nel corso di un decennio di disinvestimento, di un'altra disuguaglianza, quella di reddito, che si aggiunge e moltiplica l'effetto di quella territoriale nel determinare gli esiti drammatici prima riportati. L'aumento contestuale e direttamente proporzionale della spesa sanitaria a carico del cittadino rispetto alla contrazione della spesa pubblica significa che i cittadini hanno pagato via via di tasca propria lo scarto di investimento. Su questo l'*Osservatorio* non manca di evidenziare due informazioni rilevanti. La prima, che le variazioni più significative nell'investimento privato per la sanità riguardano gli ambiti più problematici del Servizio sanitario nazionale, messi in evidenza pochi giorni fa anche dal *Rapporto Pit Salute* di Cittadinanzattiva: si tratta dell'ambito dell'accesso alle prestazioni sanitarie, in particolare per le questioni legate alle lunghe liste d'attesa, e dell'ambito dell'assistenza domiciliare, del tutto inadeguata nel nostro Paese, che sono proprio quelli per cui il cittadino spende di più di tasca propria. La seconda, che la compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino è in crescita nelle Regioni ancora in Piano di rientro, mentre diminuisce nelle altre e si riduce in quelle, come l'Emilia Romagna, che hanno introdotto dei provvedimenti tesi a favorire l'accesso alla sanità pubblica: vuol dire non solo che chi può pagare le cure, si cura e chi non può pagarle spesso rinuncia; ma, poiché l'offerta di cura è meno efficiente proprio nelle Regioni nelle quali i redditi sono più bassi, vuol

dire che in queste Regioni chi può pagare paga sempre di più, ma i moltissimi che non possono pagare smettono semplicemente di curarsi.

Un altro dato che l'*Osservatorio* evidenzia tradizionalmente, e anche quest'anno, è quello relativo alla mobilità passiva collegata alla cattiva distribuzione dei servizi o a differenze nella qualità delle cure offerte. È con la mobilità passiva, andando via dalla propria Regione per curarsi in un'altra ritenuta più affidabile, che i cittadini rispondono alle carenze nell'offerta di prestazioni. Ma, come l'*Osservatorio* indica, mentre nelle Regioni non in Piano di rientro la mobilità passiva è accompagnata, spesso, da un'elevata mobilità attiva, tale da riequilibrarla, in quelle in Piano di rientro il saldo resta negativo. Il dato riguarda non soltanto i ricoveri per acuti in regime ordinario, ma anche il complesso di ricoveri in *day hospital*, lungodegenza e riabilitazione. Valori particolarmente elevati si registrano continuamente negli anni in Calabria (20,2% nel 2018). E la mobilità passiva, oltre a essere un interessante indicatore di disuguaglianze, ne è causa essa stessa, poiché le regioni con bassi livelli di assistenza, reali o percepiti, e di conseguenza con saldi di mobilità negativi, sono indotte a ridurre la propria spesa sanitaria a scapito, in un circolo vizioso, della qualità dei servizi offerti.

Tutto questo era già prima del Covid-19. Esso ha sbaragliato ogni tentativo di "riforma strisciante" nei confronti della sanità pubblica, dimostrando quanto la promozione della salute dei cittadini, e un Servizio sanitario che la garantisca e la tuteli, siano componenti essenziali della tenuta sociale, e non solo nel nostro Paese, e siano al contempo lo strumento al momento più efficace e di immediata attivazione per il superamento delle disuguaglianze: gli altri determinanti della salute, il reddito, il livello di istruzione, le condizioni dell'ambiente in cui si vive sono tali da richiedere, per il superamento delle diseguità che comportano, investimenti di lungo periodo e trasformazioni graduali e complesse. Qualificare l'offerta di sanità pubblica, migliorarla e accrescerla, è strategia in grado di agire rapidamente sugli esiti di salute dei cittadini. L'epidemia in cui siamo, fra altre cose, ha rivelato con chiarezza quanto scelte accurate ed efficaci di politica pubblica sanitaria siano in grado di fare la differenza, anche nel breve o medio termine, e quanto, per praticarle, non serva andare verso ipotesi di ulteriore autonomia differenziata, anche esse così imperanti nel discorso pubblico pre-Covid, ma anzi occorra superare, almeno in emergenza, tutti i limiti di un'azione programmatica spezzettata al livello regionale.

D'altra parte, la dotazione di informazioni raccolte dall'*Osservatorio*, nel mentre rimarca le disuguaglianze, permette di mostrare chiaramente anche quanto alcune Regioni del nostro Paese siano in grado di offrire ai propri cittadini servizi socio-sanitari di qualità ed efficacia, e che lo fanno come si è detto senza sbrago di risorse. Piuttosto è in quelle Regioni, o in quelle aree all'interno delle Regioni, in cui la sanità pubblica non funziona che occorrono interventi pronti e sistematici. La media dei punteggi relativi al monitoraggio dei Lea per gli anni 2012-2018 sarà pure relativamente indicativa, considerato che si tratta di un metodo di rilevazione del dato obsoleto e incompleto, destinato a essere superato fin dal prossimo anno, ma il divario di punteggio che esiste fra alcune Regioni e altre è netto e il fatto che le Regioni del Nord siano mediamente messe meglio di quelle del Sud indiscutibile.

Vi è dunque la necessità, ma anche la possibilità concreta, se si vuole operare per il superamento delle disuguaglianze territoriali in sanità, di attivare politiche pubbliche rigorose e risolutive. Lo si è fatto in questi anni con riguardo ai fondi, individuando le Regioni da sottoporre a Piano di rientro, che, praticamente tutte, sono infatti rientrate dal disavanzo o hanno ridotto significativamente la loro quota. La stessa determinazione che è stata utilizzata nelle Regioni da sottoporre al Piano di rientro dei loro bilanci, non per nulla definite "canaglia", può e deve essere

utilizzata per implementare, governare e verificare Piani di rientro dei Lea, dei livelli di salute considerati essenziali, Piani che garantiscano l'allineamento della risposta di salute in tutte le Regioni. È la stessa idea di sussidiarietà a consentirlo prevedendo che, poiché funzionale, sia il livello più vicino al cittadino quello che opera per l'erogazione dei servizi, ma che livelli superiori debbano intervenire con tutti gli strumenti di governo, controllo, valutazione e intervento diretto se i servizi non sono erogati per nulla o con adeguata qualità.

Ci sono molte proposte che vanno a incidere su aspetti specifici, ma assolutamente non marginali, i quali sono ragione diretta o contribuiscono a esacerbare le disuguaglianze in sanità, e sui quali è possibile per lo Stato operare scelte o dare indicazioni vincolanti: due, in particolare, riguardano questioni completamente diverse, ma altrettanto rilevanti ai fini di una sanità più uguale e più equa, e Cittadinanzattiva contribuisce a promuoverle insieme con il Forum disuguaglianze e diversità di cui è tra le organizzazioni promotrici.

La prima ha a che fare con un ridisegno dei servizi a misura delle persone, anche attraverso appalti pubblici per l'acquisto di beni e servizi innovativi e orientati alla giustizia sociale, e attraverso l'implementazione di strumenti come gli appalti pre-commerciali, già sperimentati con successo e volti alla ricerca di soluzioni innovative a un bisogno collettivo tramite, per esempio, bandi di idee. È un ambito considerato oscuro e lontano dalle persone, dove si annidano aree di corruzione e di spreco specie in sanità, e che invece andrebbe reso un'area di partecipazione e di coinvolgimento attivo dei cittadini. Questo permetterebbe di superare la logica della minimizzazione dei costi che, oltre a non consentire erogazione di beni e servizi di qualità, è essa stessa fonte di spreco poiché costringe i cittadini a ricorrere, laddove glielo consenta la loro situazione reddituale, a un'ulteriore spesa privata; e renderebbe possibile un'azione di monitoraggio civico costante sull'efficacia dei beni e dei servizi acquistati, sia nella fase dell'acquisto sia nella fase della verifica della rispondenza dell'acquisto ai bisogni reali.

La seconda riguarda la necessità di mettere in campo strategie ad hoc per quei luoghi marginalizzati del nostro Paese, presenti anche nelle Regioni più capaci di servizi di qualità, aree interne rispetto ad aree urbane, periferie rispetto a centri delle città. Per garantire i bisogni "diffusi" di salute dei cittadini, specie di quelli che vivono in aree marginalizzate, occorre necessariamente operare con Strategie di intervento di lungo termine, risparmiate dal *turn over* della politica perché condivise come prioritarie, basate e orientate ai luoghi, che puntino alla promozione di alleanze nelle e tra le istituzioni territoriali entro aree vaste, che consentano di liberare il protagonismo e l'energia delle comunità in un'ottica di autodeterminazione e solidarietà.

Vi sono due ambiti invece nei quali occorre un investimento che deve riguardare tutto il Paese in termini di riforma della sanità pubblica, perché sono ambiti in cui, più che manifestarsi differenze fra un'area territoriale e l'altra, quello che è emerso, anche dalla pandemia, sono una inadeguatezza diffusa e la necessità di ribaltare politiche di riferimento, interventi di programmazione, modelli di organizzazione.

Uno è il mancato investimento sul personale con il blocco degli organici, introdotto nel 2007, che ha vincolato le Regioni ad una spesa per il personale non superiore a quella sostenuta nel 2004, diminuita dell'1,4%: un provvedimento introdotto come misura temporanea e rimasto in vigore per tredici anni, sino a qualche mese fa. L'*Osservatorio* riporta come la contrazione del numero degli addetti, medici, infermieri, amministrativi e tecnici che ne è derivata è stimata in circa 46.000 unità; che tra il 2010 e il 2017 l'età media è passata da 50,8 a 52,9 per i medici, e da 44,9 a 48,5 per gli infermieri, entrambe tra le più alte nell'ambito dei paesi occidentali più avanzati. Tra l'altro il blocco degli organici ha penalizzato proprio le Regioni più virtuose,

quelle che si erano tenute prudenti nel calcolo del personale necessario e che hanno visto trasformarsi in un boomerang proprio la loro efficacia programmatica, essendo rimaste poi ancorate alla spesa ormai di decenni fa. Al blocco degli organici si sono aggiunti gli ostacoli all'accesso dei medici alle scuole di specializzazione, che comportano ora la carenza di medici specialisti di alcune aree o patologie; e la sottovalutazione della questione del numero di infermieri disponibili, a fronte di un ruolo sempre più essenziale che si va prefigurando per queste figure professionali all'interno del Servizio sanitario nazionale: non per caso l'*Osservatorio* si sofferma sul fatto che nel 2017 in Italia disponevamo di 20,0 infermieri per 100.000 abitanti, laddove nel Regno Unito erano 29,4, in Francia 40,8, in Austria 43,5, in Germania 54,5.

Un'altra criticità diffusa, ed emersa drammaticamente durante l'epidemia, sono l'arretratezza e l'inadeguatezza delle infrastrutture sanitarie sulle quali sono mancati ogni tipo di investimento e di logica programmatica, che ha reso per esempio i nostri ospedali, al pari delle nostre scuole, luoghi addirittura insicuri e precari, e in ogni caso inospitali. Su questo sembrano esserci buone possibilità che la situazione migliori: la legge di bilancio, per esempio, riserva a questo capitolo di spesa un'attenzione specifica. Ma un'analisi dei fabbisogni a monte, su quali e dove siano gli interventi più urgenti da mettere in campo, ancora non c'è, se è vero come è vero che più del 50% degli interventi in corso di realizzazione sono nel Nord, e un peso ancora maggiore essi rivestono in termini di finanziamento, mentre il 24% dei progetti che riguarda le regioni meridionali si avvale soltanto del 19% dei finanziamenti.

In conclusione, e per guardare al futuro: tante risorse aggiuntive sono arrivate e auspicabilmente arriveranno ancora per migliorare la tenuta del nostro sistema sanitario, e degli altri in Europa, e diventa imprescindibile a questo punto la responsabilità di come utilizzare tali risorse e su cosa orientare gli investimenti in sanità.

Alla luce di quello che si è detto, la risposta a questa domanda è piuttosto scontata e sta nella priorità che, nell'allocazione delle risorse, deve essere finalizzata a superare le disuguaglianze.

È chiaro che, per abbattere le disuguaglianze sanitarie, il tema non è solo avere più risorse a disposizione, ma saperle spendere bene - senza sprechi, senza corruzione - per garantire i fabbisogni di salute nelle differenti Regioni. Ma due cose sono certe, e rendono più complesso questo ragionamento. La prima è che il fondo sanitario viene ripartito fra le Regioni con altri criteri che non sono i fabbisogni di salute, criteri che hanno a che fare, oltre che con il numero dei residenti di una Regione, con la sua capacità storica di spesa. Detto altrimenti, vengono date più risorse a chi si è dimostrato storicamente in grado di spenderne, non a chi ha un fabbisogno di salute maggiore perché semmai ha una popolazione più anziana, un maggior numero di individui affetti da patologie croniche (il 70/80% dei budget sanitari servono a questo), una maggiore incidenza di patologie dovute a fattori ambientali. La seconda considerazione è che il nuovo meccanismo di valutazione dei Livelli di assistenza erogati dalle Regioni - introdotto dal Patto per la salute e più accurato del precedente visto che conduce la valutazione su tre ambiti, la prevenzione, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera - mostra che le Regioni inadempienti rispetto ai Livelli essenziali di assistenza sono la maggioranza, non più poche Regioni "canaglia", e, soprattutto, che quelle eccellenti in alcuni ambiti, come quello dell'assistenza ospedaliera, non lo sono affatto nel campo della prevenzione e, ancor meno, dell'assistenza territoriale.

E con questo il cerchio pare chiudersi, almeno al livello di ragionamento perché nella realtà molto andrà fatto per riuscirci: il dibattito sull'assistenza territoriale, anzi per meglio dire su una sanità presente al livello comunitario, e non soltanto tra le mura degli ospedali, su una sanità capace di promuovere salute, di fare rete tra gli operatori, di costringere i professionisti a lavorare

insieme, di integrare risorse e programmi, di coinvolgere i cittadini, anche singoli, rendendoli *agenti di salute* (proprio come è avvenuto durante l'emergenza), di favorirne la capacità di organizzazione autonoma, di sostenere il protagonismo solidale delle comunità, è molto di attualità poiché si è osservato, durante il periodo della pandemia, che i luoghi meglio strutturati dal punto di vista dell'offerta di una sanità territoriale sono stati anche quelli in grado di rispondere meglio nell'emergenza in quanto già attrezzati per operare in un'ottica comunitaria. Ma, oltre l'emergenza, un'idea comunitaria di sanità - che capovolge perfino la relazione fra territorio e ospedale poiché non solo riconosce al primo la stessa centralità dell'ospedale, ma integra quest'ultimo *nel* territorio e *nella* comunità e smette di concepirlo come una struttura a sé, autogestita e spesso autoreferenziale - è anche quella in grado di garantire un meccanismo più efficace di lotta alle disuguaglianze, perché raggiunge le persone laddove sono, propone loro percorsi che tengano conto dei loro bisogni di salute e delle informazioni di cui dispongono per soddisfarli, garantisce la prossimità e rende possibili, attraverso essa, politiche di accesso facilitato, di prevenzione, di aderenza alle cure che sono presupposto di salute per tutti i cittadini e che devono diventarlo, in modo non più differibile, per quelli che vivono condizioni di fragilità di ogni genere.

Proposte

Per ridurre e contrastare le disuguaglianze, alla luce delle evidenze prodotte dal Rapporto, deve essere profuso un impegno costante e diffuso. Queste le nostre 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. La commissione ha il compito di aggiornare annualmente i LEA e valutare che la loro applicazione avvenga in tutte le Regioni, per tutti i servizi e le prestazioni e con stessi standard di qualità;
- Emanare i decreti per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni ambulatoriali e quello dei dispositivi medici, che rendano realmente esigibili i nuovi LEA ed il coinvolgimento attivo delle organizzazioni civiche nella loro revisione e monitoraggio;
- Migliorare l'accesso alle cure per i pazienti sul territorio passando da una visione *ospedalocentrica* ad un approccio *territoriale* dell'assistenza a favore dei cittadini con un approccio di sistema ed integrato e provvedere al riordino dell'assistenza territoriale in tutte le Regioni;
- Potenziare i servizi di telemedicina per poter garantire la continuità delle cure (per controlli e consulti) e la gestione dei pazienti al domicilio, e rispondere ad una delocalizzazione delle cure efficace, efficiente e sicura, investendo in piattaforme informatiche omogenee tra gli ospedali e i presidi territoriali;
- 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;
- Implementare infrastrutture e modelli organizzativi finalizzati alla realizzazione del sistema di interconnessione dei sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale;
- Rendere la semplificazione delle procedure, l'accesso alle stesse e la digitalizzazione un processo organico, che duri a lungo ed *entri a regime* anche dopo l'emergenza. In questo modo abbiamo una grande occasione di promuovere l'efficienza del sistema e, con essa, l'effettività del diritto alla salute;
- Dare piena attuazione al Piano Nazionale Governo Liste di attesa, attraverso un monitoraggio della sua applicazione e al Piano Nazionale Cronicità, attraverso una adozione sostanziale e non formale che preveda il coinvolgimento delle organizzazioni civiche e dei professionisti;

- 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;
- 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 differenze esistenti tra i diversi Prontuari farmaceutici, regionali e aziendali;
- Tener conto, nel quadro di riferimento della lotta alle disuguaglianze, dell'importante lavoro si sviluppato in questi anni dalla SNAI (Strategia Nazionale per le Aree Interne);
- Garantire l'effettiva applicazione del Patto per la Salute 2019- 2021.

Ringraziamenti

Il Rapporto 2019 dell'Osservatorio civico sul federalismo, non sarebbe stato possibile senza la collaborazione e il lavoro di ciascuno degli autori dei diversi capitoli, che elenchiamo in ordine alfabetico: Maria Teresa Bressi, Valeria Fava, Stefano A. Inglese, Michela Liberti, Carla Mariotti, Tiziana Nicoletti, Alessia Squillace, Maria Vitale. Un ringraziamento particolare va a tutti i segretari regionali di Cittadinanzattiva, oltre che ai coordinatori regionali del Tribunale dei Diritti del Malato per l'impegno quotidiano nella tutela dei diritti dei cittadini e per tutta l'attività che svolgono e che in parte abbiamo rappresentato in questo Rapporto. Un sentito grazie va poi tutti gli attivisti del Tribunale dei Diritti del Malato, per la passione e il tempo che dedicano alla tutela dei cittadini, garantendo il rispetto dei diritti da una parte, e la conoscenza delle storture del federalismo dall'altra. Quest'anno un particolare ringraziamento è rivolto a tutte le assemblee territoriali e le sezioni del Tribunale dei Diritti del Malato, perché attraverso le attività di monitoraggio delle strutture oncologiche, dei pronto soccorso, dell'assistenza territoriale, hanno permesso la raccolta di dati e la conoscenza della realtà a livello territoriale e regionale presenti in questo Rapporto. Grazie poi a tutti i collaboratori del PiT per aver fornito informazioni utili alla conoscenza delle questioni critiche maggiormente sentite dai cittadini.

Grazie inoltre all'infaticabile lavoro dello staff del TDM: Carla Berliri, Claudia Ciriello, Cristiana montani Natalucci, Roberta Passerini e alle colleghe dell'Agenzia di valutazione civica: Rosapaola Metastasio e Maria Eugenia Morreale che, in particolare, ha curato determinanti aspetti di analisi dei dati regionali.

Questo lavoro ha inoltre potuto contare del qualificato contributo di tutte le persone di seguito indicate, cui vanno i più sentiti ringraziamenti: Antonio Gaudio, Segretario Generale di Cittadinanzattiva; Anna Lisa Mandorino, Vice Segretario Generale di Cittadinanzattiva; Francesca Moccia, Vice Segretario Generale di Cittadinanzattiva; Marco Frey, Presidente di Cittadinanzattiva.

Grazie inoltre agli staff degli uffici di Cittadinanzattiva che hanno reso possibile la realizzazione e diffusione del presente lavoro: Comunicazione e stampa (Alessandro Cossu, Aurora Avenoso, Giacomo D'Orazio, Luana Scialanca e Lorenzo Blasina), Organizzazione (Elisa Blasucci, Linda Coccio, Alessandro Capudi, Giuliana Gubbiotti, Marianna Sarruso), Amministrazione (Cristina Orsini e Loredana Ridolfi) Raccolta fondi (Andrea Antognozzi), Relazioni istituzionali (Valentina Condò, Cristiano Tempesta).



Cittadinanzattiva è un'organizzazione fondata nel 1978, che promuove l'attivismo dei cittadini per la tutela dei diritti, la cura dei beni comuni, il sostegno alle persone in situazione di debolezza in ambito socio-sanitario, dei servizi di pubblica utilità, della giustizia, della scuola, delle politiche europee e della cittadinanza d'impresa. Cittadinanzattiva opera in Italia e in Europa.



Il Tribunale per i diritti del Malato, nato nel 1980, attiva i cittadini per la difesa dei loro diritti nell'ambito della salute e offre informazioni e aiuto per tutelarsi, ad esempio, da liste d'attesa, ticket eccessivi, sospetti errori medici. Realizza monitoraggi sulla qualità dei servizi e indagini sulle esperienze di cura dei pazienti. Grazie alla capillare presenza territoriale, i volontari del Tribunale per i diritti del Malato tutelano ogni anno il diritto alla salute di oltre 25.000 persone. Nel 2006 il Presidente della Repubblica ha assegnato al Tribunale per i diritti del Malato la "Medaglia d'oro al merito della sanità pubblica".

con il contributo non condizionato di

ALEXION®

Chiesi

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson

SANOFI