

SALUTE QUITÀ

Il Piano Nazionale della Cronicità per l'equità

6° Report

A cura di:

Tonino Aceti, Paolo Del Bufalo, Sabrina Nardi, Maria Pia Ruggieri

Premessa	Pag. 4
1. Le persone con malattia cronica, fragilità e disabilità in Italia	Pag. 6
2. Il Piano nazionale della cronicità e il recepimento nelle Regioni	Pag. 19
3. La stratificazione della popolazione	Pag. 31
4. E-Health e l'accesso nelle Regioni	Pag. 42
5. Il livello di garanzia dei PDTA nelle Regioni	Pag. 49
6. Le cure sul territorio	Pag. 57
7. La spesa sociale per interventi e servizi sociali nelle Regioni	Pag. 70
8. L'assistenza farmaceutica: uso dei farmaci e aderenza alle terapie	Pag. 73

9. Il percorso di confronto con i principali stakeholder/attori del PNC: il testo del documento conclusivo	Pag. 87
Proposte	Pag. 96

Salutequità®, novembre 2021.

Attribuzione: 6° Report Salutequità "Il Piano Nazionale della Cronicità per l'equità" - novembre 2021

Disponibile su www.salutequita.it

Questo documento è distribuito con licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale.

È consentito l'utilizzo esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di citare sempre la fonte

Premessa

Il 6° Report “Il Piano Nazionale della Cronicità per l’equità” rappresenta un ulteriore tassello dell’impegno di Salutequità volto ad aumentare il livello di attenzione pubblica sul tema dell’assistenza garantita ai pazienti NON Covid-19 che nel corso della pandemia (2020-2021) si sono scontrati con una difficoltà di accesso alle cure senza precedenti.

La finalità di questo lavoro è puntare i riflettori su una strategia importante che l’Italia si è data, quella relativa alla cronicità, facendo il punto su alcune delle questioni rilevanti messe a fuoco grazie ad un percorso di condivisione con una serie di stakeholder, che ha anche individuato delle priorità di intervento.

Il nostro Paese, primo in Europa, nel 2016 ha messo nero su bianco come il Servizio Sanitario Nazionale intende occuparsi delle persone che hanno malattie croniche nel Piano Nazionale della Cronicità.

Attraverso l’Intesa di settembre 2016 tutte le Regioni e Province autonome si sono impegnate a recepire il documento con propri provvedimenti e a dare attuazione ai contenuti del Piano nei rispettivi ambiti territoriali.

Il Piano nazionale cronicità sposta il focus sulla persona con malattia cronica. Ma l’implementazione va a rilento e seppure quasi tutte le Regioni l’abbiano formalmente recepito – impiegando anche quasi quattro anni nei casi limite - solo in alcune zone del Paese è realmente attuato.

Propone nuovi modelli organizzativi centrati su un approccio sistemico e multidimensionale che si poggia sulle cure territoriali e domiciliari, integrate, delegando all’assistenza ospedaliera la gestione dei casi acuti/complessi non gestibili dagli operatori sanitari delle cure primarie.

La “presa in carico” del cittadino dovrebbe avvenire sulla base dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) al fine di standardizzare i percorsi, personalizzando gli interventi sul singolo paziente.

Il Report si avvale dei dati e delle evidenze dell’“Osservatorio permanente sullo stato dell’assistenza ai pazienti NON Covid-19”, attivato da Salutequità

per dimensionare costantemente il fenomeno e offrire alle istituzioni e a tutti gli altri stakeholder un quadro costante e aggiornato delle principali evidenze, nonché per stimolare interventi normativi volti a introdurre azioni di miglioramento.

La pandemia, come noto, ha messo in evidenza luci e ombre del nostro Servizio Sanitario Nazionale. L'Istat dichiara in modo trasparente che ancora non siamo in grado di misurare l'impatto della pandemia sulla salute degli italiani, dato peraltro ripreso anche dalla Corte dei conti che scrive "Ancora poco "quantificati" sono poi i danni che deriveranno dal peggioramento delle condizioni di salute delle parti più fragili della popolazione per l'impossibilità di mantenere e rispettare gli screening e i tempi per le cure"¹

Sempre la Corte dei conti afferma che "gli studi predisposti di recente dal Ministero della Salute, segnalano efficacemente **l'eredità negativa in termini di mancate prestazioni rese sia a livello ospedaliero che ambulatoriale; un fenomeno che riguarda tutte le regioni e su cui poco hanno potuto fare, per ora, gli interventi finanziari a ciò specificamente destinati. Ma dai risultati esaminati emerge anche quanto siano state diverse le capacità di reazione a livello territoriale e come le ripercussioni della pandemia siano state amplificate dalle diverse condizioni dei sistemi regionali. I ritardi già evidenti in alcuni ambiti li hanno resi più esposti a conseguenze di carattere strutturale**".

E da anche una chiave di lettura utile per fare il punto sulla *lesson learned*. Prima scatta questa fotografia: "le differenze nella qualità dei servizi offerti, le carenze di personale dovute ai vincoli posti nella fase di risanamento, i limiti nella programmazione delle risorse professionali necessarie, ma, anche, la fuga progressiva dal sistema pubblico, le insufficienze dell'assistenza territoriale a fronte del crescente fenomeno delle non autosufficienze e delle cronicità, il lento procedere degli investimenti sacrificati dalle necessità correnti". Poi afferma che "guardare oggi agli indicatori alla base del monitoraggio dei livelli essenziali delle prestazioni consente di mettere a fuoco le condizioni prima della crisi, di comprendere meglio la risposta che è stato possibile dare nell'emergenza e di capire i problemi da cui è necessario ripartire".

¹ Corte dei conti, Rapporto 2021 sul Coordinamento della finanza pubblica

1. Le persone con malattia cronica, fragilità e disabilità in Italia

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che oltre l'80% dei costi in sanità è assorbito dalla cronicità che rappresenta, quindi, la grande sfida di tutti i Paesi industrializzati.

Le malattie croniche in Europa sono responsabili dell'86% di tutti i decessi e di una spesa di circa 700 miliardi di euro l'anno. Su una popolazione residente in Italia di 51 milioni di persone con più di 18 anni, si può stimare che oltre 14 milioni presentino una patologia cronica, e di questi 8,4 milioni siano ultra 65enni. Si raggiungono quasi 22 milioni di abitanti con cronicità considerando il totale della popolazione (anche under18): 8,8 milioni circa con almeno una patologia cronica grave e 12,7 con due o più malattie croniche in tutte le fasi della vita e quindi il dato è riferito a tutte le età: oltre un terzo di tutti gli abitanti. Ne deriva che 8 milioni di persone con patologia cronica siano under-18.

Attualmente nel nostro Paese si stima che si spendano, complessivamente, circa 66,7 miliardi per la cronicità; stando alle proiezioni effettuate sulla base degli scenari demografici futuri elaborati dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e ipotizzando una prevalenza stabile nelle diverse classi di età, nel 2028 spenderemo 70,7 miliardi di euro.

Infatti, secondo Osservasalute² le proiezioni della cronicità indicano che nel 2028, il numero di malati cronici salirà a 25 milioni, mentre i multi-cronici saranno 14 milioni. Nel 2028 la patologia cronica più frequente sarà l'ipertensione, con quasi 12 milioni di persone affette, mentre l'artrosi/artrite interesserà 11 milioni di italiani; per entrambe le patologie ci si attende 1 milione di malati in più rispetto al 2017. Le persone affette da osteoporosi, invece, saranno 5,3 milioni, 500 mila in più rispetto al 2017. Inoltre, gli italiani affetti da diabete saranno 3,6 milioni, mentre i malati di cuore 2,7 milioni.

² Osservatorio sulla salute regionale dell'Università Cattolica

Quanto alle diverse 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.

Gli ultimi dati ISTAT indicano nel nostro Paese un tasso medio di cronicità di 147,22 persone per mille abitanti con almeno una malattia cronica grave e di 211,06 persone ogni mille abitanti con due o più malattie croniche.

I valori più elevati si registrano al Sud e nelle Isole, con una forte disomogeneità di presenza di patologia (e di conseguente assistenza) tra Regioni, che purtroppo ricalca anche i ritardi registrati (si vedano i capitoli successivi) nell'attuazione del Piano nazionale cronicità.

Tabella – Tasso cronicità per 1000 abitanti

Regioni/Aree	Tasso almeno una malattia cronica grave M+F	Tasso due o più malattie croniche M+F
Piemonte	149,01	210,96
Valle d'Aosta	133,75	205,49
Lombardia	135,28	186,3
Trentino-Alto Adige	108,44	145,68
Veneto	131,59	189,97
FVG	136,27	206,65
Liguria	151,13	242,67
E. Romagna	155,93	228,38
Toscana	148,93	212,73
Umbria	180,4	251,93
Marche	149,91	220,36
Lazio	135,08	202,46
Abruzzo	163,98	237,58
Molise	182,68	226,29
Campania	154,96	210,63
Puglia	145,04	215,39
Basilicata	173,8	261,19
Calabria	182,55	252,6
Sicilia	152,16	225,67
Sardegna	180,37	247,31
Italia	147,22	211,06
Nord Ovest	140,5	198,55
Nord Est	139,28	202,37
Nord	139,99	200,15
Centro	144,59	211,55
Sud	158,15	222,77
Isole	159,13	231,01
Mezzogiorno	158,47	225,42
Italia	147,22	211,06

Fonte: Istat, 2021

Le cronicità si acquisiscono anche secondo le aree geografiche. La prevalenza più elevata di almeno una malattia cronica si registra in Liguria con il 45,1% della popolazione.

In Calabria si registra la quota più elevata di malati di diabete, ipertensione e disturbi nervosi, rispettivamente 8,2%, 20,9% e 7,0% della popolazione. Il Molise si caratterizza per la prevalenza maggiore di malati di cuore, il 5,6% della popolazione, la Liguria per quella più elevata di malati di artrosi/artriti, il 22,6%, la Sardegna per la quota maggiore di malati di osteoporosi, il 10,4%, infine la Basilicata spicca per la prevalenza più alta di malati di ulcera gastrica o duodenale e bronchite cronica, 4,5% e 7,7% rispettivamente.

La PA di Bolzano presenta la prevalenza più bassa di cronicità per tutte le patologie considerate. I Comuni sotto i 2.000 abitanti sono quelli con la quota più elevata di cronicità, quasi il 45%, mentre nelle periferie delle città Metropolitane si riscontra la quota più elevata di persone che soffrono di malattie allergiche, il 12,2% della popolazione residente.

Poi, ancora, i dati Istat evidenziano che le persone con livello di istruzione più basso soffrono molto più frequentemente di patologie croniche rispetto al resto della popolazione, con un divario crescente all'aumentare del titolo di studio conseguito.

E differenze di prevalenza si registrano anche rispetto alle professioni. Le categorie maggiormente colpite da patologie croniche sono i disoccupati (quelli alla ricerca di nuova occupazione) e gli autonomi; tra i primi la percentuale di coloro che soffrono di almeno una patologia cronica sono il 36,3%, mentre tra i secondi si attesta al 34,6%. Rispetto alla condizione di multicronicità, i disoccupati palesano mediamente maggiori svantaggi rispetto ad artrosi/artrite e disturbi nervosi. Tra gli autonomi la patologia per la quale palesano mediamente più svantaggio è l'ipertensione.

Sempre in riferimento alle cronicità, Epicentro, sezione epidemiologica dell'Istituto Superiore di Sanità, valutando l'effetto cronicità nell'ambito della pandemia, ha riportato le seguenti considerazioni, riferite a una popolazione over 18, analizzando due documenti statistici, PASSI e PASSI d'Argento:

- dai dati emerge una **dimensione della cronicità e della policronicità che cresce con l'avanzare dell'età: dopo i 65 anni e prima dei 75, più della metà delle persone convive con una o più patologie croniche tra quelle indagate e il numero aumenta con l'età fino a interessare complessivamente i tre quarti degli ultra 85enni, di cui la metà è affetto da due o più patologie croniche.** La prevalenza per singole patologie croniche cambia con l'età: prima dei 55 anni la più frequente riguarda l'apparato respiratorio e coinvolge mediamente il 6% degli adulti. Dopo i 55 anni aumenta considerevolmente anche la frequenza di cardiopatie e di diabete, che raggiungono prevalenze rispettivamente del 30% e 20% verso gli 80 anni. La prevalenza dei tumori raggiunge il suo valore massimo (circa 15%) intorno agli 80 anni. I casi con eventi pregressi di ictus e ischemie cerebrali, così come quelli con insufficienza renale, più contenuti, iniziano ad aumentare dopo i 70 anni, mentre la prevalenza di malattie croniche del fegato non supera il 5%, neanche in età più avanzate;
- l'ipertensione arteriosa è poco frequente prima dei 40 anni (meno del 10%), ma dopo questa età aumenta rapidamente e arriva a coinvolgere il 65% circa della popolazione intorno agli 80 anni. Si manifesta indipendentemente dalla presenza di patologie croniche, ma è più frequente in loro presenza, perché si correla alle malattie cerebro-cardiovascolari e al diabete. Dopo i 65 anni l'ipertensione è riferita dal 51% delle persone senza patologie croniche, ma dal 64% delle persone con una patologia cronica e dal 76% delle persone con policronicità;
- **le differenze di genere sono contenute, ma statisticamente significative dopo i 65 anni e sembrano favorire le donne.**

Osservando i principali fattori di rischio comportamentali implicati nell'insorgenza delle patologie croniche e/o nel carico di malattia che queste comportano, i dati mostrano differenze di genere rilevanti, e statisticamente significative, a favore delle donne, nell'esposizione (attuale e pregressa) al fumo di sigaretta e nel consumo di alcol: fra gli adulti di 18-69 anni fumano abitualmente il 30% degli uomini, contro il 22% delle donne, e risultano ex fumatori il 22% degli uomini, contro il 13% fra le donne; fanno un consumo di alcol a rischio per la salute, per quantità e/o modalità di assunzione (consumo abituale elevato oltre i limiti indicati dall'OMS, o binge drinking, o consumo prevalentemente o esclusivamente

fuori pasto) il 22% degli uomini, contro il 12% delle donne. Anche le differenze di genere nell'obesità, anche se molto contenute, sono minori tra le donne, con una prevalenza di obesità leggermente più bassa rispetto agli uomini, ma statisticamente significativa (10% rispetto all'11% negli uomini). **L'inattività fisica è fra i fattori di rischio comportamentali l'unico che agisce a sfavore delle donne che risultano ovunque in Italia più sedentarie degli uomini.**

È questo il contesto in cui si è diffusa l'epidemia da SARS-Cov-2 in Italia e di seguito possiamo vedere la distribuzione della popolazione per presenza/assenza di una o più patologie croniche.

Tabella - Indicatori Passi d'Argento 2017-2020 (valori %)

	Persone libere da patologie croniche *	Persone con almeno 1 patologie cronica *	Persone con 2 o più patologie croniche (co-morbidity) *
Abruzzo	42.1	57.9	23.8
Basilicata	39.6	60.4	21.1
Calabria	36.4	63.6	29.3
Campania	27.3	72.7	37.2
Emilia-Romagna	39.8	60.2	24.0
Friuli-Venezia Giulia	43.1	56.9	22.1
Lazio	39.9	60.1	22.9
Liguria	44.9	55.1	20.9
Lombardia			
Marche	39.1	60.9	25.8
Molise	58.6	41.4	17.5
Piemonte	50.6	49.5	14.8
Provincia di Bolzano	48.0	52.0	17.2
Provincia di Trento	44.2	55.8	21.1
Puglia	31.0	69.0	32.7
Sardegna	39.1	60.9	25.0
Sicilia	40.5	59.5	26.4
Toscana	41.8	58.2	24.3
Umbria	38.5	61.5	26.6
Valle d'Aosta			
Veneto	42.8	57.2	22.7
Italia	39.2	60.8	25.7
 peggiore del valore nazionale	 simile al valore nazionale	 migliore del valore nazionale	
* Le patologie indagate sono le seguenti: Cardiopatie (Infarto del miocardio, ischemia cardiaca o malattia delle coronarie o Altre malattie del cuore), Ictus o ischemia cerebrale, Tumori (comprese leucemie e linfomi), Malattie respiratorie croniche (Bronchite cronica, enfisema, insufficienza respiratoria, asma bronchiale), Diabete, Malattie croniche del fegato e/o cirrosi, Insufficienza renale			
Fonte: Passi d'argento, Istituto Superiore di Sanità			

La cronicità e la multimorbilità, quindi, sono legate soprattutto all'età.

Tabella - Indicatori - Passi d'Argento 2017-2020

	Stato di salute percepito positivamente	Stato di salute percepito negativamente	Numero totale medio di giorni in cattiva salute *	Numero medio di giorni in cattiva salute fisica	Numero medio di giorni in cattiva salute psichica	Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane
Abruzzo	87.8	12.2	6.2	4.6	3.2	2.8
Basilicata	85.9	14.1	6.1	4.0	2.9	3.1
Calabria	83.8	16.2	7.3	4.8	3.7	4.0
Campania	85.6	14.4	10.2	6.4	5.8	6.2
Emilia-Romagna	89.9	10.1	7.5	4.7	4.3	2.2
Friuli-Venezia Giulia	91.5	8.5	5.3	3.8	2.7	2.1
Lazio	88.1	12.0	6.4	4.3	3.3	2.6
Liguria	89.3	10.8	8.1	5.3	4.7	3.1
Lombardia						
Marche	86.6	13.4	9.7	6.7	5.8	2.4
Molise	97.3	2.7	5.2	3.2	2.4	1.7
Piemonte	92.8	7.2	3.7	2.4	1.9	1.4
Provincia di Bolzano	94.2	5.8	7.5	5.6	3.3	2.6
Provincia di Trento	92.0	8.0	6.8	4.3	3.7	3.2
Puglia	87.2	12.8	8.4	5.2	5.1	4.3
Sardegna	80.5	19.6	10.0	6.8	5.3	4.3
Sicilia	85.0	15.0	10.1	7.2	6.2	5.4
Toscana	88.1	11.9	5.4	3.7	2.3	2.3
Umbria	83.9	16.1	9.7	6.3	5.9	4.2
Valle d'Aosta						
Veneto	90.5	9.6	8.6	6.0	4.8	3.1
Italia	88.0	12.0	7.8	5.2	4.3	3.4
■ peggiore del valore nazionale ■ simile al valore nazionale ■ migliore del valore nazionale						
* Il numero medio di giorni in cattiva salute è calcolato come la somma dei giorni in cattiva salute per problemi fisici e quelli in cattiva salute per problemi psicologici, vissuti nei 30 giorni precedenti l'intervista, fino a un massimo di 30 giorni per intervistato						
Fonte: Passi d'argento, Istituto Superiore di Sanità						

1.1 Fragilità e disabilità

Secondo Passi d'Argento, l'autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana assume una particolare importanza per il benessere dell'individuo, anche in relazione alle necessità assistenziali che si accompagnano alla sua perdita.

Il livello di autonomia viene individuato utilizzando la scala delle ADL (*Activity of Daily Living*) e la scala delle IADL (*Instrumental Activity of Daily Living*) che analizzano rispettivamente la capacità di compiere funzioni fondamentali della vita quotidiana (mangiare, vestirsi, lavarsi, spostarsi da una stanza all'altra, essere continenti, usare i servizi per fare i propri bisogni) e le funzioni complesse (come preparare i pasti, effettuare lavori domestici, assumere farmaci, andare in giro, gestirsi economicamente o utilizzare un telefono) che consentono a una persona di vivere da sola in maniera autonoma.

Quasi tutte le persone con fragilità (98%) ricevono aiuto per svolgere le funzioni delle attività della vita quotidiana per cui non è autonomo (IADL). Tuttavia, questo aiuto è sostenuto per lo più dalle famiglie, dai familiari direttamente (94%), e/o da badanti (21%) ma anche da conoscenti (14%); meno del 3% riferisce di ricevere aiuto a domicilio da operatori socio-sanitari delle ASL o del Comune, meno dell'1% riceve assistenza da un centro diurno.

Una piccola quota è sostenuta da associazioni di volontariato (1%). Esiste un gradiente Nord-Sud della fragilità a sfavore delle Regioni del Sud (25% vs 16% nel Centro e 13% nel Nord).

Tabella – Fragili e disabili: chi riceve aiuto; Indicatori Passi d'Argento 2016-2019

	Fragili	Chi riceve aiuto tra i fragili	Disabili	Chi riceve aiuto tra i disabili
Abruzzo	18.3	95.8	18.7	99.5
Basilicata	30.8	97.7	18.5	100.0
Calabria	22.1	98.6	18.9	100.0
Campania	27.2	98.0	20.2	99.6
Emilia-Romagna	10.9	99.2	14.7	97.1
Friuli-Venezia Giulia	11.5	99.9	11.1	99.5
Lazio	16.0	99.5	14.1	99.3
Liguria	12.5	99.2	11.6	99.6
Lombardia				
Marche	20.2	100.0	16.3	99.2
Molise	19.9	99.3	6.2	100.0
Piemonte	10.9	100.0	7.6	100.0
Provincia di Bolzano	11.5	98.9	9.7	97.5
Provincia di Trento	19.2	95.0	9.5	99.4
Puglia	23.6	98.2	22.8	100.0
Sardegna	18.7	96.0	17.5	97.1
Sicilia	27.2	96.6	15.7	99.5
Toscana	13.8	99.4	13.2	98.4
Umbria	17.7	100.0	16.8	99.9
Valle d'Aosta				
Veneto	15.6	99.1	11.6	100.0
Italia	18.3	98.4	15.3	99.3
■ peggiore del valore nazionale ■ simile al valore nazionale ■ migliore del valore nazionale				

Fonte: Indicatori Passi d'argento 2016-2019, Istituto Superiore di Sanità

Tabella – Tipo di aiuto ricevuto dai fragili			
	Italia		
	n = 54632		
	%	IC95% inf (limite inferiore)	IC95% sup (limite superiore)
Ultra65enni fragili			
Fragili	18.3	17.7	18.8
Chi riceve aiuto tra i fragili	98.4	98.0	98.8
Tipo di aiuto ricevuto dai fragili			
Familiari	94.0	93.2	94.7
Conoscenti, amici	13.6	12.6	14.6
Associazioni di volontariato	1.5	1.1	2.0
Persona individuata e pagata in proprio (es. badante)	20.6	19.4	21.8
Assistenza a domicilio da parte di operatori del servizio pubblico es. AUSL, Comune	2.5	2.1	3.0
Assistenza presso centro diurno	0.8	0.6	1.2
Contributi economici (es. assegno di cura, accompagnamento)	5.4	4.8	6.1
Giudizio complessivo per aiuti ricevuti dai fragili			
Giudizio riferito dai fragili	4.4	3.7	5.2
Fonte: Indicatori Passi d'argento 2016-2019, Istituto Superiore di Sanità			

Tabella – Tipo di aiuto ricevuto dai disabili			
	Italia		
	n = 54632		
	%	IC95% inf (limite inferiore)	IC95% sup (limite superiore)
Ultra65enni con disabilità			
Disabili	15.3	14.8	15.9
Chi riceve aiuto tra i disabili	99.3	99.1	99.5
Tipo di aiuto ricevuto dai disabili			
Familiari	93.9	92.6	95.0
Conoscenti, amici	11.5	10.4	12.6
Associazioni di volontariato	2.5	2.0	3.1
Persona individuata e pagata in proprio (es. badante)	36.9	35.0	38.8
Assistenza a domicilio da parte di operatori del servizio pubblico es. AUSL, Comune	9.8	8.9	10.8
Assistenza presso centro diurno	2.8	1.9	4.0
Contributi economici (es. assegno di cura, accompagnamento)	24.6	23.1	26.2
Giudizio complessivo per aiuti ricevuti dai disabili			
Giudizio riferito dai disabili	10.8	9.1	12.7
Fonte: Indicatori Passi d'Argento 2016-2019, Istituto Superiore di Sanità			

La rilevanza dell'analisi delle cronicità è rilevabile anche dall'ultima edizione del BES, Benessere Equo e Sostenibile, progetto curato dall'ISTAT e nato con l'obiettivo di valutare il progresso della società non soltanto dal punto di vista economico, ma anche sociale e ambientale.

Solo dall'edizione BES 2020 le multicronicità entrano tra gli indicatori rilevati e diventano oggetto di tabelle con la specificazione, tra i punti di rilievo, che si tratta della "Percentuale di persone di 75 anni e più che dichiarano (Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana) di essere affette da 3 o più patologie

croniche e/o di avere gravi limitazioni, da almeno 6 mesi, a causa di problemi di salute nel compiere le attività che abitualmente le persone svolgono”.

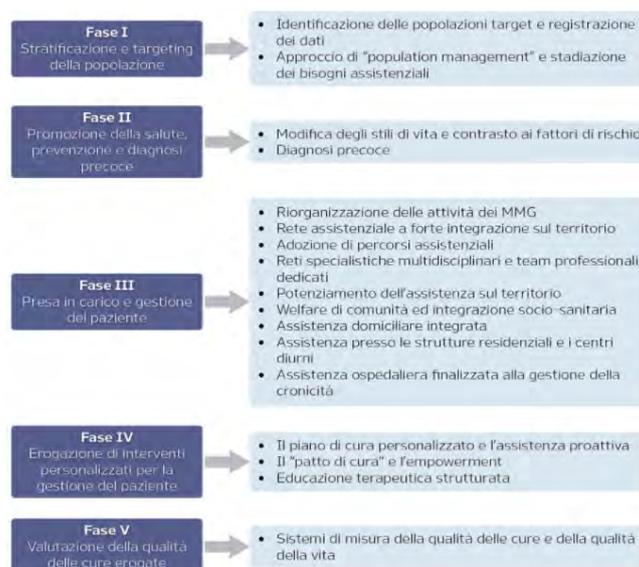
Ancora una volta il dato mette in risalto una penalizzazione per il Sud e differenziazioni significative tra le singole Regioni.

Tabella – Multicronicità e limitazioni gravi 2020 di over 75 (valore per 100 persone over75)	
REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Multicronicità e limitazioni gravi (75 anni e più) 2020 (valore per 100 persone di 75 anni e più)
Piemonte	46,4
Valle d’Aosta	29,9
Liguria	45,3
Lombardia	46,5
Trentino-Alto Adige	33,6
<i>Bolzano</i>	29,3
<i>Trento</i>	37,8
Veneto	39,6
Friuli-Venezia Giulia	47,6
Emilia-Romagna	45,5
Toscana	43,6
Umbria	56,1
Marche	44,2
Lazio	49,1
Abruzzo	54,0
Molise	37,6
Campania	62,1
Puglia	47,8
Basilicata	53,3
Calabria	56,7
Sicilia	60,6
Sardegna	62,0
Nord	44,6
Centro	47,0
Mezzogiorno	56,9
Italia	48,8
Fonte: BES (Istat) 2020	

2. Il Piano nazionale della cronicità e il recepimento nelle Regioni

Le indicazioni e la strategia di riferimento su come il SSN intenda affrontare le cronicità è descritto nelle 149 pagine del Piano Nazionale della Cronicità (PNC) diviso in due parti, una premessa e tre allegati. Descrive i 6 elementi chiave; le 5 fasi del processo di gestione della persona con cronicità; i 7 aspetti trasversali dell'assistenza.

Il macro-processo, comprendente le 5 fasi, è così sintetizzabile:



Fonte: Piano Nazionale della Cronicità

E ancora, nella seconda parte, dedica un focus specifico sulla cronicità in età evolutiva e un paragrafo specifico dedicato al monitoraggio nell'attuazione, nonché le 10 condizioni di patologia (alcune distinte per età evolutiva e non) da cui si parte ad applicare quanto descritto nel PNC e per le quali sono specificati gli obiettivi specifici.

E' stato oggetto 5 anni fa dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016 ed è nato, così si legge nell'incipit "dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in

questo campo, proponendo un documento, condiviso con le Regioni, che, **compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali**, individui un **disegno strategico comune** inteso a promuovere interventi basati sulla **unitarietà di approccio**, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza".

Nonostante le Regioni nelle proprie delibere di recepimento dichiarino come già fossero impegnate in politiche per le cronicità, ci sono voluti sino a 3-4 anni per vedere recepito il piano nazionale da alcune Regioni con una Delibera. E anche ciò che consegue dal recepimento è molto differenziato: c'è chi si è limitato al formale recepimento (es. Calabria), chi ha definito priorità per la realizzazione di PDTA mancanti (Abruzzo), chi ha demandato la struttura tecnica regionale di realizzazione atti, interventi e azioni necessarie e coerenti con il PNC (es. Liguria, Abruzzo, Campania), chi demanda a successivi provvedimenti l'attuazione degli obiettivi previsti nel Piano nazionale delle cronicità (Puglia), chi ha definito azioni e scadenze precise (es. Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Piemonte, Umbria) sebbene con tempi differenziati (6 mesi per dotarsi del piano aziendale della cronicità in Basilicata, 2 anni per concludere i lavori del gruppo la Regione Lazio). C'è poi chi lo ha recepito attraverso il piano sanitario o socio-sanitario regionale o un atto specifico dedicato solo alla cronicità (es. Veneto, Bolzano con Masterplan).

C'è anche chi, come l'Emilia Romagna, ha ritenuto opportuno procedere ad una valutazione del grado di coerenza, rispetto alle indicazioni del PNC, dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici-Assistenziali delle patologie croniche già attivi da anni in Regione Emilia-Romagna, e che rientrano anche nel modello organizzativo regionale di gestione integrata ospedale-territorio, con il coinvolgimento attivo del paziente, del caregiver e delle risorse delle Comunità Locali nell'ambito della medicina di iniziativa.

E ancora da segnalare che due Regioni, Umbria e Piemonte, non si sono limitate a recepire l'atto oggetto di Intesa, ma hanno anche preliminarmente realizzato un proprio documento, una linea di indirizzo, dando una metodologia regionale per approntare il Piano Regionale della Cronicità. In Piemonte, ad esempio, sono state individuate 4 ASL Pilota per realizzare esperienze di comunità di pratica oltre alla ASL di Vercelli per adattare un piano di gestione della cronicità/fragilità sperando modelli di clustering della

popolazione, PDTA specifici per la fragilità, organizzazione dell'accesso tramite SUSS (PUA) dedicato con sistema informatizzato, monitoraggio dell'evoluzione della popolazione fragile negli anni. **La Regione Umbria ha concluso il suo processo di coinvolgimento e analisi ed ha approvato il proprio Piano Regionale della Cronicità con deliberazione della Giunta Regionale n. 902 seduta del 28/07/2017.**

Tabella- Recepimento del Piano nazionale della cronicità: tempi e indicazioni operative per l'attuazione

Regione	Provvedimento di recepimento del Piano nazionale approvato il 15 settembre 2016	Mesi dall'approvazione PNC	Anni dall'approvazione PNC	Indicazioni operative per attuare il Piano al livello regionale
Abruzzo	Con nota 7.11.2019 ha comunicato che con DGR del 18.6.2018 ha formalmente recepito il Piano nazionale Cronicità. Presa d'atto e recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'art. 9, comma 1, del D.lgs. 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sul documento Piano Nazionale della cronicità, di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016 - Rep. atti 160/CSR del 15 settembre 2014. Prime disposizioni attuative. Intervento 1.1 del Piano di riqualificazione del sistema sanitario	21	1,75	-Demanda all'Agenzia Sanitaria Regionale gli adempimenti successivi, unitamente al Dipartimento Salute e Welfare. - definire la priorità per la realizzazione di Pdta per insufficienza renale cronica e artriti croniche
Basilicata*	DGR 727/2019 del 23 ottobre 2019 "Piano nazionale della cronicità di cui all'accordo di Conferenza Stat-Regioni rep. Atti 160/CSR del 15 settembre 2016 - Recepimento e prime indicazioni operative"	38	3,17	Stabilisce che -le Aziende Sanitarie Locali si dotino di un piano aziendale della cronicità entro e non oltre sei mesi dalla data di trasmissione dell'atto. - l'invio di una relazione rispetto ai PDTA e ad ogni iniziativa posta in essere in coerenza con il PNC dalle aziende sanitarie e ospedaliere entro 3 mesi.

				- per le azioni non implementate e previste nei PDTA un cronoprogramma di recupero unitamente alla relazione
P.A. Bolzano	Con nota 5 aprile 2019 ha comunicato che, con delibera della Giunta provinciale n.1281 del 4 dicembre 2018 ha approvato il "Masterplan Chronic Care 2018-2020", in recepimento del Piano nazionale cronicità	27	2,25	
Campania	Decreto commissario ad acta n 60 del 24.07.2019 recante "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".	35	2,92	Da mandato alla Direzione Generale per la Tutela della Salute per l' adozione di tutti gli atti necessari a sviluppare ed adeguare i servizi sanitari per la gestione del paziente cronico a quanto previsto dal Piano nazionale.
Calabria	Decreto commissario ad acta n. 93 del 18 giugno 2019 recante "Recepimento Accordo Stato - Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 15 settembre 2016 (Rep.Afti n. i 60/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"	33	2,75	Da mandato alla segreteria della Struttura Commissariale per la trasmissione del presente decreto al Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e agli interessati.
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"	7	0,58	Da mandato alla Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, di: - fare un' analisi dei percorsi assistenziali per la cronicità già attivi in regione ; - fare una valutazione del livello di coerenza rispetto ai principi del Piano Nazionale Cronicità

Friuli-Venezia Giulia	C'è un comunicato stampa che annuncia il recepimento ad agosto 2020, ma non si trova la deliberazione. Riferimento alla realizzazione del piano regionale della cronicità si rileva nel Piano attuativo 2020 Azienda regionale di coordinamento per la salute.	47	3,92	ARCS entro il 31.03.2020 elabora in collaborazione con DCS e Aziende il Piano Regionale della Cronicità (Da Piano attuativo 2020 Azienda regionale di coordinamento per la salute)
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".	17 mesi	1,42	Uniformare modalità di lavoro e rendere coerenti obiettivi e azioni dei diversi gruppi di lavoro sulle malattie croniche con le indicazioni contenute nel PNC, nonché assicurare un monitoraggio delle azioni previste attraverso l'istituzione di un gruppo di lavoro regionale di coordinamento
Liguria	DGR n. 439 del 31.05.2019 "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 2014-2016"	32	2,67	Di demandare – in relazione alle funzioni e alle specifiche competenze attribuite all'Azienda Ligure Sanitaria nonché all'IRCCS Policlinico San Martino, alle Aziende socio sanitarie, IRCCS ed Enti del Servizio sanitario regionale l'adozione degli atti, degli interventi e delle azioni necessari a garantire l'attuazione delle disposizioni contenute nello stesso Accordo
Lombardia	La Regione 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 "	14	1,17	l'esito dell'istruttoria suggerisce di dare mandato al Servizio Sanità di procedere, rispetto all'elenco delle patologie croniche presente nel PNC, con una ricognizione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici-Assistenziali (PDTA) presenti negli Enti del Servizio Sanitario Regionale, attivandosi di conseguenza nella predisposizione di quelli mancanti con opportuna priorità per le patologie a maggiore rilevanza
Molise	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	28	2,33	Da mandato alla Direzione Generale per la Salute della Regione Molise, con successivo atto, di istituire il gruppo regionale di coordinamento e monitoraggio delle azioni riguardanti il PNC

	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.”	22	1,83	- di approvare le Linee di indirizzo regionali 2018-2019 per il recepimento PNC allegate e parte integrante e sostanziale. -di demandare a successivi provvedimenti della Giunta regionale l’adozione, in attuazione dei principi del PNC e delle Linee di indirizzo regionali 2018-2019, dei programmi di azione regionali e delle linee specifiche di intervento e finanziamento finalizzati all’attuazione e diffusione del Piano stesso in tutte le aziende sanitarie regionali. -di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale in quanto trattasi di linee di indirizzo con oneri che verranno quantificativi con successivi atti della giunta regionale, in sede di adozione dei programmi di azione e delle linee specifiche di intervento.
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”	2	0,17	di demandare a successivi provvedimenti l’attuazione degli obiettivi previsti nel Piano nazionale delle cronicità;
Sardegna	Senza averlo formalmente recepito con deliberazione, ha adottato una serie di provvedimenti, fra cui la deliberazione del DG n. 462 del 19 giugno 2019 ove, il PNC viene citato nella programmazione delle attività a supporto del “Piano ATS Sardegna per la Cronicità”	34	2,83	

Sicilia	D.A. n. 2199 del 6 dicembre 2019 recante "Recepimento Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano Nazionale della Cronicità"	39	3,25	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, si istituisce il gruppo di lavoro
Trento	Delibera Giunta provinciale 1850 del 5 ottobre 2018 la PA di Trento ha recepito il PNC	25	2,08	-di dare mandato all'Azienda provinciale per i servizi sanitari di proseguire nel percorso per l'attuazione del Piano nazionale della cronicità in provincia di Trento secondo quanto previsto nell'Allegato 2 al presente provvedimento; -di dare atto che il presente provvedimento costituisce, in base al principio "salute in tutte le politiche", programma stralcio del programma sanitario e socio-sanitario di cui all'art. 13 della L.P. 16/2010 inerenti al macro – obiettivo 1 (sostenere le persone con fattori di rischio per le malattie croniche) e al macro – obiettivo 3 (Riorientare gli investimenti dall'ospedale al territorio) del Piano per la salute del Trentino 2015-2025
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)."	22	1,83	-dare mandato alla competente struttura della Giunta regionale di procedere ad una ricognizione delle iniziative già adottate in materia di prevenzione e gestione della cronicità e ad una successiva valutazione del grado di coerenza di tali iniziative rispetto ai contenuti del PNC - mandato alla competente struttura della Giunta regionale di procedere, in esito alla ricognizione di cui sopra, ad individuare, anche attraverso il coinvolgimento degli organismi regionali competenti, delle organizzazioni professionali e dei cittadini, le iniziative necessarie in materia di governo clinico, organizzazione delle reti e utilizzo delle ICT, al fine di dare piena attuazione alle strategie di intervento previste dal PNC in relazione alle specifiche fasi del macro processo di gestione della persona con malattia cronica
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"	3	0,25	-di approvare il documento tecnico , allegato quale parte integrante e sostanziale -dare mandato ai Direttori Generali delle Aziende sanitarie regionali di porre in atto, confermare o rimodulare assetti organizzativi e percorsi clinico assistenziali in coerenza con quanto stabilito dal predetto PNC; - dare mandato al Direttore Regionale alla "Salute, Welfare. Organizzazione e risorse umane" di costituire, su indicazione delle

				Direzioni Aziendali, gruppi di lavoro secondo le indicazioni contenute nel documento tecnico allegato, per la progressiva implementazione delle azioni da predisporre per dare attuazione a livello regionale a quanto stabilito dal Piano; - di dare atto che i risultati prodotti dai predetti gruppi di lavoro, riassunti in un documento finale di sintesi, costituiranno, previa approvazione da parte dell'organo politico, materiale di lavoro prodromico al redigendo Piano Sanitario regionale.
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".	28	2,33	-Istituire presso il Dipartimento Sanità, salute, politiche sociali un tavolo di lavoro integrato con i referenti dell'Azienda USL della VdA competenti per l'attuazione del PNC in VdA e per il successivo monitoraggio dello stesso per il tramite di un set di indicatori - dare mandato allo stesso Dipartimento di predisporre, in forma condivisa con USL VdA e tutti i soggetti a vario titolo interessati, le linee di indirizzo per l'attuazione del PNC in VdA in un tempo massimo di 6 mesi.
Veneto	Legge regionale n. 48 del 28.12.2018 recante " Piano socio sanitario regionale 2019-2023" (recepimento sostanziale e non formale del PNC).	27	2,25	Il Piano nella Parte 1, 6. Si occupa di "La presa in carico della cronicità e della multimorbilità per intensità di cura e di assistenza"
Fonte: Salutequità su atti regionali				

Facendo una ricerca desk su diversi motori di ricerca "generalisti" con "piano regionale cronicità" l'unico risultato coerente è quello della Regione Umbria. Altri possono esser stati realizzati, ma nel caso non sono facilmente accessibili ai cittadini; neanche il portale osservatoriocronicita.it riporta tali informazioni.

Le Regioni che hanno previsto o istituito il **Gruppo di lavoro**, così come previsto dal PNC, **contestualmente all'atto di recepimento sono: Lazio, Sicilia e Valle d'Aosta**, che indicano anche la composizione dei gruppi. Si va da **12 soggetti "fissi" previsti sia in Sicilia che nel Lazio integrabili, ai 4 della Valle d'Aosta da integrare anch'essi**. La Regione Toscana, pur non prevedendolo esplicitamente, dispone che "anche attraverso il coinvolgimento degli organismi regionali competenti, delle organizzazioni professionali e dei cittadini" si individuino le azioni necessarie.

Tabella - Istituzione del gruppo di lavoro regionale e riferimento ad altre patologie croniche (rispetto alle 10 inserite nella seconda parte del PNC)

Regione	Istituzione contestuale alla delibera del gruppo di lavoro ed eventuale composizione	Riferimenti a patologie diverse dall'elenco parte II PNC (PDTA presenti al momento del recepimento accordo)
Abruzzo	No	Si ES: diabete mellito, condizioni croniche collegate a patologie ad esordio acuto: tumore colon retto, tumore della mammella, tumore del polmone, frattura prossimale del femore.
Basilicata*	No	Si, es. malattie neuromuscolari, diabete.
P.A. Bolzano		Si, esempi: diabete di tipo 2, tiroidite di hashimoto, Alzheimer e demenze
Friuli-Venezia Giulia	Non formalmente, ma il piano regionale cronicità deve essere elaborato con DCS e Aziende	Si, riferimento alla revisione dei percorsi per ictus, diabete, cancro della mammella. Riferimento, inoltre, alla realizzazione di pdta per incontinenza
Lazio	Si, istituisce il Gruppo di lavoro regionale di coordinamento e monitoraggio. Composto da almeno 12 componenti : -Direttore della Direzione Regionale e politiche sociali - 3 rappresentanti della direzione salute e politiche sociali: area cure primarie e area sistemi informativi - 3 rappresentanti delle aziende sanitarie regionali - 2 mmg, espressione delle società scientifiche - 1PLS espressione delle società scientifiche - 1 medico SUMAI - 1 infermiere espressione del collegio Ipasvi. Il gruppo di lavoro può avvalersi di esperti chiamati di volta in volta e rappresentanti delle associazioni di pazienti. Lavori del gruppo da concludersi entro 2 anni dalla pubblicazione dell'atto.	Si, nel piano si fa riferimento a tavoli tecnici e gruppi di lavoro per: diabete, mielodisplasie, sclerosi multipla, stomie, OSAS, malattie allergiche, epilessia, scompenso cardiaco gestito in telemedicina
Lombardia	Esistono alcuni gruppi di lavoro specifici (es. per formazione infermiere case manager cronicità,)	

Marche	No	Si, ad esempio: Epatiti virali, malattia diabetica, demenze
Molise	Si, viene dato mandato, con successivo atto, di istituire il gruppo regionale di coordinamento e monitoraggio delle azioni riguardanti il PNC	Si, esempio: ulcere da decubito, diabete, BPCO, gestione pazienti in trattamento con anticoagulanti orali, scompenso cardiaco, demenze
Piemonte	4 comunità di pratica (1 per ogni azienda), composte ciascuna da 18 soggetti: MMG, PLS, Specialista, Specialista fragilità (Fisiatra, Geriatra), Assistente sanitario, Direttore Distretto, Direttore ente gestore servizi socio assistenziali e/o Ass. sociale del Consorzio, Infermiere ADI, Infermiere di Famiglia e Comunità, Controllo Gestionale, Informatico gestionale e/o Data Protection Officer, Formazione, Direttore Sanitario Ospedaliero, Referente ospedaliero per dimissioni protette (NOCC), Referente distrettuale per dimissioni protette (NDCC), Assistente Sociale Aziendale, Farmacista, Rappresentante di cittadinanza attiva e/o associazionismo	
Sardegna	No	diabete mellito, pregresso infarto miocardico, scompenso cardiaco
Sicilia	Al fine di potere implementare il PNC a livello regionale, si istituisce il gruppo di lavoro composto da 12 soggetti. Per il DPS: -Dirigente Generale -Dirigente dell'Area Interdipartimentale "Programmazione Sanitaria Regionale" - Dirigente del Servizio "Programmazione Ospedaliera", - Dirigente del Servizio "Programmazione Territoriale" - Dirigente U.O.B. "Organizzazione strutture e servizi distrettuali" - Dirigente del Servizio "Tutela della Fragilità Area Integrazione Socio-Sanitaria" Rappresentanti esterni: -2 consulenti dell'assessore -1 Esperto Agenas - 1 esponente SIMFER - Direttore Cure Primarie, ASP di Caltanissetta - Direttore Presidi e Territoriale di Assistenza S. Luigi Curro di Catania. Nel rispetto delle tematiche contenute nel Piano Nazionale della Cronicità saranno via via individuati componenti esperti per le singole	

	materie, anche per la costituzione di specifici sottogruppi di lavoro, nonché altri rappresentanti della medicina territoriale e dei pazienti.	
Toscana	Non prevede un nuovo gruppo di lavoro, ma prevede “anche attraverso il coinvolgimento degli organismi regionali competenti, delle organizzazioni professionali e dei cittadini”	Si, diabete e del dolore cronico
Umbria	Nel documento tecnico viene indicato il processo che prevede il coinvolgimento delle Aziende sanitarie regionali, con i necessari approfondimenti tecnici da realizzare da parte di gruppi di lavoro costituiti ad hoc, il cui lavoro finale possa essere prodromico alla redazione del nuovo Piano Sanitario Regionale, per la parte relativa alle materie trattate.	----
Valle d’Aosta	Tavolo di lavoro composto da almeno 4 soggetti da integrare. Direttore sanitario, direttore medico di presidio, direttore di area territoriale, rappresentanti della medicina convenzionata, eventualmente integrato secondo necessità con altre figure professionali, dirigenti regionali competenti in materia di programmazione e assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale.	----
Fonte: Elaborazione Salutequità su atti regionali		

Molte Regioni, recependo il PNC, hanno indicato tra le condizioni di cronicità per le quali già era in piedi un impegno specifico, come PDTA o reti di patologia, malattie aggiuntive rispetto a quelle definite dalla parte seconda del Piano stesso. La più ricorrente, ovviamente, è il Diabete per il quale esiste uno specifico Piano³ da quasi 10 anni ed una legge specifica da oltre 40 anni. E ancora demenze, malattie neuromuscolari, dolore cronico, sclerosi multipla, Osas, mielodisplasie, lesioni da pressione e condizioni croniche collegate a patologie ad esordio acuto: tumore colon retto, tumore della mammella, tumore del polmone.

³ Il Piano, recepito con l’Accordo Stato-Regioni del 6 dicembre 2012 e pubblicato sulla Gazzetta ufficiale del 7 Febbraio 2013, è stato elaborato nell’ambito della Commissione nazionale diabete, istituita presso la Direzione generale per la Programmazione sanitaria per proseguire l’attuazione della legge 115/87 e il relativo Atto di intesa del 1991.

Uno spaccato che mostra che i tempi sono maturi per armonizzare e aggiornare la parte seconda con nuove patologie e apre a una ridefinizione della cronicità estesa a condizioni prima non immaginabili, anche grazie ai progressi della scienza e della medicina.

Trovare dati relativi allo stato di attuazione e implementazione del Piano Nazionale della Cronicità non è così semplice. Una fonte istituzionale che si sta arricchendo via via di documenti sulla cronicità è osservatoriocronicita.it. Eppure, uno degli aspetti interessanti del Piano è proprio quello della misurabilità.

Analizzando il testo il piano potrebbe descriversi come «misurato» e misurabile: la parola *indicatori* ricorre 78 volte; *indicatore* 10 volte (riferiti a processi ed esito); *valutazione* 85 volte. Questo per produrre quel «miglioramento» - parola che ricorre 37 volte - associato a qualità di vita e stili di vita e abilità personali, soddisfazione di paziente e professionista, risultati clinici, qualità dell'assistenza, performance, sistema...

I Principali elementi di monitoraggio del Piano sono:

- **Monitoraggio a livello centrale del recepimento del Piano da parte delle Regioni**

Il monitoraggio avverrà attraverso l'utilizzo di indicatori che verificheranno: la **delibera regionale di recepimento** del Piano e l'emanazione di norme per la sua attuazione; gli atti di **costituzione di apposite commissioni o gruppi** a livello regionale per la sua diffusione.

- **Monitoraggio dei nuovi assetti organizzativi e operativi**

L'attivazione della rete assistenziale (**delibere, norme sulla integrazione e il lavoro in rete**); l'adozione nelle singole Aziende degli atti necessari per raggiungere gli obiettivi del Piano; la progettazione e realizzazione di interventi integrati per la promozione di corretti stili di vita e la prevenzione secondaria delle principali malattie croniche; la **progettazione e realizzazione di interventi integrati socio sanitari** per la presa in carico della cronicità; la formazione di **gruppi multi-professionali per il coordinamento e la definizione dei PDTA specifici**.

- **Valutazione degli effetti dell'attuazione del Piano basata sugli outcome**

Ogni Regione individua un proprio sistema di monitoraggio che, oltre a fornire elementi utili a calibrare le scelte strategiche locali, alimenterà il sistema finalizzato all'aggiornamento del Piano e alla gestione del processo di benchmarking di monitoraggio nazionale.

La cabina di Regia ha il compito di coordinare a livello centrale l'implementazione del Piano e monitorarne l'applicazione e l'efficacia. Ha inoltre l'obiettivo di: guidare e gestire gli interventi previsti dal Piano definendo una *tempistica per la realizzazione degli obiettivi prioritari*; coordinare a livello centrale le attività per il raggiungimento dei singoli obiettivi; *monitorare la realizzazione dei risultati*; *promuovere l'analisi, la valutazione e il confronto sulle esperienze regionali e locali di attivazione di nuovi modelli di gestione della cronicità*; diffondere i risultati delle buone pratiche e promuovere la loro adozione sul territorio nazionale; raccogliere dati e informazioni sui costi connessi alla gestione della cronicità; valutare sistemi innovativi di remunerazione dell'assistenza ai malati cronici e formulare proposte in merito; *produrre una Relazione periodica sugli obiettivi realizzati e sullo stato di avanzamento dei lavori*; proporre, quando necessario, l'aggiornamento del Piano; *proporre la produzione e l'inserimento nella seconda parte del Piano di capitoli dedicati ad altre patologie croniche*.

Nelle pagine che seguono cercheremo di fare il punto attraverso dati.

3. La stratificazione della popolazione

La prima fase del macro-processo del Piano nazionale della cronicità è quella della stratificazione e targeting della popolazione, fondamentale per programmare e gestire efficacemente le cronicità ed i servizi necessari, nonché per una sanità/salute di iniziativa.

STRATIFICAZIONE E TARGETING DELLA POPOLAZIONE

1

<p>MACRO ATTIVITA'</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificazione delle popolazioni target e registrazione dei dati Approccio di «population management» e stadiazione dei bisogni assistenziali 		<p>LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE</p> <ol style="list-style-type: none"> Integrare e potenziare le banche dati ed i flussi informativi esistenti, con i dati dei sistemi di sorveglianza e le indagini campionarie, tenendo conto delle diverse modalità organizzative esistenti, a sostegno di un modello di gestione integrata della cronicità non solo basato sul consumo di prestazioni sanitarie, ma anche sui determinanti di salute socioeconomici e culturali e su stili ed abitudini di vita misurare l'incidenza e la prevalenza delle malattie croniche, delle loro complicanze e del loro andamento nel tempo, condividendo metodologie e principi per la conduzione di studi epidemiologici promuovere la costruzione di registri di patologia in accordo con la normativa nazionale definire, attraverso l'istituzione di gruppi di lavoro (nazionali e regionali), una lista di indicatori condivisi per misurare la qualità degli interventi di prevenzione e assistenza sanitaria (in termini di valutazione continua delle strutture, dei processi di diagnosi e cura e degli esiti degli stessi), tenendo anche conto di quanto definito a livello internazionale e nazionale identificare e sperimentare modelli prospettici di stratificazione della popolazione, basati sul bisogno di assistenza, che consentano di disegnare specifiche azioni per ciascun gruppo con particolare attenzione ai soggetti che soffrono di più patologie
<p>OBIETTIVI</p> <ul style="list-style-type: none"> Programmare e realizzare una gestione efficace ed efficiente della cronicità sulla base di adeguate conoscenze epidemiologiche. Integrare in rete le strutture operanti garantendo la condivisione delle informazioni, secondo le necessità dell'assistenza e del governo clinico. Promuovere la valutazione dei risultati su base nazionale, in una logica di congruenza e omogeneità rispetto alle singole realtà regionali. Stratificare la popolazione attraverso modelli che tengano conto dei bisogni sanitari e socioeconomici 		
<p>RISULTATI ATTESI</p> <p>Incremento del numero dei programmi di stratificazione della popolazione attivati in accordo con i rischi clinici e i bisogni di salute e sociosanitari</p>		

Fonte: Piano Nazionale della Cronicità

Il PNC mette in evidenza anche i rischi di questa fase, tra i quali: “La soluzione ideale dovrebbe essere un intervento strategico complessivo, mirato a tutte le principali problematiche della cronicità. Infatti, i piani d’azione su singoli problemi o su singole procedure amministrative/operative rischiano di creare una frammentazione tra i relativi sistemi informativi, che ne ridurrebbe drasticamente l’efficacia. È necessario, inoltre, pur rispettando e valorizzando le decisioni e le esperienze effettuate in contesti clinici e territoriali eterogenei, garantire una coerenza tra i diversi sistemi informativi, da concordare nelle sedi opportune in ambito nazionale”.

Diverse sono state le attività progettuali promosse nelle e dalle Regioni con risorse economiche derivanti da bandi italiani o europei. Ad esempio:

- ✓ Ares Puglia ha partecipato al progetto europeo di strategie di stratificazione⁴: ASSEHS - Activation of Stratification Strategies and

⁴ https://www.sanita.puglia.it/web/pugliasalute/ricerca_det-/journal_content/56/45631926/asseh

Results of the interventions on frail patients of Healthcare Services. Tra gli output del progetto una dashboard per gli standard utili a valutare le tecniche di stratificazione e facilitare i confronti critici e completi tra i diversi modelli di stratificazione del rischio.

- ✓ A seguito del Piano Nazionale della Cronicità, viene approvato il progetto esecutivo del programma CCM 2017 dal titolo: **Stratificazione del rischio di fragilità della popolazione: valutazione di impatto e analisi dei modelli organizzativi** che ha visto coinvolte Emilia-Romagna (ente partner), Lombardia, Lazio e Campania. Nella descrizione sintetica del progetto si scrive a chiare lettere che il progetto integra gli obiettivi del Piano Nazionale Cronicità del settembre 2016 supportando il processo di stratificazione della popolazione e la strutturazione di interventi di medicina di iniziativa, nonché fornendo evidenze cliniche ed economiche della efficacia di approcci di prevenzione secondaria e population health management.
- ✓ E ancora al livello nazionale si ricorda il progetto **“Sostenere la sfida alla cronicità con il supporto ICT”**, realizzato dal Ministero della Salute e finanziato dal PON Governance e Capacità Istituzionale 2014-2020, con una dotazione iniziale di oltre 20 milioni di euro. Il progetto - avviato nel dicembre 2016, con una durata complessiva di 81 mesi⁵ è stato poi rimodulato e tra le varie attività c'è quella del Gruppo di Lavoro 1 **“Core model”**⁶.
Tale Gruppo di Lavoro è stato istituito con l'obiettivo di costruire l'impianto di base del prototipo tramite il **recepimento del modello nazionale di stratificazione della popolazione** che classifica gli individui in base a diversi profili di consumo, oltre che tramite la proiezione delle dinamiche di tipo epidemiologico, demografico e degli stili di vita per simulare il fabbisogno di salute della popolazione in un orizzonte di medio-lungo termine. All'interno del Gruppo di Lavoro 1 è stato costituito un sottogruppo operativo coordinato dalla FISM e composto da circa 25 società medico scientifiche, tra cui la Società Italiana di

⁵ <https://ot11ot2.it/notizie/progetto-cronicita-la-tecnologia-applicata-alla-sanita-selezionati-17-esperti-a-supporto-del>

⁶ <https://ot11ot2.it/dfp-organismo-intermedio/progetti/analisi-dei-fattori-di-produzione-per-resilienza-e-sviluppo-del>

Farmacologia, la Società Italiana di Diabetologia e la Società Italiana di Neurologia.

Stando ai dati della ricognizione della Cabina di Regia PNC del 2018, i programmi di stratificazione hanno visto coinvolte la maggior parte delle Regioni: quasi tutte hanno dichiarato di aver messo in moto azioni più o meno consolidate in tutte le Regioni, tranne la Calabria.

Il sistema di stratificazione consolidato, stando agli ultimi dati disponibili del Ministero della Salute è presente nelle Regioni Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, PA Bolzano. La ricognizione di Salutequità ne mappa 8 (consolidate o avviate).

Analizzando più nel dettaglio i sistemi di stratificazione descritti da Lombardia, Emilia-Romagna, Veneto, Puglia, Umbria si rileva che le dimensioni sulle quali si va a definire il livello di bisogno e di risposta in termini di servizi è differenziato: la componente sociale viene considerata ai fini della stratificazione in Lombardia; l'Emilia-Romagna considera l'ambiente geografico per calcolare il rischio; tutte ovviamente analizzano i bisogni strettamente sanitari.

E ancora la stratificazione ha esiti diversi: si va dai 4 livelli di rischio di ricovero o decesso entro l'anno dell'Emilia-Romagna, ai 6 livelli di severità e 9 Stati di Salute dell'Umbria.

Tabella – Programmi di stratificazione presenti nelle Regioni

Regione	Stratificazione della cronicità	Sistema utilizzato	Finalità sistema stratificazione
Abruzzo	in programma sviluppo/adozione di sistemi di stratificazione		-Programmazione e attribuzione delle risorse - attivare e dimensionare i servizi - organizzazione del lavoro - previsioni di spesa - attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI
Basilicata			-programmazione e attribuzione delle risorse - attivare e dimensionare i servizi - organizzazione del lavoro - previsioni di spesa - attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI
Calabria	--	--	--
Campania*	in programma sviluppo/adozione di sistemi di stratificazione	Sistema proprio	-programmazione e attribuzione delle risorse - attivare e dimensionare i servizi - organizzazione del lavoro - previsioni di spesa - attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI
Emilia-Romagna	Sistema attivato e consolidato	Sistema proprio	- organizzazione del lavoro - previsioni di spesa - attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI
Friuli-Venezia Giulia			-programmazione e attribuzione delle risorse - attivare e dimensionare i servizi - organizzazione del lavoro - previsioni di spesa - attività di prevenzione, medicina di iniziativa e

			supporto alla definizione del PAI
Lazio	in programma sviluppo/adozione di sistemi di stratificazione	Sistema adottato da altre Regioni	-programmazione e attribuzione delle risorse - attivare e dimensionare i servizi - organizzazione del lavoro - previsioni di spesa - attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI
Liguria	Sistema attivato e consolidato	Sistema confrontato con quello di altre Regioni	-programmazione e attribuzione delle risorse - previsioni di spesa - attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI
Lombardia	Sistema attivato e consolidato	Sistema proprio	-programmazione e attribuzione delle risorse - attivare e dimensionare i servizi - organizzazione del lavoro - previsioni di spesa - attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI
Marche	in programma sviluppo/adozione di sistemi di stratificazione (in collaborazione con Piemonte, Trento)		-programmazione e attribuzione delle risorse - attivare e dimensionare i servizi - organizzazione del lavoro - previsioni di spesa - attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI
Molise	in programma sviluppo/adozione di sistemi di stratificazione	Sistema brevettato	-programmazione e attribuzione delle risorse - attivare e dimensionare i servizi - organizzazione del lavoro - previsioni di spesa - attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI

PA Bolzano	Sistema attivato e consolidato	Sistema proprio e brevettato	-programmazione e attribuzione delle risorse - attivare e dimensionare i servizi - organizzazione del lavoro - previsioni di spesa - attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI
PA Trento	in programma sviluppo/adozione di sistemi di stratificazione (in collaborazione con Piemonte, Marche)		-programmazione e attribuzione delle risorse - attivare e dimensionare i servizi - organizzazione del lavoro - previsioni di spesa - attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI
Piemonte	in programma sviluppo/adozione di sistemi di stratificazione (in collaborazione con Marche e PA Trento)	Sistema adottato da altre Regioni	-programmazione e attribuzione delle risorse - attivare e dimensionare i servizi - organizzazione del lavoro - previsioni di spesa - attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI
Puglia	sperimentato in ambiti territoriali significativi	Sistema proprio	-programmazione e attribuzione delle risorse - attivare e dimensionare i servizi - previsioni di spesa - attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI
Sardegna			-programmazione e attribuzione delle risorse - attivare e dimensionare i servizi - organizzazione del lavoro - previsioni di spesa - attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI
Sicilia	Sistema attivato**		

Toscana	Sistema attivato e consolidato***		-programmazione e attribuzione delle risorse - attivare e dimensionare i servizi - previsioni di spesa - attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI
Umbria	sperimentato in ambiti territoriali significativi	Sistema brevettato	-programmazione e attribuzione delle risorse - attivare e dimensionare i servizi - organizzazione del lavoro - previsioni di spesa - attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI
Valle d'Aosta	in programma sviluppo/adozione di sistemi di stratificazione	Sistema brevettato	-programmazione e attribuzione delle risorse - attivare e dimensionare i servizi - organizzazione del lavoro - previsioni di spesa - attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI
Veneto	Sistema attivato e consolidato	Sistema brevettato	- previsioni di spesa - attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI
<p>* DECRETO N. 83 DEL 31/10/2019 OGGETTO: Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019 – 2021</p> <p>**La regione Sicilia ha una sezione del Sito dedicata ad Epidemiologia e prevenzione. Dichiara che l'utilizzo dei dati di mortalità rappresenta lo strumento più solido per la valutazione dello stato di salute e per la programmazione sanitaria. Si è dotata di una piattaforma informativa di mortalità nominativa (il Registro Nominativo delle Cause di Morte - ReNCaM) a copertura totale su tutto il territorio regionale. In costruzione la pagina con i dati epidemiologici regionali</p> <p>***Si veda il sito ARS</p>			
<p>Fonte: Rielaborazione Salutequità su dati Ministero della Salute, Cabina di Regia cronicità, 2018 e desk reaserch</p>			

Tabella – alcuni modelli di stratificazione a confronto

Regione	N. di livelli di stratificazione	Dimensioni-Variabili considerate	Denominazione/classificazione di riferimento
Lombardia	5 per bisogno assistenziale	Per la creazione di cluster omogenei: a) patologia cronica prevalente (codice CReG); b) presenza o meno, ovvero quantità, di comorbidità, o fragilità di tipo sociosanitario associate a patologie croniche. Per ciascun cluster sono elaborate le componenti dei consumi storici per i diversi ambiti: ambulatoriale, ospedaliero e farmaceutico e prestazioni/servizi di tipo sociosanitario.	CReG
Emilia-Romagna	4 per rischio ricovero/mortalità entro anno: basso, moderato, alto, molto alto	- anagrafiche (sesso, età, ambiente geografico): pianura, collina montagna. - accesso ai servizi (n. ricoveri, n. accessi in PS). - diagnosi (MDC di ricovero, radio/chemio o dialisi amb, diagnosi per ADI) - utilizzo di farmaci nell'anno - appropriatezza nell'utilizzo di farmaci (politerapia, farmaci inappropriati, interazione di farmaci)	Risk-ER sviluppato in collaborazione con Jefferson University
Veneto	6 livelli di complessità/multimorbilità/rischio cui sono associate 6 categorie RUB (livello di utilizzo atteso delle risorse del paziente)		Johns Hopkins Adjusted Clinical Group (ACG)
Puglia	La sperimentazione Care Puglia prevede	Analisi dei data base amministrativi per caratterizzare il profilo clinico-demografico, selezione dei soggetti con almeno	ANALISI LONGITUDINALE Realizzata in collaborazione con IRF Mario Negri

	classificazione di rischio compresa tra 0-5	una condizione di BPCO, scompenso cardiaco, diabete mellito, ipertensione arteriosa. Analisi delle prescrizioni farmaceutiche territoriali e dei farmaci a dispensazione diretta/per conto è stata calcolato lo score del DDCI inducendo una stratificazione della popolazione al baseline. Il punteggio del DDCI è stato clusterizzato in 11 classi, coerentemente con quanto riportato in letteratura, delineando coorti di popolazione con simile profilo di rischio	Utilizzo del Drug Derived Complexity Index (DDCI) quale proxy di gravità clinica, terminalità, ricorso e consumo di risorse sanitarie
Umbria	6 livelli di severità (su 6 livelli), 9 status di Stato di salute	-Per ogni assistito individua i codici ICD-9 di patologia, raggruppati in 533 Episode Diagnostic Categories (EDCs) e in 37 Major Diagnostic Categories (MDCs) ordinate gerarchicamente. -Seleziona la Primary Chronic Disease (PCD) di un paziente, vale a dire la condizione cronica più significativa sotto trattamento attivo, in base a una gerarchia definita - assegna un livello di severità ad ogni PCD indicativo di alto grado di difficoltà di trattamento e necessità di assistenza medica costante.	CLINICAL RISK GROUP CLASSIFICATION SYSTEM (CRG) – 3M
Fonte: Rielaborazione Salutequità su dati Ministero della Salute, Cabina di Regia cronicità, 2018 e desk reaserch			

Tabella – Livelli di rischio per sistema di stratificazione	
Regione	Livelli di rischio (da stratificazione)
Puglia	a. Assenza di malattia – presenza fattori di rischio
	b. Basso rischio – fasi iniziali della patologia
	c. Rischio medio – patologia conclamata
	d. Rischio alto
	e. Terminalità
Lombardia	1) fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, assistenziale a domicilio
	2) cronicità polipatologica con prevalenti bisogni extra- ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/frequent users e fragilità sociosanitarie di grado moderato;
	3) cronicità in fase iniziale prevalentemente mono patologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale a richiesta medio-bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari/frequent users;
	4) soggetti non cronici che usano i servizi in modo sporadico (prime visite);
	5) soggetti che non usano i servizi, ma sono comunque potenziali utenti sporadici
Emilia-Romagna	Basso (>6%)
	Moderato (6-14%)
	Alto (15-24%)
	Molto Alto (>25%)
Veneto	0 - in salute (né costi né diagnosi) RUB: nessun contatto
	1 - sviluppo dei sintomi (costi senza diagnosi) RUB: utilizzatore sano
	2 – singola patologia o condizione non complessa RUB: basso
	3 – patologia singola complessa o patologie multiple RUB: moderato
	4 – multimorbidità e complessità RUB: elevato
	5 – terminalità RUB: molto elevato
Umbria	9. Condizione molto complessa
	8. Tumori maligni dominanti e metastatici

	7. Malattia cronica dominante in tre o più organi
	6. Malattia cronica significativa in due organi
	5. Unica malattia cronica dominante o moderata
	4. Malattia cronica minore in più organi
	3. Unica malattia cronica minore
	2. Storia di malattia acuta significativa
	1. Soggetti senza diagnosi o senza diagnosi di malattia acuta significativa
Fonte: Rielaborazione Salutequità su dati Ministero della Salute, Cabina di Regia cronicità, 2018 e desk research	

4. E-Health e l'accesso nelle Regioni

La pandemia da Covid-19 ha fatto comprendere realmente l'utilità della sanità digitale e in particolare della telemedicina: curare e assistere a casa, a distanza, nelle aree più interne del Paese, anche in situazioni emergenziali, evitando spostamenti inutili o in alcuni casi inappropriati.

Uno strumento per realizzare la migliore presa in carico delle cronicità, attraverso la possibilità di integrare dati, setting assistenziali, ospedale e territorio e i tanti professionisti socio-sanitari che intervengono nel percorso del paziente, per aumentare qualità, sicurezza e accessibilità alle cure in generale.

La sanità digitale rappresenta inoltre una grande opportunità per ammodernare il Servizio Sanitario Nazionale, innovare i modelli organizzativi e professionali, aumentare il livello di aderenza terapeutica da parte dei cittadini.

Un'opportunità sulla quale tutti gli stakeholder si sono confrontati per anni in tante occasioni pubbliche e sulla quale il legislatore e le altre istituzioni sono intervenute ripetutamente.

Il quadro normativo sull'e-health è infatti particolarmente strutturato.

Almeno 9 provvedimenti nazionali sulla sanità digitale negli ultimi 8 anni, più di 1 all'anno:

- Linee di indirizzo nazionali sulla telemedicina (2014);
- Patto per la Salute 2014-2016;

- Patto per la Sanità digitale (2016);
- Piano Nazionale della Cronicità (2016);
- Piano Nazionale di Governo delle liste di attesa 2019-2021;
- Patto per la Salute 2019-2021;
- Decreto-legge n.34/2020 (Decreto Rilancio);
- Indicazioni Nazionali per l'erogazione delle prestazioni in Telemedicina (2020);
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Un impianto normativo che ha dovuto e continua a fare i conti con due grandi questioni: risorse/investimenti (ad accezione del PNRR) e governance da parte delle Regioni.

Sulle risorse, se nel 2016 il Patto per la Sanità Digitale parlava di 3,5-4 miliardi necessari, nell'arco di un triennio, per l'attuazione di un piano strategico di sanità elettronica, il primo vero e significativo innesto di risorse si è concretizzato solo con il PNRR (2021-2026), che stanziava oltre 2,6 MLD di euro tra telemedicina e digitalizzazione in sanità.

Anche sulla governance e sull'equità di accesso alla sanità digitale sussistono diversi problemi.

A segnalarlo è proprio il Ministero della Salute che attraverso una sua ricognizione conclusa nel 2020, dichiara che nel 2018 erano attive 282 esperienze di telemedicina distribuite sul territorio nazionale in modo particolarmente differenziato: 1 esperienza in Basilicata, Molise e Friuli-Venezia Giulia, 3 in Calabria sino ad arrivare alle 36 esperienze dell'Emilia-Romagna, 35 Lombardia, 31 Toscana, Lazio e Sicilia.

La cardiologia è l'ambito nel quale si utilizza di più (43%), a seguire la radiologia (19%). Il 55% dei destinatari sono persone con malattia cronica. La pandemia ha incrementato ulteriormente le iniziative di telemedicina. Il 52° Istant Report dell'ALTEMS-Università Cattolica "Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19", segnala come durante l'emergenza ne siano partite 222, in particolare nell'ambito della diabetologia, cardiologia, medicina generale, oncologia, neurologia, dermatologia, ...

La Società Italiana di Diabetologia con la sua “Indagine sulla telemedicina in ambito diabetologico in Italia”, pubblicata a fine giugno 2021, conferma invece come nonostante l’approvazione delle “Indicazioni Nazionali per l’erogazione delle prestazioni in Telemedicina” (2020) la sua implementazione nelle Regioni sia ancora molto differenziata: difficoltà nella rimborsabilità in alcune Regioni e mancanza in alcuni territori dell’infrastruttura tecnologica per l’erogazione della telemedicina.

Le “Indicazioni Nazionali per l’erogazione delle prestazioni in Telemedicina” (2020) da una parte hanno il merito di aver riconosciuto la telemedicina all’interno del SSN attraverso la previsione di una vera e propria tariffazione (in particolare per quanto riguarda la televisita, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico-sanitaria, la teleassistenza da parte delle professioni sanitarie e la telerefertazione), ma anche di aver individuato con precisione gli “elementi minimi e sufficienti per realizzare un servizio dotato delle funzionalità che consentano di erogare una prestazione a distanza”, tra i quali anche gli standard di servizio per l’erogazione di prestazioni di telemedicina, dall’altra non sono la soluzione a tutte le altre questioni ancora aperte.

In particolare, le “Indicazioni Nazionali per l’erogazione delle prestazioni in Telemedicina” (2020), ma anche gli altri provvedimenti sul tema, non introducono chiaramente un “livello di accessibilità al servizio di telemedicina e di esigibilità dello stesso da parte dei cittadini” che le Regioni devono garantire, sempre, in tutte le loro strutture nazionali, per una serie di condizioni patologiche e non solo per quelle dove c’è una sperimentazione in atto, e ovviamente nella stessa intensità su tutto il territorio nazionale.

Infatti, a mancare ancora oggi è proprio uno dei passaggi più importanti: l’inserimento della telemedicina nel DPCM sui Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza del 2017.

Difformità regionali anche nell’utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE):

dal 4% di accesso da parte dei cittadini della Regione Abruzzo ai propri FSE nei quali è stato reso disponibile almeno un nuovo documento negli ultimi 90 giorni (3° trimestre 2021) al 100% della Regione Lazio.

Dal 3% di medici abilitati che hanno utilizzato il FSE della Regione Molise (3° trimestre 2021) al 100% della Lombardia.

Da circa il 3% di Aziende Sanitarie Locali che alimentano il FSE della Regione Campania (3° trimestre 2021) al 100% del Veneto.

Tabella – Esperienze di telemedicina nelle Regioni	
REGIONE	ESPERIENZE TELEMEDICINA
ABRUZZO	2
BASILICATA	1
CALABRIA	3
CAMPANIA	15
EMILIA ROMAGNA	36
FRIULI VENEZIA GIULIA	1
LAZIO	31
LIGURIA	13
LOMBARDIA	35
MARCHE	5
MOLISE	1
PIEMONTE	22
TRENTINO AA	3
PUGLIA	8
SARDEGNA	8
SICILIA	31
TOSCANA	31
UMBRIA	13
VALLE D'AOSTA	6
VENETO	17
Fonte: Salutequità su dati Ministero della Salute	

Tabella - CRITERI DI RIMBORSABILITA'

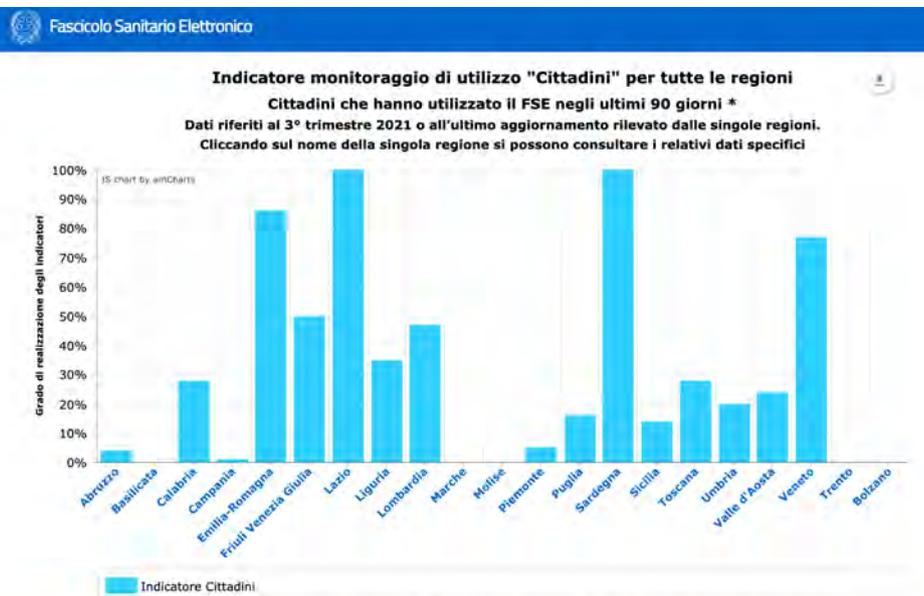
	Abruzzo	Calabria	Campania	Emilia R	Friuli VG	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Piemonte	Puglia	Sicilia	Sardegna	Toscana	Umbria	Veneto	PA Bolzano	PA Trento	
La tele visita è codificata tra le prestazioni erogabili dal SSN?	Sì	No	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	No	Sì	No	No	No	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
Se sì, è assimilata alla visita di controllo diabetologica ambulatoriale erogata in modalità tradizionale?	Sì		Sì	No	Sì	No	Sì	Sì		Sì				Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
La prestazione è rimborsata dal SSN?	Sì	No	Sì	?	Sì	Sì	Sì	Sì	no	Sì	No	no	No	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì
La tariffazione è quella vigente per le visite ambulatoriali erogate in modalità tradizionale?	Sì		Sì	?	Sì	Sì	Sì	Sì		Sì				Sì	Sì	Sì	Sì	Sì	Sì

Fonte: Società Italiana di Diabetologia, "Indagine sulla telemedicina in ambito diabetologico in Italia", giugno 2021

Tabella - UTILIZZO DELLA TELEMEDICINA

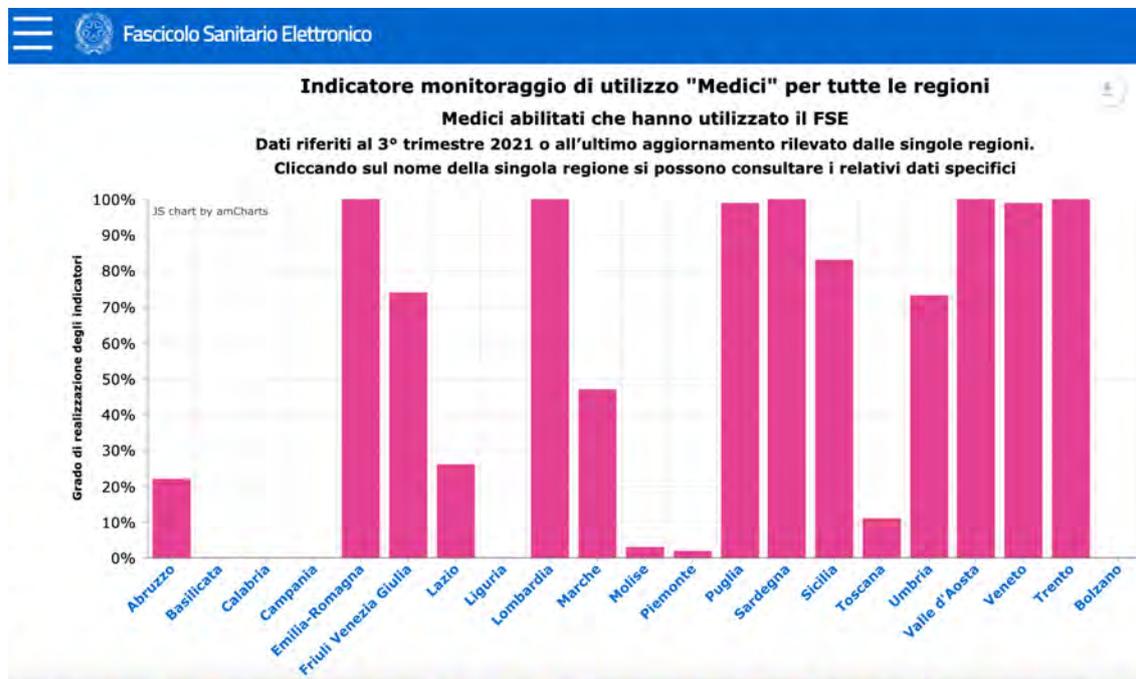
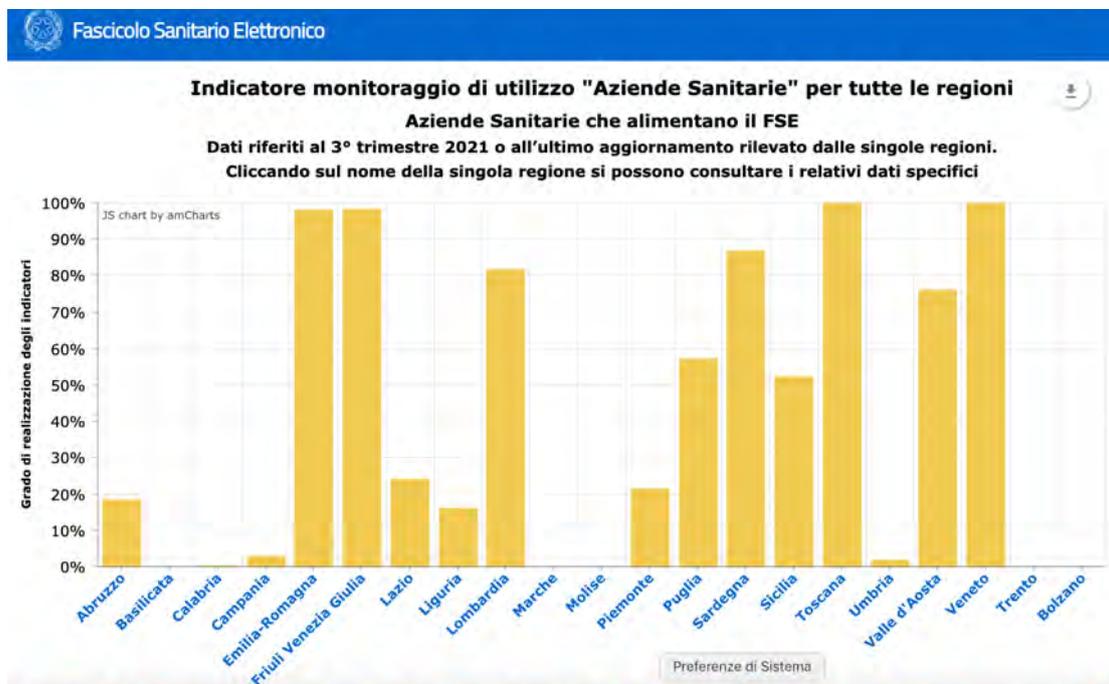
	Abruzzo	Calabria	Campania	Emilia R	Friuli VG	Lazio	Liguria	Lombardia	Marche	Piemonte	Puglia	Sicilia	Sardegna	Toscana	Umbria	Veneto	PA Bolzano	PA Trento
Quante strutture diabetologiche hanno per la telemedicina piattaforma, supporto informatico? gli strumenti necessari	o	o	25-50%	o	>75%	25-50%	>75%	25-50%	o	>50-75%	25-50%	25-50%	<25%	o	>75%	25-50%	>50-75%	>75%

Fonte: Società Italiana di Diabetologia, "Indagine sulla telemedicina in ambito diabetologico in Italia", giugno 2021



* Il dato di riferimento alla % di accesso da parte dei cittadini ai servizi FSE nei mesi è stato reso disponibile almeno un nuovo documento negli ultimi 90 giorni.

Fonte: <https://www.fascicolosanitario.gov.it/it>



5. Il livello di garanzia dei PDTA nelle Regioni

La definizione ufficiale di PDTA la ritroviamo all'interno dei due Piani Nazionali per il Governo delle Liste d'Attesa 2012-2014 e 2019-2021, nonché nel documento del Ministero della Salute sul Nuovo Sistema Nazionale di Garanzia dei LEA ("Nuovo sistema di garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza - Monitoraggio e valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutico assistenziali metodologia per il calcolo degli indicatori presenti nell'allegato 1 dello schema di decreto interministeriale "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" - parte generale introduttiva per i singoli PDTA"):

Il PDTA è una sequenza predefinita, articolata e coordinata di prestazioni erogate a livello ambulatoriale e/o di ricovero e/o territoriale, che prevede la partecipazione integrata di diversi specialisti e professionisti (oltre al paziente stesso), a livello ospedaliero e/o territoriale, al fine di realizzare la diagnosi e la terapia più adeguate per una specifica situazione patologica o anche l'assistenza sanitaria necessaria in particolari condizioni della vita, come ad esempio la gravidanza e il parto.

Si è giunti a questa definizione dopo un'evoluzione concettuale durata diversi anni:

- la **Legge Finanziaria del 1996**, infatti, identificava il PDTA come uno strumento per contribuire al rispetto degli obiettivi di spesa;
- il **PSN 1998-2000** considera il PDTA funzionale alla revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale;
- il **Decreto Legislativo 229/1999** identifica il PDTA come mezzo per favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza;
- il **PSN 2006-2008** assegna ai PDTA il compito di *"elaborazione sistematica di indicazioni basate sulle evidenze disponibili, secondo standard raccomandati, nel rispetto del principio di appropriatezza, con l'obiettivo di assistere i clinici ed i pazienti nel prendere decisioni,*

migliorare la qualità delle cure sanitarie e ridurre la variabilità nella pratica clinica e negli outcomes”;

- i diversi **Piani Nazionali di Governo delle liste di Attesa** considerano i PDTA come strumento per la garanzia della tempestività della diagnosi e del trattamento, nonché per l’abbattimento delle liste di attesa;
- il **Piano Nazionale della Cronicità** punta sui PDTA, che cita ben 45 volte nel testo, considerandoli *“uno strumento di programmazione del processo di cura e di integrazione tra diversi professionisti e diverse strutture e rappresentano la base dei programmi di gestione di malattia (disease management program). I percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA), quindi, devono essere intesi come “processi capaci di guidare la filiera delle offerte nel governo dei servizi per le patologie croniche” Essi dovranno essere progettati in modo da assicurare la presa in carico, l’appropriatezza delle cure (la procedura corretta sul paziente giusto al momento opportuno e nel setting più adatto), la continuità assistenziale (intesa come integrazione di cure, di professionisti e di strutture), e la “standardizzazione” dei costi. Inoltre, dovranno essere “personalizzati”, in relazione ai bisogni di cura e assistenziali dei pazienti (con particolare attenzione alla gestione “territoriale”) in una logica di “salute globale” che presti attenzione anche alla “malattia vissuta” e ai bisogni non-clinici. Dovranno infine essere modulati in rapporto alla stadiazione (con particolare attenzione alle comorbidità, alle cronicità complesse e all’utilizzo di tecnologie ad alto costo), gestiti attraverso lo strumento del follow up attivo (medicina d’iniziativa, assistenza pro-attiva), concordati con il paziente (Patto di cura), applicati e dinamicamente monitorati (attraverso indicatori di processi e di esito) per alimentare la verifica delle performance.”*

Se sono ancora molto rilevanti le differenze nei PDTA relativi ad una stessa patologia tra Regioni e/o tra territori di una stessa Regione, attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) dei LEA alcuni PDTA iniziano ad essere monitorati ufficialmente.

In particolare, il NSG si basa su 88 indicatori:

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- 33 per l’assistenza distrettuale;
- 24 per l’assistenza ospedaliera;

- 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;
- 1 indicatore di equità sociale;
- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).

22 indicatori sono definiti "CORE", gli altri 66 invece "NO CORE", dei quali fanno parte 10 indicatori dedicati ai PDTA.

I PDTA oggetto di monitoraggio sono 6, individuati, si legge sul sito del Ministero della Salute, "sulla base dell'impatto delle patologie sulla popolazione e sull'assistenza sanitaria" e sono:

1. Broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO)
2. Scompenso cardiaco
3. Diabete
4. Tumore della mammella nella donna
5. Tumore del colon
6. Tumore del retto

Il rispetto dei PDTA risulta particolarmente diversificato tra le Regioni.

Per quanto riguarda il PDTA della BPCO (anno valutazione 2017) si passa dall'82,7% di pazienti aderenti al trattamento farmacologico del Piemonte, al 21% delle Marche e al 19,5% della Sicilia. Per quanto riguarda la percentuale di pazienti che si sono sottoposti a visita pneumologica si oscilla tra l'81% del Piemonte, il 21,4% della Campania, il 21,3% della Liguria sono al 17,9 del FVG.

Per quanto riguarda il PDTA dello scompenso cardiaco la percentuale di pazienti che aderiscono al trattamento farmacologico con Ace inibitori o sartani varia tra il 70,6% della Sardegna, il 25,2% del Piemonte e il 13,3% della Valle D'Aosta. Per quanto riguarda l'aderenza al trattamento farmacologico con beta bloccanti la forbice oscilla tra circa il 70% dei pazienti della Sardegna al 15,3% del Piemonte, sino al 2,1% della Valle D'Aosta.

Guardando invece al PDTA del Diabete i pazienti che svolgono il controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi sono il 59,7% in Valle D'Aosta, il 26,3% in Basilicata e il 7,5% in Abruzzo. Invece per quanto riguarda i pazienti che effettuano il controllo dell'occhio almeno

una volta l'anno dopo la diagnosi sono il 2,4% in Abruzzo contro il 29% della Sardegna

Tabella dei valori degli indicatori di processo per il PDTA relativo alle Broncopneumopatie cronico-ostruttive (BPCO) (anno valutazione 2017 - anno reclutamento pazienti 2015. DM 12-3-2019)

Regione	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che aderiscono al trattamento farmacologico (PDTA01)			Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (BPCO) che sono sottoposti alla visita pneumologica (PDTA02)		
	Numeratore (n)	Denominatore (n)	Indicatore (%)	Numeratore (n)	Denominatore (n)	Indicatore (%)
Piemonte	2163	2613	82,78	2121	2613	81,17
Valle d'Aosta	42	126	33,33	65	126	51,59
Lombardia	1833	5253	34,89	2794	5253	53,19
PA Bolzano	106	308	34,42	173	308	56,17
PA Trento	141	293	48,12	73	293	24,91
Veneto	850	2342	36,29	966	2342	41,25
Friuli-Venezia Giulia	196	838	23,39	150	838	17,90
Liguria	1158	3964	29,21	846	3964	21,34
Emilia-Romagna	1361	3701	36,77	1790	3701	48,37
Toscana	936	2637	35,49	1269	2637	48,12
Umbria	199	523	38,05	287	523	54,88
Marche	203	965	21,04	379	965	39,27
Lazio	710	2372	29,93	987	2372	41,61
Abruzzo						
Molise	45	138	32,61	60	138	43,48
Campania	1511	3983	37,94	853	3983	21,42
Puglia	1071	2820	37,98	1505	2820	53,37
Basilicata	179	484	36,98	392	484	80,99
Calabria						
Sicilia	537	2754	19,50	852	2754	30,94
Sardegna	366	712	51,40	387	712	54,35

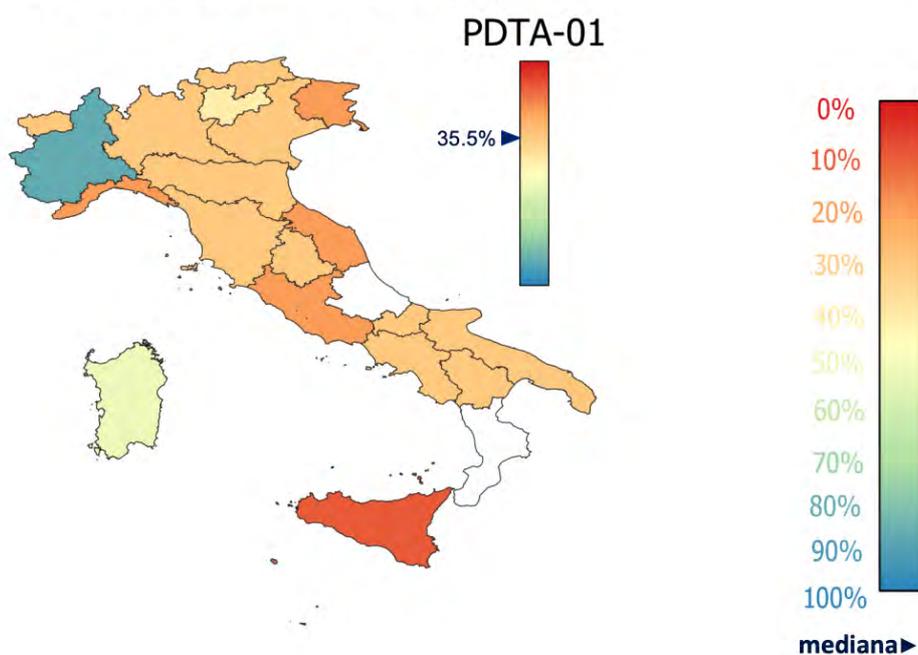
Numeratore PDTA01: numero di pazienti con disponibilità di broncodilatatori a lunga durata di azione nei 12 mesi successivi alla data di dimissione $\geq 75\%$ Numeratore PDTA02: numero di pazienti con un tasso di visite pneumologiche nei 12 mesi successivi alla data di dimissione ≥ 1

Denominatore PDTA01/PDTA02: numerosità della coorte con esacerbazione "prevalente" per i dettagli di calcolo vedi il file pdf con la "Metodologia per la valutazione PDTA BPCO"

Fonte: Ministero della Salute

Mappa dei valori degli indicatori di processo per il PDTA relativo alle Broncopneumopatie cronic-ostruttive (BPCO) nelle Regioni italiane (anno valutazione 2017 - anno reclutamento pazienti 2015. DM 12-3-2019)

Aderenza al trattamento farmacologico



Fonte: Ministero della Salute

Tabella dei valori degli indicatori di processo per il PDTA relativo allo Scompensamento Cardiaco (anno valutazione 2017 – anno reclutamento pazienti 2015. DM 12-3-2019)

Regione	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani (PDTA03A)			Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta-bloccanti (PDTA03B)			Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi (PDTA04)		
	Numeratore (n)	Denominatore (n)	Indicatore (%)	Numeratore (n)	Denominatore (n)	Indicatore (%)	Numeratore (n)	Denominatore (n)	Indicatore (%)
Piemonte	1098	4353	25,22	858	5600	15,32	2128	8547	24,90
Valle d'Aosta	21	157	13,38	3	143	2,10	34	305	11,15
Lombardia	7478	12608	59,31	8629	14479	59,60	6144	23366	26,29
Prov. Bolzano	370	678	54,57	381	661	57,64	197	1245	15,82
Prov. Trento	309	516	59,88	445	753	59,10	201	1204	16,69
Veneto	3972	6397	62,09	4392	7281	60,32	2351	12658	18,57
FVG	1337	2142	62,42	1382	2322	59,52	1257	3516	35,75
Liguria	1337	2358	56,70	1305	2516	51,87	654	3955	16,54
Emilia-Romagna	4364	7285	59,90	5801	8849	65,56	2285	13054	17,50
Toscana	2658	4597	57,82	1799	4976	36,15	2318	7260	31,93
Umbria	774	1272	60,85	627	1201	52,21	336	2166	15,51
Marche	1007	1887	53,37	1548	2565	60,35	467	3820	12,23
Lazio	4055	5921	68,49	3934	6405	61,42	652	9958	6,55
Abruzzo									
Molise	446	635	70,24	290	527	55,03	90	1029	8,75
Campania	5397	7729	69,83	5488	8056	68,12	1108	11205	9,89
Puglia	3958	6277	63,06	3842	6380	60,22	1275	10137	12,58
Basilicata	394	809	48,70	384	787	48,79	202	1216	16,61
Calabria									
Sicilia	4200	6776	61,98	4054	6977	58,11	1284	11766	10,91
Sardegna	952	1347	70,68	903	1310	68,93	382	2037	18,75

Numeratore PDTA-03(A): numero di pazienti con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una (PDC) $\geq 75\%$ Denominatore PDTA-03(A): numero di pazienti appartenenti alla coorte prevalente con una prescrizione di ACE inibitori o sartani nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice Numeratore PDTA-03(B): numero di pazienti con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice e con una PDC $\geq 75\%$
Denominatore PDTA-03(B): numero di pazienti appartenenti alla coorte prevalente con una prescrizione di beta-bloccanti nei 3 mesi successivi alla data di dimissione del ricovero indice Numeratore PDTA-04(B): numero di pazienti con un tasso di ecocardiogrammi nei 12 mesi successivi alla data di dimissione ≥ 1

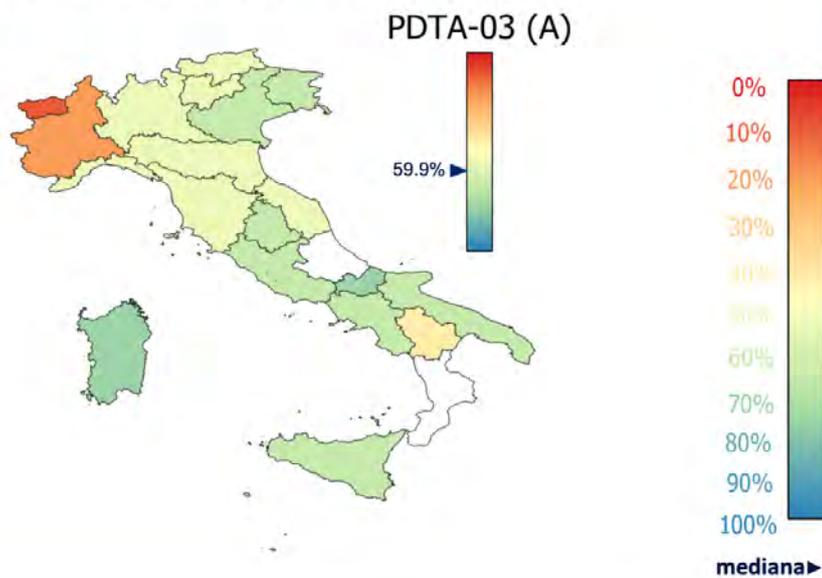
Denominatore PDTA-04: numerosità della coorte prevalente

per i dettagli di calcolo vedi il file pdf con la "Metodologia per la valutazione PDTA Scompensamento cardiaco"

Fonte: Ministero della Salute

Mapa dei valori degli indicatori di processo per il PDTA relativo allo Scoppio cardiaco nelle Regioni italiane (anno valutazione 2017 - anno reclutamento pazienti 2015. DM 12-3-2019)

Aderenza al trattamento con ACE inibitori o sartani



Fonte: Ministero della Salute

Tabella dei valori degli indicatori di processo per il PDTA relativo al Diabete (anno valutazione 2017 - anno reclutamento pazienti 2015. DM 12-3-2019)

Regione	Percentuale di pazienti diabetici con controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA05.1)			Percentuale di pazienti diabetici con controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA05.2)			Percentuale di pazienti diabetici con controllo della microalbuminuria almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA05.3)			Percentuale di pazienti diabetici con monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA05.4)			Percentuale di pazienti diabetici con controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA05.5)			Percentuale di pazienti diabetici che seguono almeno 4 delle 5 raccomandazioni (PDTA05)		
	Numero (n)	Denominatore (n)	Indicatore (%)	Numero (n)	Denominatore (n)	Indicatore (%)	Numero (n)	Denominatore (n)	Indicatore (%)	Numero (n)	Denominatore (n)	Indicatore (%)	Numero (n)	Denominatore (n)	Indicatore (%)	Numero (n)	Denominatore (n)	Indicatore (%)
Piemonte	133957	262631	51,01	185926	262631	70,79	132861	262631	50,59	206788	262631	78,74	37957	262631	14,45	99216	262631	37,78
Vallée d'Aosta	6929	11602	59,72	6438	11602	55,49	6311	11602	54,40	8492	11602	73,19	1326	11602	11,43	4351	11602	37,50
Lombardia	236864	557708	42,47	351669	557708	63,06	249677	557708	44,77	424634	557708	76,14	135923	557708	24,37	187493	557708	33,62
PA Bolzano	9498	20090	47,28	10711	20090	53,32	8847	20090	44,04	16034	20090	79,81	2928	20090	14,57	5773	20090	28,74
PA Trento	10208	26255	38,88	15042	26255	57,29	9066	26255	34,53	18573	26255	70,74	2775	26255	10,57	6523	26255	24,84
Veneto	109214	265612	41,12	171520	265612	64,58	122571	265612	46,15	178879	265612	67,35	61065	265612	22,99	82912	265612	31,22
FVG	30471	76163	40,01	48136	76163	63,20	31679	76163	41,59	53206	76163	69,86	11763	76163	15,44	21189	76163	27,82
Liguria	30460	90047	33,83	51118	90047	56,77	22672	90047	25,18	62863	90047	69,81	18845	90047	20,93	18679	90047	20,74
Emilia-Romagna	122861	257022	47,80	162671	257022	63,29	129123	257022	50,24	194432	257022	75,65	48943	257022	19,04	90086	257022	35,05
Toscana	95256	235265	40,49	136573	235265	58,05	76752	235265	32,62	174933	235265	74,36	37445	235265	15,92	58213	235265	24,74
Umbria	21116	49147	42,96	32212	49147	65,54	23526	49147	47,87	36023	49147	73,30	5953	49147	12,11	14737	49147	29,99
Marche	41551	86983	47,77	49438	86983	56,84	38152	86983	43,86	60710	86983	69,80	17184	86983	19,76	26069	86983	29,97
Lazio	123032	364655	33,74	201681	364655	55,31	102199	364655	28,03	223694	364655	61,34	53061	364655	14,55	70105	364655	19,23
Abruzzo	4423	58346	7,58	5793	58346	9,93	3031	58346	5,19	6883	58346	11,80	1426	58346	2,44	21556	58346	36,95
Molise	6634	21287	31,16	10562	21287	49,62	4716	21287	22,15	9724	21287	45,68	2097	21287	9,85	2374	21287	11,15
Campania	95428	296772	32,16	143859	296772	48,47	114954	296772	38,73	158513	296772	53,41	51241	296772	17,27	59129	296772	19,92
Puglia	87159	293092	29,74	162063	293092	55,29	92261	293092	31,48	178713	293092	60,98	39170	293092	13,36	52640	293092	17,96

Basilicata	13299	50412	26,38	21900	50412	43,44	11460	50412	22,73	25928	50412	51,43	4232	50412	8,39	2133	50412	4,23
Calabria																		
Sicilia	130866	376592	34,75	221432	376592	58,80	105656	376592	28,06	221738	376592	58,88	69472	376592	18,45	70253	376592	18,65
Sardegna	38546	73858	52,19	47033	73858	63,68	29309	73858	39,68	46364	73858	62,77	21431	73858	29,02	23671	73858	32,05

Numeratore PDTA-05.1: numero di pazienti con un tasso di controlli dell'emoglobina glicata ≥ 2 nell'anno di valutazione Numeratore PDTA-05.2: numero di pazienti con un tasso di controlli del profilo lipidico ≥ 1 nell'anno di valutazione Numeratore PDTA-05.3: numero di pazienti con un tasso di controlli della microalbuminuria ≥ 1 nell'anno di valutazione

Numeratore PDTA-05.4: numero di pazienti con un tasso di monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina ≥ 1 nell'anno di valutazione Numeratore PDTA-05.5: numero di pazienti con un tasso di controlli dell'occhio ≥ 1 nell'anno di valutazione

Numeratore PDTA-05: numero di pazienti aderenti ad almeno 4 delle 5 raccomandazioni nell'anno di valutazione Denominatore PDTA-05, PDTA-05.1, PDTA-05.2, PDTA-05.3, PDTA-05.4, PDTA-05.5: numerosità della coorte prevalente

per i dettagli di calcolo vedi il file pdf con la "Metodologia per la valutazione PDTA Diabete"

Fonte: Ministero della Salute

6. Le cure sul territorio

Il luogo di elezione per rispondere ai bisogni delle persone con cronicità sono il territorio e il "domicilio", la casa della persona.

Attualmente il territorio, dove si assiste la cronicità e la multicronicità, è particolarmente debole sia dal punto di vista degli investimenti che delle disponibilità di assistenza pubblica, con conseguenze sulla spesa diretta delle famiglie.

E infatti la non completa applicazione attiva del Piano Nazionale Cronicità e gli ulteriori, ma ancora insufficienti, stanziamenti del PNRR per l'assistenza territoriale di cui fa parte quella ad anziani cronici, disabili e fragili, non danno ancora soluzione al problema della spesa privata che le famiglie devono sostenere per avere l'assistenza necessaria.

Tabella - Spesa sanitaria totale, pubblica e privata, in Italia per funzione assistenziale, anno 2017

Prestazioni	Spesa pubblica e contribuzioni obbligatorie	Regimi di finanziamento volontari	Spesa diretta famiglie	Tutti i regimi di finanziamento
	A	B	C	D=A+B+C
Assistenza sanitaria per cura e riabilitazione	67.212	1.202	15.919	84.333
Assistenza ospedaliera in regime ordinario per cura e riabilitazione	40.835	183	1.465	42.483
Assistenza ospedaliera in regime di day hospital per cura e riabilitazione	5.677	30	472	6.179
Assistenza ambulatoriale per cura e riabilitazione	20.426	933	13.849	35.208
Assistenza domiciliare per cura e riabilitazione	274	56	133	463
Assistenza (sanitaria) a lungo termine	11.757	136	3.618	15.511
Assistenza (sanitaria) ospedaliera a lungo termine	6.109	80	3.176	9.365
Assistenza (sanitaria) ospedaliera diurna a lungo termine	927	-	-	927
Assistenza (sanitaria) ambulatoriale a lungo termine	2.600	-	348	2.948
Assistenza (sanitaria) domiciliare a lungo termine	2.121	56	94	2.271
Servizi ausiliari (non specificati per funzione)	9.249	317	2.884	12.450
Prodotti farmaceutici e altri apparecchi terapeutici (non specificati per funzione)	17.798	209	13.504	31.511
Prodotti farmaceutici e altri presidi medici non durevoli (non specificati per funzione)	16.884	-	10.218	27.102
Apparecchi terapeutici ed altri presidi medici durevoli (non specificati per funzione)	914	209	3.286	4.409
Servizi per la prevenzione delle malattie	5.355	669	64	6.088
Governance e amministrazione del sistema sanitario e del finanziamento.	1.760	1.164	-	2.924
Totale	113.131	3.697	35.989	152.817
Risorse allocate nel PNNR per assistenza territoriale	7 miliardi			

Fonte: Elaborazione Salutequità su Corte dei conti su dati Istat, Spese sanitarie per funzione assistenziale e regime di finanziamento; importi in milioni di euro.

Se la casa è il luogo di elezione per le cure delle persone con cronicità, è importante verificare se e quanto l'Assistenza Domiciliare Integrata sia diffusa e presente nelle diverse Regioni. Da sottolineare che attualmente resta una tipologia di assistenza dedicata soprattutto – ma comunque in misura

insufficiente – a determinate tipologie di assistiti, quelli più complessi: anziani, disabili gravi e malati terminali (per quanto riguarda la palliazione) e comunque con differenze e ore di assistenza al ribasso negli anni.

Tabella - ADI: differenza 2010-2018

Regioni	ore totali	ore per anziani	ore per malati terminali	numero prestazioni	prestazioni per 100mila
PIEMONTE	25	28	32	27.890	654
VALLE D'AOSTA	-31	-21	-42	206	167
LOMBARDIA	-5	-5	-5	43.431	408
PROV. AUTON. BOLZANO	nd	Nd	nd	508	89
PROV. AUTON. TRENTO	-13	-12	-16	4.026	714
VENETO	-5	-5	-7	83.021	1.686
FRIULI VENEZIA GIULIA	10	11	-8	713	76
LIGURIA	-6	-5	-16	5.480	397
EMILIA ROMAGNA	-2	-3	-11	9.031	162
TOSCANA	-12	-14	-5	96.353	2.584
UMBRIA	4	2	-3	-5.068	-532
MARCHE	-8	-6	-8	2.347	176
LAZIO	21	16	46	4.794	47
ABRUZZO	-5	-11	7	5.911	478
MOLISE	-67	-66	-68	11.460	3.794
CAMPANIA	-2	-6	-8	27.573	477
PUGLIA	-19	-24	-21	32.166	804
BASILICATA	-14	-10	-20	1.682	353
CALABRIA	-5	-5	-13	946	43
SICILIA	6	2	27	52.151	1.047
SARDEGNA	-21	-25	-3	8.952	559
ITALIA	-2	-2	0	413.573	682

Fonte: Elaborazione Salutequità su dati Annuario SSN, Ministero della Salute

Questa situazione si evidenzia anche osservando l'evoluzione della tipologia di assistenza che si è sviluppata a partire dal 2010 e fino all'ultimo anno rilevato dal Ministero della Salute, il 2018, che vedono molti segni meno accanto al numero di strutture che erogano servizi, da quelli ospedalieri a quelli riabilitativi.

Dati questi che in qualche modo confermano il dato rilevato dalla Corte dei conti sulla spesa diretta delle famiglie per l'assistenza in determinate situazioni.

Tabella - Differenza numero strutture per tipologia di assistenza erogata 2010-2018

Assistenza	Natura delle strutture				Totale
	Pubbliche	%	Private accreditate	%	
Assistenza Ospedaliera	- 119	-2,6%	- 51	2,6%	- 170
Assistenza Specialistica Ambulatoriale	- 367	-0,4%	- 467	0,4%	- 834
Assistenza Territoriale Residenziale	-199	-7,1%	1.558	7,1%	1.359
Assistenza Territoriale Semiresidenziale	- 37	-7,1%	538	7,1%	501
Altra Assistenza Territoriale	12	-1,3%	87	1,3%	99
Assistenza Riabilitativa (ex art. 26)	18	-2,2%	156	2,2%	174
TOTALE	- 692	-4,5%	1.821	4,5%	1.129

Fonte: elaborazione Salutequità su dati Annuario Ssn – Ministero della Salute

Ma bisogna fare i conti anche con la presenza di professionisti sanitari e strutture che possano garantire le cure necessarie e la prossimità quale elemento di qualità e di equità di assistenza e cure.

Tra il 2009 e il 2019 si è ridotto il numero assoluto di Medici di medicina generale (MMG) di 3781 unità; solo l'8% ha un'anzianità di laurea compresa tra 0 e 13 anni nel 2019; il 78% oltre 23 anni di anzianità di laurea. Anche per i Pediatri di Libera Scelta (PLS) si sono ridotti di 287 unità nello stesso arco temporale.

Anzianità di laurea dei medici di medicina generale, Italia. Trend 2009-2019

Anno	Da 0 a 6 anni	Da 6 a 13 anni	Da 13 a 20 anni	Da 20 a 27 anni	Oltre 27 anni	Totale
2009	109	827	6.811	16.040	22.422	46.209
2010	124	733	5.738	14.410	24.873	45.878
2011	98	703	5.035	13.260	26.965	46.061
2012	69	554	4.231	12.120	28.463	45.437
2013	72	581	3.724	11.540	29.286	45.203
2014	78	739	3.307	10.853	29.960	44.937
2015	158	760	2.573	9.990	31.174	44.655
2016	95	881	2.331	9.282	31.681	44.270
2017	119	1.094	2.156	8.216	32.146	43.731
2018	139	1.350	1.917	6.814	32.767	42.987
2019	150	1.683	1.833	5.750	33.012	42.428

Fonte: Annuario statistico SSN, 2019

Anzianità di specializzazione dei pediatri di libera scelta, Italia. Trend 2009-2019

Anno	Da 0 a 2 anni	Da 2 a 9 anni	Da 9 a 16 anni	Da 16 a 23 anni	Oltre 23 anni	Totale
2009	20	277	1.282	3.112	3.004	7.695
2010	60	337	1.192	2.966	3.163	7.718
2011	56	324	899	3.017	3.420	7.716
2012	56	305	630	2.616	4.049	7.656
2013	14	264	617	2.387	4.423	7.705
2014	17	255	535	2.101	4.807	7.715
2015	9	226	556	1.843	5.031	7.665
2016	14	224	535	1.577	5.306	7.656
2017	10	197	497	1.297	5.589	7.590
2018	24	183	477	956	5.859	7.499
2019	19	199	487	822	5.881	7.408

Fonte: Annuario statistico SSN, 2019

In media un MMG in Italia assiste 1224 persone, con valori più alti in PA Bolzano (1551) e Lombardia (1408) e più bassi e al di sotto dei 1100 in Umbria (1049), Calabria (1055), Basilicata (1052), Molise e Sicilia (1059).

Opera in forma associativa, percepiscono l'indennità, il 68,2% dei MMG in Italia. Anche in questo caso sono al di sopra della media, con percentuali al di sopra dell'80% PA Trento (86,2%), Emilia-Romagna (84%) e Veneto (83,6%). Al centro Marche (79,8%) e Lazio (78,3%) si avvicinano all'80%, al Sud la percentuale più alta è registrata dalla Puglia (74,9%). Al contrario le percentuali più basse si registrano al sud con Campania (48,2%) e Calabria (40%) al di sotto del 50%. Al nord l'eccezione è rappresentata dal Friuli-Venezia Giulia con il 19%.

DISTRIBUZIONE DEI MEDICI GENERICI PER CLASSI DI SCELTE E NUMERO SCELTE PER MEDICO GENERICO ANNO 2019

Regione	Medici Generici distinti per classi di scelte										di cui indennità		Numero scelte per medico		
	Da 1 a 50		Da 51 a 500		Da 501 a 1000		Da 1001 a 1500		Oltre 1500		Totale			per attività in forma associativa	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		N°	%
PIEMONTE	12	0,4	129	4,4	343	11,6	1.319	44,7	1.149	38,9	2.952	100,0	2.288	77,5	1.289
VALLE D'AOSTA	1	1,2	5	6,0	7	8,3	41	48,8	30	35,7	84	100,0	65	77,4	1.291
LOMBARDIA	14	0,2	144	2,4	436	7,2	1.750	28,7	3.747	61,5	6.091	100,0	4.342	71,3	1.408
PROV. AUTON. BOLZANO	2	0,7	3	1,1	15	5,3	71	25,0	193	68,0	284	100,0	168	59,2	1.551
PROV. AUTON. TRENTO	6	1,8	10	2,9	30	8,8	112	32,9	182	53,5	340	100,0	293	86,2	1.357
VENETO	16	0,5	92	2,9	271	8,7	1.080	34,6	1.664	53,3	3.123	100,0	2.610	83,6	1.365
FRIULI VENEZIA GIULIA	1	0,1	28	3,5	79	9,8	433	53,5	268	33,1	809	100,0	156	19,3	1.320
LIGURIA	15	1,3	93	8,2	204	17,9	465	40,8	362	31,8	1.139	100,0	814	71,5	1.179
EMILIA ROMAGNA	34	1,2	128	4,3	399	13,5	1.157	39,2	1.231	41,7	2.949	100,0	2.478	84,0	1.302
TOSCANA	47	1,8	175	6,7	398	15,2	981	37,4	1.021	38,9	2.622	100,0	1.749	66,7	1.241
UMBRIA	35	4,8	69	9,5	180	24,7	315	43,3	129	17,7	728	100,0	546	75,0	1.049
MARCHE	16	1,5	60	5,5	207	18,9	444	40,6	367	33,5	1.094	100,0	866	79,2	1.209
LAZIO	110	2,5	420	9,4	850	19,0	1.709	38,3	1.373	30,8	4.462	100,0	3.492	78,3	1.138
ABRUZZO	39	3,6	130	12,1	211	19,6	471	43,7	227	21,1	1.078	100,0	706	65,5	1.059
MOLISE	2	0,8	26	10,1	69	26,7	129	50,0	32	12,4	258	100,0	173	67,1	1.059
CAMPANIA	41	1,0	235	5,8	703	17,4	1.652	40,9	1.406	34,8	4.037	100,0	1.945	48,2	1.225
PUGLIA	70	2,1	375	11,5	744	22,8	1.515	46,5	556	17,1	3.260	100,0	2.441	74,9	1.078
BASILICATA	9	1,9	46	9,7	124	26,1	198	41,7	98	20,6	475	100,0	313	65,9	1.052
CALABRIA	15	1,0	156	10,4	424	28,3	638	42,6	263	17,6	1.496	100,0	599	40,0	1.055
SICILIA	83	2,1	482	12,1	931	23,3	1.898	47,5	606	15,2	4.000	100,0	2.289	57,2	1.059
SARDEGNA	14	1,2	50	4,4	180	15,7	547	47,7	356	31,0	1.147	100,0	611	53,3	1.226
ITALIA	582	1,4	2.856	6,7	6.805	16,0	16.925	39,9	15.260	36,0	42.428	100,0	28.944	68,2	1.224

ASS_DIS_MED_02

Fonte: Annuario statistico SSN, 2019

Anche sul fronte delle prestazioni specialistiche ambulatoriali si assiste alla riduzione di offerta specialistica pubblica a diretta gestione presso i poliambulatori delle ASL, cui si associa una costante diminuzione numerica degli stessi ambulatori e poliambulatori pubblici (si passa in Italia, dalle 10.540 strutture ambulatoriali e poliambulatoriali pubbliche del 2004 alle 9.214 del 2013 sino alle 8.370 del 2018).

E la riduzione del numero di specialisti ambulatoriali convenzionati viene incrementata dal trasferimento di circa il 30% di questi ultimi dal territorio verso gli ospedali, per attività ospedaliera e non ambulatoriale, con effetti negativi sul fenomeno delle liste d'attesa e dell'accesso alle cure.

Tabella - Italia - Numero totale di medici specialisti ambulatoriali operanti nel territorio ed in ospedale. Confronto Anni 2016-2020

Regioni	Specialisti Ambulatoriali 2016	Specialisti Ambulatoriali 2020	Differenza 2016-2020
Abruzzo	274	260	-14
Basilicata	95	81	-14
Calabria	646	552	-94
Campania	2.778	2.850	+72
Emilia Romagna	1.047	1.080	+33
Friuli Venezia Giulia	159	123	-36
Lazio	2.208	2.075	-133
Liguria	432	668	+236
Lombardia	1.278	1.175	-103
Marche	294	261	-33
Molise	68	72	-4
Piemonte	1.138	960	-178
PA Bolzano	9	16	+7
PA Trento	109	85	-24
Puglia	906	913	+7
Sardegna	849	505	-334
Sicilia	899	811	-18
Toscana	974	942	-32
Umbria	172	230	+58
Valle d'Aosta	14	14	19
Veneto	1.264	1.069	-195
Italia	15.613	14.817	-796

Fonte: Elaborazione Sumai su dati Sisac

Il Piano nazionale della cronicità fa riferimento anche alla farmacia dei servizi, “quale modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l’educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché alla assunzione del bisogno di salute prima dell’insorgere della malattia o prima che essa si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità”⁷

Sono 19.331 le farmacie territoriali (pubbliche e private), una ogni 3219 abitanti. Hanno una proporzione più alta, quindi ogni farmacia fa da riferimento ad un numero maggiore di abitanti rispetto alla media italiana, le regioni Veneto (3416), Bolzano (3938), Campania (3470) e Lazio (3658).

⁷ Piano Nazionale della Cronicità

Sono più diffuse, ovvero ogni farmacia copre un numero inferiore di abitanti rispetto alla media in Molise (1858), Valle d'Aosta (2427), Piemonte (2627), Liguria (2544), Calabria (2486) e Basilicata (2626).

Rapporto farmacie/abitanti in Italia (marzo 2019)

REGIONE	NUMERO FARMACIE			ABITANTI	ABITANTI PER FARMACIA
	COMPLESSIVE	PRIVATE*	PUBBLICHE**		
VALLE D'AOSTA	52	<u>45</u>	7	126.883	2.427
PIEMONTE	1.666	<u>1.555</u>	111	4.392.526	2.627
LIGURIA	612	<u>591</u>	21	1.565.307	2.544
LOMBARDIA	3.089	<u>2.616</u>	473	10.019.166	3.249
VENETO	1.436	<u>1.321</u>	115	4.907.529	3.416
BOLZANO	134	<u>128</u>	6	524.256	3.938
TRENTO	169	<u>144</u>	25	538.604	3.195
FRIULI-V.GIULIA	407	<u>381</u>	26	1.217.872	2.987
EMILIA-ROMAGNA	1.358	<u>1.135</u>	223	4.448.841	3.279
MARCHE	509	<u>433</u>	76	1.538.055	3.009
TOSCANA	1.218	<u>985</u>	233	3.742.437	3.068
LAZIO	1.612	<u>1.445</u>	167	5.898.124	3.658
UMBRIA	278	<u>227</u>	51	888.908	3.182
ABRUZZO	508	<u>477</u>	31	1.322.247	2.589
MOLISE	166	<u>164</u>	2	310.449	1.858
CAMPANIA	1.679	<u>1.613</u>	66	5.839.084	3.470
PUGLIA	1.259	<u>1.243</u>	16	4.063.888	3.215
BASILICATA	216	<u>212</u>	4	570.365	2.626
CALABRIA	787	<u>785</u>	2	1.965.128	2.486
SICILIA	1.557	<u>1.543</u>	14	5.056.641	3.229
SARDEGNA	619	<u>613</u>	6	1.653.135	2.663
Totale nazionale	19.331	17.656	1.675	60.589.445	3.129

*dati Federfarma comprensivi dei 528 dispensari stagionali e succursali

**dati Assofarm

popolazione residente al 1/1/2018 - fonte ISTAT

Fonte: Federfarma

Esiste poi una figura non contemplata tra gli attori del PNC, in quanto introdotto con misure normative successive, ma che gioca un ruolo nella presa in carico delle persone con cronicità e caregiver, nonché nella prevenzione. È l'infermiere di famiglia e di comunità (IFeC), descritto per la prima volta nel più recente Patto per la Salute 2019-2021, successivamente riconfermato nel decreto Rilancio e nel PNRR. È "un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute

della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. La sua funzione è orientata ad una presenza continuativa e proattiva nella comunità territoriale di riferimento facilitando il percorso della presa in carico e della continuità dell'assistenza, **favorendo l'integrazione e la collaborazione tra le figure professionali (MMG, PLS, Specialisti, altri infermieri e altre figure sanitarie, assistenti sociali ecc.) e i servizi socio-sanitari presenti sul territorio, in un vero e proprio lavoro di équipe territoriale.** È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale"⁸.

Le Regioni, nelle loro linee di indirizzo sull'IFeC approvate a settembre 2020, lo inseriscono tra gli strumenti che hanno a disposizione, anche in corso di pandemia, per garantire "il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure in favore dei soggetti contagiati identificati, nonché di tutte le persone fragili e dei soggetti affetti, da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità".

Dove IFeC è già attivo si registrano risultati: in Friuli-Venezia Giulia, ad esempio, dove lo è dal 2004 -ma così si sta rivelando anche in Toscana, in alcune Asl del Lazio e in altre Regioni dove la sua attivazione ha già preso piede- è migliorata l'appropriatezza di chi si rivolge al servizio di Pronto Soccorso (in un triennio il Friuli VG ha ridotto i codici bianchi di circa il 20%).

Secondo AGENAS servono mediamente oltre 26mila infermieri di famiglia e di comunità, un numero anche più elevato di quello stimato dalla stessa Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI, che ne ha calcolati circa 21mila).

⁸ Agenas

Tabella – Fabbisogno di infermieri di famiglia e comunità			
Regioni	Stima FNOPI fabbisogno infermieri famiglia/comunità	Secondo Decreto Rilancio (8x50mila abitanti)	Secondo proiezioni AGENAS (media)
Abruzzo	479	206	571
Basilicata	207	88	243
Calabria	687	300	835
Campania	1.925	909	2524
Emilia-Romagna	1.651	711	1976
Friuli-Venezia Giulia	462	192	533
Lazio	1.999	915	2543
Liguria	628	242	671
Lombardia	3.487	1.595	4430
Marche	528	240	667
Molise	116	47	132
Piemonte	1.642	684	1899
Puglia	1.409	628	1745
Sardegna	595	256	710
Sicilia	1.733	775	2152
Toscana	1.386	587	1630
Trentino-Alto Adige	357	173	479
Umbria	331	138	384
Valle d'Aosta	46	20	55
Veneto	1.743	776	2157
Italia	21.414	9.481	26337

Fonte: Elaborazione Centro studi FNOPI

Tuttavia, la carenza infermieristica (mancano secondo FNOPI circa 63mila infermieri di cui oltre 30mila sul territorio) ha permesso finora l'ingresso in servizio solo di 1.132 IFeC, l'11,9% delle previsioni del decreto Rilancio.

A certificarlo è la Corte dei conti nel suo Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica, che sottolinea come "limitato è il grado di attuazione di misure, quali l'utilizzo degli infermieri di comunità" e "incerti anche i risultati sul fronte del potenziamento dell'assistenza domiciliare o del recupero dell'attività ordinaria sacrificata nei mesi dell'emergenza, che rappresenta forse il maggior onere che la pandemia ci obbliga ora ad affrontare".

E ancora le misure di rafforzamento territoriale non hanno coperto il

fabbisogno di assistenti sociali (63 su 597 di cui 58 concentrati nelle USCA del nord ovest) e psicologi (129 su 597 previsti, di cui 125 nel sud ed isole).

Tabella - L'ATTUAZIONE DELLE MISURE PER IL RAFFORZAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE									
Area	USCA attese		Infermieri ex art. 1, comma 5 d.l. 34 del 2020*			Assistenti sociali ex art. 1 comma 7 dl. 34/2020		Psicologi ex art. 1 comma 7-bis dl. 34/2020	
	USCA attese	USCA attivate	Limite massimo 8 ogni 50.000 abitanti**	Infermieri ex art 1 comma 5 dl 34 del 2020	% infermieri di famiglia e comunità attivi sul totale previsto	Limite 1 Assistente sociale ogni 2 USCA	Assistenti sociali operante	Limite 1 Psicologo ogni 2 USCA	Psicologi operanti
Nord-Ovest	320	321	2.560	465	18,2	160	58	160	4
Nord-Est	231	172	1.848	154	8,3	116	1	116	0
Centro	236	275	1.888	241	12,8	118	0	118	0
Sud e Isole	407	442	3.256	272	8,4	204	4	204	125
Totale	1.194	1.210	9.552	1.132	11,9	597	63	597	129
* Infermiere di famiglia e comunità									
** La popolazione italiana 2020 è quantificata in 59.700.000 unità residenti									
Fonte: Corte dei conti, Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica									

6.1 Il PNRR e l'impatto sull'assistenza territoriale

A intervenire su questa situazione dovrebbe essere ora il PNRR che ha previsto per l'assistenza territoriale il finanziamento per lo sviluppo di una serie di strutture pubbliche, stabilendone anche alcuni standard.

La Missione 6 del PNRR – quella sulla salute – è divisa in 2 componenti, focalizzate su: lo sviluppo di una rete territoriale dell'assistenza sociosanitaria che consenta la vicinanza alle persone partendo dalla 'casa come primo luogo di cura', per arrivare alle 'Case della comunità' e alla rete ospedaliera; l'ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del SSN.

Le attribuzioni evidenziano che gli investimenti in ICT assorbono il 51,4 per cento delle risorse addizionali, seguiti dagli investimenti in costruzioni (30,4 per cento).

L'impatto sul PIL di questa missione è dell'1,1 per cento in tutto l'orizzonte temporale, con un effetto dello 0,5 per cento per la prima componente e dello 0,6 per cento per la seconda.

Il nuovo Piano nazionale di ripresa e resilienza conferma 19,72 miliardi per la sanità: in totale sarebbero previsti 15,62 miliardi nel PNRR, più 1,71 miliardi di React Eu, più 2,39 miliardi nel fondo complementare

L'attuazione della riforma prevede due attività principali:

- l'identificazione del modello organizzativo condiviso della rete di assistenza territoriale tramite la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e le relative strutture da adottare entro il 31 ottobre 2021 con l'approvazione di uno specifico decreto ministeriale;
- la definizione entro fine 2022, con un Ddl ad hoc che avrebbe già dovuto essere predisposto (nel piano la data era entro il 31 ottobre 2021), di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio One-Health.

Il progetto di realizzare la Casa della Comunità consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità.

La Casa della Comunità diventerà la casa delle cure primarie e lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici.

La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali.

Tra i servizi è previsto, in particolare, il punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari) e i servizi consultoriali con riferimento alla tutela del bambino, della donna e dei nuclei familiari con un approccio di medicina di genere.

La presa in carico domiciliare presuppone una serie di fasi:

- a) valutazione multidimensionale;
- b) definizione di obiettivi che ragionevolmente potranno essere perseguiti;
- c) elaborazione del piano/progetto assistenziale individuale;

- d) affidamento a un case manager che rappresenta il punto di riferimento sia per il paziente che per tutti gli operatori che avranno un ruolo nell'episodio assistenziale;
- e) gestione;
- f) dimissioni,
- g) controllo della gestione clinica.

Va identificato un modello per l'erogazione delle cure che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie; realizzato presso ogni Azienda un sistema informativo per rilevare dati clinici in tempo reale; attivate 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, per coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con ospedali e rete di emergenza-urgenza.

Altra componente da attivare in modo omogeneo sul territorio nazionale è l'Ospedale di Comunità, una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve, destinata a pazienti che necessitano interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata, di norma dotato di 20 posti letto (con un massimo di 40 posti letto) e a gestione infermieristica.

Obiettivo: maggiore appropriatezza delle cure e riduzione di accessi impropri ad altre prestazioni. Potrà anche facilitare la transizione dalle cure ospedaliere acute a quelle domiciliari, consentendo a famiglie e strutture di assistenza di adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

Ne servono circa 380 e l'operatività di risorse umane sarà garantita nell'ambito delle risorse attuali. È previsto un incremento strutturale delle dotazioni di personale, con riferimento agli infermieri di comunità.

7. La spesa sociale per interventi e servizi sociali nelle Regioni

Il modello di presa in carico della cronicità previsto dal Piano Nazionale della Cronicità punta sull'integrazione dei setting assistenziali, dei livelli istituzionali, dei professionisti socio-sanitari coinvolti e sull'integrazione sociosanitaria degli interventi.

Un concetto quest'ultimo che ricorre esplicitamente ben venti volte all'interno del Piano nazionale, il quale afferma come *"... Invecchiamento, cronicità e disabilità, che spesso si associano a più complessive situazioni di esclusione sociale, comportano la definizione di un nuovo modello di risposta alla domanda di assistenza, che renda il sistema più prossimo ai cittadini e ai loro bisogni. Questi fattori impongono, pertanto, la definizione di strategie di assistenza coordinate ed integrate con azioni e prestazioni di natura socio-assistenziale."*

Un elemento tanto rilevante da rientrare ufficialmente tra gli obiettivi dello stesso Piano Nazionale:

"Sviluppare un sistema integrato di servizi socio-sanitari alla persona con cronicità che valorizzi la partecipazione della società civile e garantisca equità di accesso e di prestazioni".

A differenza dell'assistenza sanitaria che può contare sulla definizione, il finanziamento e il monitoraggio di Livelli Essenziali di Assistenza, l'area sociale vede solo ora, con il Ddl Bilancio 2022 (art. 43), l'introduzione concreta nel nostro ordinamento dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS).

Un'innovazione fondamentale per garantire equità di accesso alle prestazioni sociali sul territorio nazionale e per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria richiamata con forza anche dal Piano Nazionale della Cronicità.

È infatti la Corte dei conti a segnalare come attualmente la spesa sociale pro-capite per interventi e servizi sociali sia estremamente differente da Regione a Regione e per funzione:

si passa dai 540 euro pro-capite della Provincia di Bolzano del 2018, ai 59 della Basilicata, ai 56 della Campania sino ad arrivare ai 22 della Calabria. La variazione percentuale della spesa pro-capite 2012-2018 oscilla dal 104% di Bolzano, al 67% del Molise al -24% della Valle d'Aosta.

Per quanto riguarda la spesa pro-capite 2018 per il sostegno alle persone con disabilità si va da oltre 13 mila euro di Bolzano, ai 306 della Calabria sino ai 99 della Valle D'Aosta.

Invece la spesa pro-capite 2018 per gli anziani si attesta a 1276 euro a Bolzano contro i 37 della Basilicata e i 21 della Calabria.

Tabella - SPESA^(A) COMUNI SINGOLI O ASSOCIATI PER INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI (VALORI ASSOLUTI IN MILIONI, PERCENTUALI E SPESA IN EURO PRO-CAPITE)

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	2018			2017			2012			Variazioni % Spesa pro-capite	
	Valori assoluti	Valori percentuali	Pro capite ^(b)	Valori assoluti	Valori percentuali	Pro capite ^(b)	Valori assoluti	Valori percentuali	Pro capite ^(b)	2018/17	2018/12
Piemonte	554,6	7,4	127,0	546,6	7,6	125,0	570,6	8,2	131,0	1,6	-2,8
Valle d'Aosta	26,4	0,4	210,0	26,3	0,4	208,0	35,3	0,5	277,0	1,0	-24,2
Liguria	218,2	2,9	140,0	209,5	2,9	134,0	194,5	2,8	124,0	4,5	12,7
Lombardia	1.347,4	18,1	134,0	1.268,2	17,5	126,0	1.191,2	17,3	122,0	6,3	9,7
Trentino-Alto Adige/Südtirol	419,0	5,6	392,0	450,2	6,2	423,0	268,3	3,8	259,0	-7,3	51,2
Bolzano/Bozen	286,2	3,8	540,0	313,8	4,3	597,0	134,1	1,9	264,0	-9,5	104,3
Trento	132,8	1,8	246,0	136,3	1,9	253,0	134,2	1,9	254,0	-2,8	-3,3
Veneto	534,5	7,2	109,0	478,7	6,6	98,0	540,0	7,7	111,0	11,2	-1,7
Friuli-Venezia Giulia	336,5	4,5	277,0	347,7	4,8	286,0	294,3	4,2	241,0	-3,1	14,8
Emilia-Romagna	771,1	10,3	173,0	726,3	10,0	163,0	728,7	10,4	167,0	6,1	3,5
Toscana	511,7	6,8	137,0	489,3	6,8	131,0	491,8	7,0	134,0	4,6	2,5
Umbria	83,2	1,1	94,0	78,2	1,1	88,0	78,6	1,1	89,0	6,8	5,9
Marche	165,2	2,2	108,0	156,3	2,2	102,0	167,2	2,4	108,0	5,9	-0,3
Lazio	884,7	11,8	150,0	855,4	11,8	145,0	944,0	13,5	171,0	3,4	-12,1
Abruzzo	95,2	1,3	73,0	94,8	1,3	72,0	80,0	1,1	61,0	1,4	19,5
Molise	21,4	0,3	70,0	18,1	0,3	58,0	13,1	0,2	42,0	20,7	67,1
Campania	325,1	4,4	56,0	327,9	4,5	56,0	268,9	3,9	47,0	-	20,2
Puglia	293,2	3,9	73,0	287,5	4,0	71,0	268,1	3,8	66,0	2,8	10,3
Basilicata	33,6	0,4	59,0	36,7	0,5	64,0	38,3	0,5	66,0	-7,8	-11,1
Calabria	42,4	0,6	22,0	43,3	0,6	22,0	48,3	0,7	25,0	-	-10,6
Sicilia	409,3	5,5	82,0	414,3	5,7	82,0	384,5	5,5	77,0	-	6,6
Sardegna	399,7	5,3	243,0	378,8	5,2	229,0	376,8	5,4	230,0	6,1	5,7
ITALIA	7.472,3	100,0	124,0	7.233,9	100,0	119,0	6.982,4	100,0	117,0	4,2	5,7

a) Si intende la spesa in conto corrente di competenza impegnata nell'anno per l'erogazione dei servizi o degli interventi socio-assistenziali da parte di comuni e associazioni di comuni. Sono incluse le spese per il personale, per l'affitto di immobili o attrezzature e per l'acquisto di beni e servizi. Nel caso in cui il servizio venga gestito da altre organizzazioni (ad esempio: cooperative sociali) la spesa è data dai costi dell'affidamento a terzi del servizio

b) Rapporto tra spesa e popolazione residente nella Regione o ripartizione geografica. Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Indagine ISTAT-RGS

Fonte: Corte dei conti, Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica

Tabella - SPESA PER INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI DEI COMUNI SINGOLI E ASSOCIATI PER AREA DI UTENZA E PER REGIONE (2018 – VALORI PRO-CAPITE IN EURO)

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Famiglie e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povert�, disagio adulti e senza fissa dimora	Multiutenza	Totale
Piemonte	212	4.214	-	80	83	19	8	127
Valle d'Aosta	221	99	-	646	-	9	2	210
Liguria	333	3.229	1	84	34	23	8	140
Lombardia	215	5.444	-	82	40	12	8	134
Trentino-Alto Adige	465	12.121	3	706	33	37	12	392
Bolzano/Bozen	569	13.701	6	1.276	60	36	-	540
Trento	355	10.276	-	208	5	37	23	246
Veneto	134	4.426	2	95	27	15	7	109
Friuli-Venezia Giulia	300	12.780	1	263	197	45	17	277
Emilia-Romagna	352	3.848	1	89	115	17	12	173
Toscana	231	3.243	-	124	53	16	8	137
Umbria	186	2.086	1	43	55	10	6	94
Marche	148	4.082	-	53	49	9	14	108
Lazio	271	3.469	1	96	64	24	5	150
Abruzzo	116	2.669	-	38	42	7	2	73
Molise	87	1.765	-	33	187	14	8	70
Campania	68	1.011	-	58	27	5	3	56
Puglia	109	926	-	52	115	10	4	73
Basilicata	87	1.372	1	37	112	6	2	59
Calabria	27	306	-	21	52	3	1	22
Sicilia	114	1.732	-	49	235	6	2	82
Sardegna	210	9.451	1	155	84	56	8	243
ITALIA	184	3.212	-	94	68	15	7	124

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Indagine ISTAT-RGS

8. Assistenza farmaceutica: uso dei farmaci e aderenza

Il rapporto con il farmaco, l'accesso tempestivo ed appropriato sono aspetti importanti nella presa in carico delle persone con una o pi  patologie croniche. Il Piano Nazionale della Cronicit , ad esempio, individua il tema dell'aderenza (al farmaco e al percorso di cura) come uno degli aspetti

trasversali fondamentali per la presa in carico e l'appropriatezza del loro uso, tra gli obiettivi da conseguire.

I dati dell'Agenzia Italiana del Farmaco e i suoi rapporti di approfondimento sulle disuguaglianze sociali e sull'uso dei farmaci negli anziani offrono indicazioni utili su temi come aderenza, accessibilità, appropriatezza.

Rispetto all'accesso e all'uso dei farmaci, facendo un raffronto tra i primi 6 mesi del 2019 (pre-pandemia), con i due successivi anni per lo stesso arco temporale, emerge con chiarezza la riduzione di spesa lorda di 290,2 milioni tra il 2019 e il 2021, con una contrazione complessiva di 19,1 milioni di ricette nel periodo considerato (gennaio-giugno 2019-2021).

Tabella – Spesa farmaceutica convenzionata nel periodo gennaio-giugno 2021 rispetto allo stesso periodo del 2019 e 2020

	Gennaio- Giugno 2019	Gennaio- giugno 2020	Gennaio- Giugno 2021	Δ assoluta 2020-2021	Δ % 2020- 2021
	(milioni)	(milioni)	(milioni)	(milioni)	
Spesa lorda (€)	5.189,5	4.996,8	4.899,3	-97,6	-2,0
Spesa netta ^a (€)	3.986,2	3.868,6	3.804,1	-64,6	-1,7
Spesa Convenzionata ^b	—	4.069,6	3.980,7	-88,9	-2,2
Ricette	295,1	272,1	276,0	3,9	1,4
Compartecipazione Totale ^c (€)	824,0	763,6	739,4	-24,2	-3,2

^a Spesa a carico del SSN per farmaci erogati attraverso le farmacie aperte al pubblico, al netto del pay-back dell'1,83% versato dalle aziende farmaceutiche alle regioni, ai sensi dell'art. 11 comma 6 del D.L.78/2010 convertito con modificazioni nella legge n. 122 del 30 Settembre 2010 (impatto PayBack 1,83 Gennaio-Giugno 2021 pari a 81,4 milioni di euro). Il payback 1,83 è calcolato al lordo del payback 5% (procedimento non avviato)

^b Spesa farmaceutica convenzionata= Spesa Lorda - Sconti - Compartecipazione del cittadino - pay-back 1,83 - Altri pay-back.

^c somma del ticket per ricetta e dell'eventuale quota di compartecipazione sul prezzo del farmaco a brevetto scaduto rispetto al prezzo di riferimento

Fonte: Rielaborazione Salutequità su Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale gennaio-giugno 2020 e Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio-Giugno 2021, Agenzia Italiana del Farmaco

Gli effetti della pandemia sulla prescrizione e sull'accesso ai farmaci sono evidenti e verificabili mese per mese: aprile e maggio 2020 fanno registrare le contrazioni maggiori rispetto al 2019 ridotte in parte, successivamente, anche grazie all'azione di semplificazione del rinnovo dei piani terapeutici ed alle altre misure di semplificazione introdotte; riduzioni che tuttavia ancora non sono state pienamente compensate.

Riepilogo mensile delle variazioni percentuali della spesa farmaceutica convenzionata nel periodo gennaio-giugno 2020 rispetto all'anno precedente (2019)				Riepilogo mensile delle variazioni percentuali della spesa farmaceutica convenzionata nel periodo gennaio-giugno 2021 rispetto all'anno precedente (2020)			
	Spesa lorda	Spesa netta**	Ricette		Spesa lorda	Spesa netta*	Ricette
gen-20	-2,7	-1,9	-4,4	gen-21	-12,7	-12,2	-12,5
feb-20	1,3	2	-0,9	feb-21	-8,5	-7,9	-7,7
mar-20	7,6	8,4	1,1	mar-21	-5,3	-4,8	-0,2
apr-20	-5,7	-4,8	-11,3	apr-21	4,7	4,9	11,1
mag-20	-18,8	-18,1	-22,3	mag-21	8,5	8,6	13,6
giu-20	-2,8	-2,1	-6,3	giu-21	4,7	4,8	9,0
Gen-Giu 2020	-3,7	-2,9	-7,5	Gen-Giu 2021	-2,0	-1,6	1,4

Fonte: Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale gennaio-Giugno 2020 e Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio-Giugno 2021, Agenzia Italiana del Farmaco

*Spesa netta al lordo del payback (1,83%) sulla spesa farmaceutica convenzionata di fascia A

** Spesa netta al lordo del pay-back 1,83%. Il payback 1,83% (impatto Gennaio - Giugno 2020 pari a 83,0 milioni di euro) è calcolato sulla spesa farmaceutica convenzionata di fascia A al lordo del payback 5%. (procedimento non avviato- importo non quantificato).

Prendendo ad esempio il diabete, AMD ha evidenziato che nel 2020 il numero di prescrizioni di farmaci antidiabetici si è ridotto del 33% rispetto all'anno 2019, con un picco del 70% durante la fase più critica dell'emergenza sanitaria, tra marzo e giugno 2020⁹. In conseguenza delle minori visite e prescrizioni passate dalle 850mila del 2019 alle circa 570mila nel 2020.

E ancora il rapporto di AIFA sull'uso dei farmaci nella popolazione anziana riporta che rispetto alle diverse fasce di età, tra gli over 65, sono i giovani

⁹ Diminuzione del 60% delle prime visite: 18mila il numero complessivo delle persone con diabete viste per la prima volta in diabetologia nel 2020, contro le oltre 40mila riferite all'anno 2019.

anziani quelli che hanno probabilmente pagato il prezzo più alto: è in queste fasce di età che più comunemente vengono formulate nuove diagnosi di malattie croniche e intrapresi quindi i nuovi trattamenti farmacologici.

E infatti in termini di incidenza di nuove prescrizioni farmacologiche si sono riscontrate riduzioni per i farmaci per l'osteoporosi (-8,8 punti percentuali), per il diabete (-2,6 punti percentuali) e per i farmaci antipertensivi (-22,3 punti percentuali). La spiegazione di questi andamenti è probabilmente da attribuirsi alle mancate nuove diagnosi, che si sono protratte durante tutto il 2020 a causa della limitazione alle prestazioni ambulatoriali durante il lockdown, soprattutto in quella fascia della popolazione anziana¹⁰

Tabella - Consumo (DDD/1000 ab die) per area geografica delle prime 30 categorie a maggior utilizzo nel 2020 e confronto tra il 2020 e il 2019

Categorie terapeutiche	DDD/1000 abitanti die							
	Totale		Nord		Centro		Sud	
	2020	D % 20-19	2020	D % 20-19	2020	D % 20-19	2020	D % 20-19
Antipertensivi	1.074,9	-4,7	1.026,9	-4,8	1.105,1	-4,3	1.128,1	-4,8
Ipolipemizzanti	292,5	-0,2	271,6	-0,1	296,0	-0,6	321,7	-0,3
Farmaci per l'ulcera peptica e malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE)	230,0	-2,5	197,9	-3,0	216,6	-4,3	287,2	-1,1
Antiaggreganti	229,6	-3,9	188,1	-4,8	255,3	-3,5	275,9	-3,4
Antidiabetici	169,9	-4,6	144,8	-4,5	161,7	-4,8	213,2	-4,9
Farmaci per i disturbi genito-urinari	134,5	-2,2	123,0	-2,2	139,8	-2,5	148,4	-2,1
Antidepressivi	91,1	-2,9	92,6	-3,1	106,3	-2,5	79,1	-2,6
Farmaci per l'osteoporosi	78,3	-16,7	73,8	-17,3	75,0	-18,3	87,1	-14,9
Asma e BPCO	75,1	-5,6	64,0	-5,8	81,4	-6,1	87,7	-5,1
Anticoagulanti	73,6	5,0	74,3	6,1	77,4	4,9	70,2	3,4
Farmaci per i disturbi oculari	66,8	-4,9	65,6	-4,5	79,9	-5,3	60,2	-5,3
Farmaci attivi sul sistema cardiovascolare	64,4	-9,1	60,5	-9,0	68,6	-8,7	67,7	-9,4
Preparazioni antianemiche	60,2	-3,4	49,4	-5,4	80,2	-3,5	63,8	-1,0
Farmaci per la tiroide	44,8	-3,0	38,9	-3,1	55,9	-2,9	46,5	-3,1
FANS	36,9	-13,2	24,3	-13,2	36,4	-14,7	56,4	-12,8
Farmaci antigottosi	36,1	-3,5	29,5	-4,7	40,6	-3,6	43,2	-2,3
Corticosteroidi per uso sistemico	26,9	-5,1	22,8	-4,6	31,1	-4,9	30,4	-5,9

¹⁰ Fonte: Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci nella popolazione anziana in Italia. Rapporto Nazionale 2019. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2021.

Farmaci anti-Parkinson	18,6	-4,5	16,4	-4,9	20,6	-4,5	20,7	-4,0
Terapia del dolore	18,5	-5,8	20,6	-5,9	18,1	-5,1	15,6	-6,1
Antibiotici	18,4	-22,9	13,2	-23,3	19,7	-24,8	25,5	-21,8
Farmaci oncologici	15,5	-3,9	15,4	-3,5	14,6	-3,5	16	-4,9
Antiepilettici	13,5	-4,7	11,8	-5,3	15,1	-4,3	14,9	-4,5
Antistaminici	11,8	-1	8,3	0,3	11,7	-3,1	17,3	-1,3
Antinfiammatori intestinali	9,1	-4,4	8,1	-5	10,2	-3,7	9,8	-4,1
Farmaci antidemenza	9	-2	8,1	-2,4	10,8	0,3	9,2	-3,2
Antipsicotici	7,4	-1	5,8	0,2	8,1	-2	9,3	-1,8
Terapia epatica e biliare	6,5	-1,3	5,2	-1,4	6,5	-2,4	8,5	-1
Antibiotici non sistemici	5,9	-7,4	4,8	-7,9	6,8	-8	7	-6,6
Dermatologici	4,5	-13	4,2	-13,1	4,5	-11,8	5,1	-13,6
Ormoni sessuali e modulatori del sistema genitale	2,9	-17,6	3,7	-18	2,5	-15,8	1,9	-17,8

Fonte: Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci nella popolazione anziana in Italia. Rapporto Nazionale 2019. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2021

Tornando alla popolazione generale, la spesa farmaceutica pro-capite a carico del SSN è stata di 385,88 euro nel 2020, in diminuzione dello 0,5% rispetto all'anno precedente. La riduzione dipende principalmente dai farmaci di classe A dell'assistenza convenzionata dove la riduzione è stata del -2,4% rispetto al 2019, contrariamente ai farmaci acquistati direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche che risultano in aumento dello 0,9%. L'aumento di spesa per questi ultimi ha riguardato principalmente farmaci dermatologici (+17,9% e 2,53 euro/procapite), oncologici e immunosoppressori (+6,2% e 107,19 euro/procapite) e farmaci del sangue e organi emopoietici (+6,1% e 38,64 euro/procapite).

Tabella - Spesa pro capite SSN per I livello ATC in ordine decrescente di spesa: confronto 2020-2019

I livello ATC	Spesa pro capite A-SSN Assistenza convenzionata (a)	Δ % 20-19	Spesa pro capite Strutture sanitarie pubbliche (b)	Δ % 20-19	Spesa SSN (a+b)	Δ % 20-19
L	4,30	2,3	102,88	6,4	107,19	6,2
C	49,05	2,2	5,87	13,5	54,92	3,3
A	31,20	-5,1	17,04	9,3	48,23	-0,5
J	9,94	-21,3	34,77	-21,2	44,71	-21,2
B	7,86	-1,3	30,78	8,1	38,64	6,1
N	23,65	1,1	7,81	6,0	31,47	2,3
R	17,13	1,6	4,76	21,8	21,89	5,4
M	5,02	-8,4	3,71	5,9	8,73	-2,8
H	3,93	-5,1	4,79	0,0	8,72	-2,4
G	5,42	-6,9	1,21	-21,7	6,63	-10,0
S	3,89	-1,1	2,14	-31,8	6,02	-14,7
V	0,14	-4,6	5,81	1,7	5,95	1,5
D	1,25	-4,0	1,28	51,9	2,53	17,9
P	0,22	-4,2	0,04	25,6	0,26	-0,6
Totale	163,01	-2,4	222,87	0,9	385,88	-0,5

A. Gastrointestinale e metabolismo; B. Sangue e organi emopoietici; C. Cardiovascolare; D. Dermatologico; G. Genito-urinario ed ormoni sessuali; H. Ormoni (esclusi quelli sessuali); J. Antimicrobici per uso sistemico; L. Antineoplastici e immunomodulatori; M. Muscolo-scheletrico; N. Nervoso centrale; P. Antiparassitari; R. Respiratorio; S. Organi di senso; V. Vari

Fonte: "Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2020. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2021

Tabella - Gruppi di farmaci a maggior prescrizione 2020

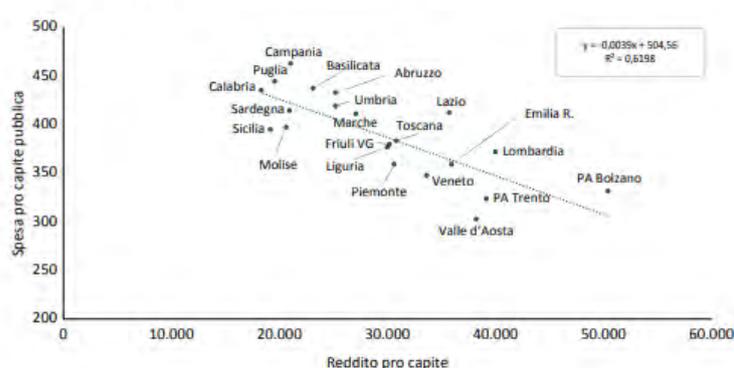
Gruppo sottogruppo	Spesa Tot (milioni)	% su spesa SSN	Spesa procapite	Δ % 20-19	DDD/1000 Ab/die	Δ % 20-19
Farmaci oncologici	3893,4	16,9	65,28	5,8	10,2	1,0
Antipertensivi	2040,8	8,9	34,22	1,7	378,9	0,1
Immunosoppressori E immunomodulari	1769,8	7,7	29,67	6,6	3,9	9,4
Antidiabetici	1095,0	4,8	18,36	8,7	64,6	0,9
Asma e BPCO	1084,3	4,7	18,18	3,0	33,1	-3,8
Ipolipemizzanti	890,1	3,9	14,92	7,6	103,2	5,4
Anticoagulanti	861,5	3,7	14,44	12,7	27,8	8,3
Farmaci per ulcera peptica e malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE)	775,6	3,4	13,00	-4,2	82,7	1,8
Farmaci per sclerosi multipla	729,6	3,2	12,23	7,1	2,8	2,4
Antibiotici	692,1	3,0	11,60	-17,6	13,9	-21,7
Antivirali anti-HIV	661,6	2,9	11,09	0,3	2,9	1,5
Vaccini	562,5	2,4	9,43	-0,4	1,2	9,0
Fattori della coagulazione	535,2	2,5	8,97	3,6	0,1	1,8
Farmaci per l'osteoporosi	510,5	2,2	8,56	-15,5	29,0	-14,3
Antidepressivi	399,4	1,7	6,70	2,3	43,6	1,7
Terapia del dolore	396,4	1,7	6,70	-0,9	7,6	-0,7
Malattia da alterata funzionalità del metabolismo cellulare	377,5	1,6	6,33	5,2	0,00	15,2
Farmaci per i disturbi oculari	348,1	1,5	5,84	-14,3	21,1	-1,8
Antiaggreganti	326,9	1,4	5,48	-0,6	70,3	-0,8
Antiepilettici	312,7	1,4	5,24	4,5	10,9	1,6
Antivirali anti-HCV	306,1	1,3	5,13	-67,6	0,1	-56,6
Antipsicotici	290,3	1,3	4,87	2,1	10,1	4,2
Farmaci per i disturbi genito-urinari	269,8	1,2	4,52	-6,7	38,1	0,5
Farmaci anti-parkinson	209,8	0,9	3,52	0,7	5,9	-0,6

Antimicotici per uso sistemico	149,7	0,7	2,51	-9,1	0,7	-12,5
Fibrosi cistica	142,9	0,6	2,40	27,1	0,0	16,7
FANS	139,4	0,6	2,34	-6,7	16,9	-7,8
Mezzi di contrasto	92,0	0,4	1,54	-6,6	0,1	-11,8
Farmaci per la tiroide	73,1	0,3	1,23	7,3	23,0	1,2
Radiofarmaci	63,7	0,3	1,07	29,1	0,0	-2,7
Antiemetici	61,2	0,3	1,03	2,7	0,9	5,9
Antidemenza	26,3	0,1	0,44	-4,7	2,5	-3,0

Fonte: Rielaborazione Salutequità su "Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2020. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2021"

È nelle Regioni del Sud, quelle con un reddito procapite regionale più basso, che nel 2020 c'è stato il livello più alto di spesa farmaceutica pubblica pro capite.

Figura 1.1.3. Relazione tra la spesa farmaceutica pubblica pro capite e il reddito pro capite regionale nel 2020



Fonte: "Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2020. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2021"

Per gli over 65 la spesa media del SSN per farmaci nel 2020 è stata di 560 euro procapite (601 euro negli uomini e 527 nelle donne). Circa due over 65 su tre (65,8%) sono in politerapia, ovvero hanno ricevuto prescrizioni di almeno 5 diverse sostanze nel corso del 2020 e oltre uno su 4 (26,1%) ha assunto almeno 10 principi attivi diversi. Ci sono differenze nel numero di sostanze assunte, che aumentano con l'aumentare delle età: 5,8 nella fascia di età tra 65 e 69 anni e 8,4 nella fascia di età pari o superiore agli 85 anni.

Tabella - Numero medio di sostanze per età e genere nel 2020			
	Numero medio di sostanze		
	Uomini	Donne	Totale
65-69	5,8	5,8	5,8
70-74	6,7	6,7	6,7
75-79	7,5	7,5	7,5
80-84	8,1	8,1	8,1
≥85	8,6	8,2	8,4
Totale	7,3	7,3	7,3

Fonte: "Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2020. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2021

Il numero di 10 o più molecole assunte contemporaneamente, sia per gli uomini che per le donne over 65, è molto più comune nel Sud (uomini 38,0%, donne 41,0%) rispetto al Centro (31,6% e 33,0%) e al Nord (21,5% e 21,6%). Rispetto alla media nazionale nelle singole Regioni ci sono differenze: Calabria, Campania, Sicilia sono di oltre 10 punti percentuali sopra la media italiana. L' Umbria spende, per ogni cittadino ultraottantacinquenne, oltre il 90% in più rispetto all'Emilia Romagna (1.123 vs 587 euro); in Campania, nella fascia compresa tra 75 e 84, si consumano 4 dosi di farmaci ogni giorno dell'anno rispetto alle 3 dosi della PA di Bolzano. E ancora, nella fascia 65-74 anni, in Calabria e Campania il costo per una giornata di terapia è superiore del 56% a quello dell'Emilia-Romagna (0,64 vs 0,41).

Tabella - Distribuzione regionale degli utilizzatori per genere e numero di sostanze diverse. Anno 2019						
Regioni	Uomini			Donne		
	% 1-4 sostanze	%5-9 sostanze	% 10+ sostanze	% 1-4 sostanze	%5-9 sostanze	% 10+ sostanze
Piemonte	35,9	40,2	23,9	34,7	41,3	24,0
Valle d'Aosta	40,5	39,4	20,0	41,2	39,7	19,2
Lombardia	38,6	39,5	21,9	37,7	40,9	21,5
PA Bolzano	46,9	38,2	14,9	45,8	39,0	15,2
PA Trento	38,0	39,9	22,1	36,6	41,4	22,1
Veneto	41,4	39,7	18,9	40,2	41,1	18,6
Friuli VG	38,8	40,8	20,5	38,8	41,6	19,5
Liguria	35,3	40,1	24,6	33,2	41,3	25,5
Emilia R.	37,3	42,3	20,4	34,7	43,3	22,0
Toscana	33,8	38,1	28,0	31,4	39,4	29,2
Umbria	28,0	40,5	31,5	26,4	42,0	31,7
Marche	28,7	41,1	30,2	28,1	42,5	29,4
Lazio	26,8	38,5	34,7	23,7	39,3	37,0
Abruzzo	27,0	40,3	32,7	23,7	41,7	34,6
Molise	28,2	39,9	31,9	25,7	40,9	33,4
Campania	22,0	36,9	41,2	18,9	36,1	45,0
Puglia	25,0	38,8	36,2	21,3	39,5	39,2
Basilicata	27,8	39,3	32,9	24,1	40,1	35,8
Calabria	22,0	34,6	43,4	19,4	34,6	46,0
Sicilia	22,8	36,2	41,0	19,8	36,0	44,1
Sardegna	33,3	40,9	25,7	29,5	42,6	27,9
<i>Nord</i>	38,3	40,2	21,5	37,0	41,4	21,6
<i>Centro</i>	29,5	38,9	31,6	27,1	40,0	33,0
<i>Sud</i>	24,4	37,6	38,0	21,2	37,8	41,0
Italia	31,9	39,1	29,0	29,8	40,0	30,3

Fonte: Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei farmaci nella popolazione anziana in Italia. Rapporto Nazionale 2019. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2021.

Questi dati mostrano chiaramente la necessità di strumenti e di chiarezza di ruoli nella riconciliazione dei farmaci (chi deve farla e quando) e nel deprescribing per la sicurezza e la qualità di vita del paziente.

8.1 L'accesso ai farmaci innovativi

Nel 2020 sono stati 9 i nuovi farmaci ad aver ottenuto il riconoscimento del requisito di innovatività (piena o condizionata) per un totale di una lista 2020 di 40 farmaci, appartenenti principalmente alla categoria degli antineoplastici. Sono state dispensate 19,1 milioni di dosi giornaliere di farmaci innovativi, in aumento del 32,6% rispetto ai 14,4 milioni del 2019. La spesa è stata di 2 miliardi di euro (+16% rispetto al 2019) così ripartita: 454,5 milioni per gli innovativi non oncologici e 1.113 milioni per gli innovativi oncologici.

Tabella - Trend di spesa e consumo per farmaci innovativi (anni 2017-2020) valutati ai sensi della Determina AIFA 519 del 31 marzo 2017, aggiornata dalla Determina 1535 del 12 settembre 2017, acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche (N=40)

	2017	2018	2019	2020	Δ % 20-19
Spesa (milioni)	671,5	1360	1729,2	2005,4	16
Inc. % spesa SSN	3	6,1	7,3	8,6	-
DDD (milioni)	6,8	11,2	14,4	19,1	32,6
Inc. % DDD SSN	0,03	0,04	0,06	0,07	-

Nota: la spesa non tiene conto dei payback versati dalle aziende farmaceutiche a fronte dell'applicazione degli accordi di rimborsabilità condizionata

Fonte: "Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2020. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2021

Le Regioni che hanno speso di più per i farmaci innovativi nel 2020 sono state Lombardia (333,7 milioni di euro), Lazio (198,2 milioni di euro) e Campania (192,2 milioni di euro) con un'incidenza percentuale sulla spesa totale rispettivamente del 16,6%, del 9,9% e del 9,6% in aumento sia nella spesa sia nei consumi di questi farmaci rispetto al 2019¹¹.

¹¹ Rapporto Osmed

Tabella - Spesa e consumi per farmaci innovativi (innovatività e innovatività condizionata) valutati nel periodo 2017-2020 ai sensi della Determina AIFA 519 del 31 marzo 2017, aggiornata dalla Determina 1535 del 12 settembre 2017, acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche per Regione (anni 2017-2020) (N=40)

Regione	2017			2018			2019			2020		
	Spesa (milioni)	DDD/1000 ab die	Inc % *	Spesa (milioni)	DDD/1000 ab die	Inc % *	Spesa (milioni)	DDD/1000 ab die	Inc % *	Spesa (milioni)	DDD/1000 ab die	Inc % *
Piemonte	45,94	0,27	6,84	95,74	0,47	7,04	124,76	0,63	7,21	143,67	0,85	7,16
Valle d'Aosta	1,1	0,25	0,16	1,88	0,38	0,14	2,32	0,47	0,13	2,22	0,55	0,11
Lombardia	96,85	0,26	14,42	212,14	0,46	15,6	282,26	0,62	16,32	333,69	0,83	16,64
PA Bolzano	6,35	0,39	0,95	11,71	0,62	0,86	16,89	0,82	0,98	18,43	1	0,92
PA Trento	4,53	0,26	0,67	9,45	0,45	0,69	11,74	0,54	0,68	12,2	0,69	0,61
Veneto	46,47	0,26	6,92	104,08	0,44	7,65	129,77	0,58	7,5	159,34	0,78	7,95
Friuli VG	18,59	0,37	2,77	32,46	0,55	2,39	38,92	0,67	2,25	45,21	0,92	2,25
Liguria	22,45	0,33	3,34	44,81	0,56	3,29	52,22	0,69	3,02	61,48	0,93	3,07
Emilia R.	58,46	0,32	8,71	120,27	0,56	8,84	148,17	0,71	8,57	168,27	0,97	8,39
Toscana	52,91	0,35	7,88	95,19	0,54	7	118,77	0,69	6,87	142,87	0,97	7,12
Umbria	9,95	0,27	1,48	21,8	0,48	1,6	30,03	0,7	1,74	36,3	0,95	1,81
Marche	18,29	0,32	2,72	36,35	0,53	2,67	47,32	0,7	2,74	54,12	0,96	2,7
Lazio	64,86	0,29	9,66	144,48	0,53	10,62	173,02	0,63	10,01	198,22	0,84	9,88
Abruzzo	15,32	0,36	2,28	28,07	0,54	2,06	34,66	0,68	2	41,96	0,92	2,09
Molise	3,26	0,29	0,49	4,78	0,38	0,35	7,21	0,55	0,42	8,61	0,78	0,43
Campania	68,22	0,38	10,16	134,28	0,6	9,87	168,56	0,8	9,75	192,18	1,03	9,58
Puglia	51,1	0,38	7,61	96,21	0,58	7,07	120,61	0,75	6,97	136,36	0,92	6,8
Basilicata	5,38	0,27	0,8	10,33	0,42	0,76	14,93	0,59	0,86	16,55	0,81	0,83
Calabria	16,54	0,29	2,46	30,16	0,42	2,22	42,15	0,58	2,44	50,42	0,78	2,51
Sicilia	43,37	0,26	6,46	84,38	0,4	6,2	114,97	0,54	6,65	129,06	0,7	6,44
Sardegna	21,56	0,43	3,21	41,39	0,67	3,04	49,92	0,79	2,89	54,23	0,96	2,7
Italia	671,49	0,31	100	1359,96	0,51	100	1729,21	0,66	100	2005,39	0,87	100
<i>Nord</i>	<i>300,74</i>	<i>0,28</i>	<i>44,79</i>	<i>632,53</i>	<i>0,49</i>	<i>46,51</i>	<i>807,05</i>	<i>0,64</i>	<i>46,67</i>	<i>944,51</i>	<i>0,86</i>	<i>47,1</i>
<i>Centro</i>	<i>146</i>	<i>0,31</i>	<i>21,74</i>	<i>297,82</i>	<i>0,53</i>	<i>21,9</i>	<i>369,14</i>	<i>0,66</i>	<i>21,35</i>	<i>431,52</i>	<i>0,91</i>	<i>21,52</i>
<i>Sud</i>	<i>224,75</i>	<i>0,34</i>	<i>33,47</i>	<i>429,61</i>	<i>0,52</i>	<i>31,59</i>	<i>553,01</i>	<i>0,69</i>	<i>31,98</i>	<i>629,37</i>	<i>0,88</i>	<i>31,38</i>

*Calcolata sul totale della spesa dei farmaci innovativi; la spesa non tiene conto dei payback versati dalle aziende farmaceutiche a fronte dell'applicazione degli accordi di rimborsabilità condizionata

Fonte: "Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali. L'uso dei Farmaci in Italia. Rapporto Nazionale Anno 2020. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2021

8.2 L'aderenza alle terapie

L'Atlante delle disuguaglianze di AIFA riporta che i livelli medi di aderenza e persistenza al trattamento farmacologico calcolati a livello nazionale sono in generale poco soddisfacenti, anche se per entrambi gli indicatori si osserva un gradiente decrescente Nord-Sud. In generale, le donne sono meno aderenti rispetto agli uomini per tutte le categorie terapeutiche analizzate, ad eccezione dei farmaci antiosteoporotici. A livello nazionale si rileva che l'aderenza e la persistenza sono maggiori nelle aree meno deprivate; tuttavia, nella maggior parte dei casi l'interpretazione dell'andamento è resa difficile dalla notevole variabilità tra regioni.

Ipertensione

Il consumo di farmaci antipertensivi in Italia è maggiore negli uomini (170,8 DDD pro capite) rispetto alle donne (141,8 DDD pro capite), con differenze tra regioni in linea con la distribuzione geografica della prevalenza della patologia.

I tassi seguono un andamento in crescita dal terzile meno deprivato a quello più deprivato, in particolare nelle donne.

L'aggiustamento per indice di deprivazione riduce i consumi in misura maggiore nelle donne e nelle regioni meridionali.

L'aderenza è del 57,8% negli uomini e del 48,5% nelle donne mentre la persistenza è del 54,2% negli uomini e del 45,0% nelle donne, senza differenze statisticamente significative per terzile di deprivazione sia all'interno delle regioni che tra regioni.

Ipotiroidismo

Il consumo di preparati tiroidei in Italia è più elevato nelle regioni del Centro-Sud ed è maggiore nelle donne (13,02 DDD pro capite) rispetto agli uomini (3,4 DDD pro capite), coerentemente con l'epidemiologia della patologia. Per entrambi i generi si osserva un consumo maggiore nei soggetti più svantaggiati, con un andamento più marcato nelle donne residenti in alcune regioni del Centro, come Lazio e Marche.

Sia l'aderenza che la persistenza al trattamento osservate nei soggetti che iniziano la terapia sostitutiva con preparati tiroidei sono complessivamente molto basse, in modo più marcato nelle donne rispetto agli uomini: 11,4% donne vs 19,1% uomini per l'aderenza; 17,4% donne vs 23,9% uomini per la persistenza. Entrambi gli indicatori non risultano influenzati dal livello di deprivazione dell'area di residenza

Iperitiroidismo

Il consumo dei farmaci antitiroidei in Italia è complessivamente basso, con valori più elevati al Sud, coerentemente con l'andamento geografico dell'incidenza della patologia, e nelle donne (0,6 DDD pro capite) rispetto agli uomini (0,3 DDD pro capite). All'aumentare dell'indice di deprivazione il consumo aumenta al Nord e decresce al Centro-Sud. Anche per l'aderenza e la persistenza al trattamento osservate nei soggetti che iniziano la terapia si registrano valori complessivamente bassi: **aderenza 52,2% negli uomini e 45,2% nelle donne; persistenza 26,1% per gli uomini e 22,3% nelle donne.** Entrambi gli indicatori non sono influenzati dal livello di deprivazione dell'area di residenza.

Diabete

Il tasso di consumo di farmaci antidiabetici in Italia è più elevato negli uomini (21,8 DDD pro capite) rispetto alle donne (15,1 DDD pro capite), presenta un gradiente geografico Nord-Sud ed un gradiente crescente a sfavore dei soggetti residenti nelle aree più deprivate più accentuati nelle donne.

L'aggiustamento per indice di deprivazione riduce il valore dei tassi di consumo, in particolar modo nelle regioni meridionali.

L'aderenza alla terapia è bassa, 37,6% negli uomini e 31,6% nelle donne, ed è più elevata nei soggetti residenti nelle aree meno deprivate, mentre la persistenza ad un anno dall'inizio del trattamento è del 43,2% negli uomini e del 36,8% nelle donne, con differenze per indice di deprivazione meno accentuate. In entrambi i casi il profilo geografico non viene modificato dall'aggiustamento per indice di deprivazione.

BPCO

Il consumo di farmaci per BPCO in Italia è maggiore negli uomini (9,9 DDD pro capite) rispetto alle donne (6,5 DDD pro capite), è variabile tra le regioni e presenta valori tendenzialmente più alti al Centro-Sud rispetto al Nord.

Il tasso di consumo è maggiore nella fascia di popolazione residente nelle aree più svantaggiate. L'aggiustamento per indice di deprivazione porta ad una riduzione dei valori di consumo specialmente nelle province del Sud. **L'aderenza è del 36,1% negli uomini e del 30,5% nelle donne, leggermente più elevata nel terzile meno deprivato, mentre la persistenza è del 23,7% negli uomini e del 18,0% nelle donne.** Il confronto interno alle regioni nelle differenze tra terzili non permette di definire un pattern univoco e rileva differenze tra regioni per la maggior parte non statisticamente significative

Asma età pediatrica

Il consumo di farmaci antiasmatici nella popolazione pediatrica in Italia presenta una distribuzione concorde con quella dei dati epidemiologici disponibili sulla patologia: è maggiore nei maschi (2,3 DDD pro capite) rispetto alle femmine (1,6 DDD pro capite), ed è più elevato nel Centro Italia. Inoltre, il consumo è maggiore nei soggetti residenti nelle aree più deprivate, con valori pari a 2,3 DDD pro capite nei maschi e 1,6 DDD pro capite nelle femmine, ma si riduce in quasi tutte le province dopo standardizzazione per terzile di deprivazione, fenomeno leggermente più evidente nelle province del Sud, sia tra i maschi sia tra le femmine.

Fonte: Rielaborazione Salutequità su "Atlante delle disuguaglianze sociali nell'uso dei farmaci per la cura delle principali malattie croniche. Roma: Agenzia Italiana del Farmaco, 2021"

9. Il percorso di confronto con i principali stakeholder/attori del PNC: il testo del documento conclusivo

Nel corso del 2021 Salutequità ha promosso un progetto che ha voluto fare il punto sul Piano nazionale della cronicità. Per questo ha raccolto elementi di scenario sui quali ha chiamato a confrontarsi oltre 40 soggetti rappresentativi del mondo delle associazioni di cittadini e pazienti, professionisti sociali e sanitari, istituzioni e amministrazioni regionali e centrali. Gli incontri si sono svolti nel periodo compreso tra il 24 giugno e il 13 luglio e a seguire è stato elaborato il seguente documento che contiene elementi di conoscenza, analisi e proposte per il futuro rientro (di qualità) dei pazienti non Covid nel SSN e per l'aggiornamento e l'attuazione del PNC come elemento strategico per il futuro.

Alcuni elementi di contesto

La pandemia, come noto, ha messo in evidenza luci e ombre del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Sin dalla sua nascita Salutequità ha chiaramente documentato, attraverso i dati istituzionali, che l'attenzione è stata rivolta principalmente ai pazienti Covid, a discapito delle altre attività sanitarie in favore dei pazienti non Covid. E gli effetti sono stati ad esempio aumento di mortalità per polmoniti ed influenza, così come per demenze e Alzheimer nei primi mesi della pandemia. L'Istat inoltre dichiara in modo trasparente che ancora non siamo in grado di misurare l'impatto della pandemia sulla salute degli italiani.

Nel 2020, secondo il rapporto annuale 2021 dell'Istat, le visite specialistiche di controllo o prime visite, finalizzate a impostare un eventuale piano diagnostico terapeutico si sono ridotte di quasi 1/3 al livello nazionale (65% Basilicata, 53% Valle d'Aosta, 50% Marche). Per la Corte dei conti anche i ricoveri per la gestione del paziente cronico con polimorbilità e fragilità (insufficienza renale, disturbi della nutrizione, psicosi, demenza, BPCO, ...) hanno visto una forte contrazione.

Tra il 2010 e il 2018 il numero di persone trattate in Assistenza Domiciliare Integrata è aumentato, ma si sono ridotte le ore destinate a ciascun caso. Ad incidere sono anni di blocco del turnover del personale sanitario che sempre

tra il 2010 e il 2018 ha comportato una riduzione di 42.000 unità, di cui 5.500 medici e circa 8.000 infermieri.

I Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) rimangono spesso ancora sulla carta e le differenze sul territorio nazionale sono rilevanti; ad arrancare c'è anche l'informatizzazione del SSN con un Fascicolo Sanitario Elettronico che viaggia nelle Regioni a velocità troppo differente: si passa dal 100% di cittadini che in Sardegna hanno attivato il FSE (secondo trimestre 2021), al 99% in Lombardia, al 97% P.A. Trento, al 2% Molise, mentre quelli che lo hanno utilizzato negli ultimi 90 giorni (secondo trimestre 2021) oscillano dal 100% della Sardegna, all'88% dell'Emilia Romagna, 72% del Veneto e 6% della Sicilia.

D'altro canto, la pandemia ha anche permesso di accelerare delle "semplificazioni" come nel caso del rinnovo dei piani terapeutici, della dematerializzazione delle ricette, della consegna dei farmaci a casa, di azioni "fuori dagli schemi" come hotel per senza tetto positivi al Covid, etc.

Riprendere in mano la cura delle cronicità, facendo il tagliando al documento di programmazione di riferimento, diventa fondamentale, per non lasciare indietro nessuno. La "definizione" di cronicità stessa sta modificandosi ed allargandosi ad esempio anche ai malati oncologici, con nuove strategie necessarie in termini di salute pubblica e population management (indispensabile per gestire la sanità con le risorse ridotte a disposizione).

Come il SSN intende affrontare le cronicità è descritto nelle 149 pagine del Piano Nazionale della Cronicità (PNC), diviso in due parti, una premessa e tre allegati. Descrive i 6 elementi chiave; le 5 fasi del processo di gestione della persona con cronicità; i 7 aspetti trasversali dell'assistenza. E ancora dedica un focus specifico sulla cronicità in età evolutiva e un paragrafo specifico dedicato al monitoraggio nell'attuazione, nonché le 10 condizioni di patologia (alcune distinte per età evolutiva e non) da cui si parte ad applicare quanto descritto nel PNC e per le quali sono specificati gli obiettivi specifici.

Eppure, nonostante le Regioni nelle proprie delibere di recepimento dichiarino come già fossero impegnate in politiche per le cronicità, ci sono voluti sino a 3-4 anni per vedere recepito il piano nazionale da alcune Regioni con una Delibera. Guardando invece a cosa è accaduto ad esempio rispetto

alla stratificazione e targeting della popolazione, uno dei pilastri della strategia del Piano, da una ricognizione effettuata sul web e da desk a cura di Salutequità, le Regioni che hanno comunicato provvedimenti o progetti su questo fronte ad oggi sembrerebbero essere 8.

Riprendere in mano le politiche per la cronicità, inoltre, ben si integra con le politiche e le priorità del PNRR di territorializzazione, nonché con i diversi programmi e fondi europei che non solo mettono a disposizione risorse per un approccio one health, ma consentono anche di mutuare dalle esperienze positive messe in piedi nei contesti territoriali nazionali ed UE. Il momento è proficuo per approfittare della sinergia tra fondi a disposizione per fare dei grandi passi in avanti (salute, green deal, formazione).

Gli elementi emersi dal confronto multistakeholder

a. Recuperare il terreno perduto sulle prestazioni mancate

Il SSN ha tutto sommato retto per le "urgenze" non solo in acutie ma anche come prestazioni salvavita in continuità ad esempio per dialisi, ma restano le difficoltà nel prenotare controlli, prime visite e prestazioni utili per diagnosi o valutazione delle complicanze.

Il mancato accesso non è stato ripreso o recuperato del tutto, anche per quel che riguarda gli interventi in elezione che, rischiano di rimanere sempre in coda.

È necessario misurare e occuparsi dei costi sociali delle mancate cure.

b. Dall'atto scritto, all'azione quotidiana del Servizio Sanitario

Le Associazioni pazienti rilevano che le reti cliniche, la multidisciplinarietà sono troppo spesso dichiarate e "realizzate" su carta, ma nei fatti non agite. E lentezze si registrano anche nell'attuazione del FSE. In questo ambito l'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del correlato Dossier farmaceutico darebbe un rilevante contributo sia ai processi di dematerializzazione sia al monitoraggio dei pazienti cronici.

Esempi:

Ad esempio, la ricetta dematerializzata dovrebbe voler dire che non si stampa nulla. E invece ancora è necessario stampare sia per farmaci sia per prestazioni sanitarie ambulatoriali.

Il codice di esenzione per BPCO ancora non è riconosciuto in tutte le ASL. E ancora la recente nota 99 redatta dall'AIFA per i farmaci da utilizzare nella BPCO, pur nell'intenzione di valorizzare e riaffermare l'importanza della spirometria, sta creando nei medici di medicina generale imbarazzo per la prescrizione di broncodilatatori. Infatti, si richiede l'esecuzione dell'esame in tempi che l'attuale organizzazione ospedaliera e dei centri convenzionati non è in grado di rispettare, anche in considerazione che la pandemia ha notevolmente impattato nell'accesso alle prestazioni ambulatoriali. Ai fini della prescrizione farmacologica è altresì necessario prevedere specifiche per le ri-acuteizzazioni e i ricoveri ospedalieri.

Valutazione per l'attuazione: il PNC e altri atti mostrano che averli scritti non basta. Serve un sistema vero premiale o sanzionatorio per chi non agisce al proprio livello di riferimento (regionale o aziendale in primis).

c. Tempistiche e implementazione dei lavori di programmazione partecipati

Non fermare/riprendere/attuare i lavori su PDTA e programmazione/progettazione di servizi attivati insieme alle associazioni: il Covid ha bloccato anche i percorsi istituzionali di programmazione partecipata, con spreco di tempi e risorse, nonché accumulo di ritardi nella messa a terra dei percorsi individuati.

Ovviamente i PDTA vanno scritti, implementati e aggiornati: il lavoro di sola redazione, ai fini troppo spesso solo di contenimento della spesa (ottica prescrittiva) e non di miglioramento organizzativo e di esiti di salute, qualità di assistenza e semplificazione della vita della persona resta un aspetto da colmare per attuare veramente il PNC. Si renderà necessario anche attualizzare i PDTA alla luce delle innovazioni introdotte con il COVID 19 e quelle che arriveranno con il PNRR. Soprattutto alla luce dell'importanza che il Piano attribuisce al Territorio in generale e al Domicilio in particolare. Per quest'ultimo non ci sono riferimenti e parametri e quelli recentemente approvati in Conferenza Stato Regioni non considerano l'intervento della parte sociale (Comuni) nella gestione del paziente a casa.

La gestione del paziente al centro di una rete complessa e diversificata di soggetti (Domicilio, Case della salute, Ospedali di Comunità, COT, Ospedali, Distretti, MMG, infermieri di famiglia/comunità, etc.) comporta una rivoluzione nei meccanismi di raccordo e di management.

Rapporto con le associazioni pazienti: creare un meccanismo di accreditamento o tavoli permanenti di ascolto e progettazione condivisa per superare le difficoltà o per evitare che provvedimenti anche “costosi” in termini di lavoro di chi si è dedicato alla scrittura e alla concertazione restino solo sulla carta.

d. Innovazione organizzativa e professionale: tempestivo adeguamento quali-quantitativo e definizione “moderna” di ruoli anche rispetto all’integrazione socio-sanitaria

La pandemia ha consentito di abbandonare l’idea che l’ospedale sia il luogo di cura dei malati cronici, complice la preoccupazione di contrarre il Covid 19 in questo setting assistenziale. Ha anche fatto emergere con più forza le carenze di personale socio-sanitario, infermieri e medici in primis.

Il momento di spostare davvero le cure sul territorio, quindi, è maturo, ma è fondamentale non tradire le aspettative, i bisogni anche complessi dei malati cronici. È di fondamentale importanza la gestione da parte di medici e infermieri adeguatamente preparati alla complessità e alla cronicità, con attenzione agli aspetti sociali. È altresì importante l’adeguato coinvolgimento delle farmacie quali presidi presenti in modo capillare sul territorio, anche ai fini del superamento delle diseguaglianze territoriali nell’accesso ai farmaci e a servizi sanitari.

Si registra un problema di interconnessione professionale, organizzativa e informativa (dati) tra specialisti e medici di base convenzionati, così come con gli altri professionisti.

Il PDTA da solo non basta: la presa in carico ha due dimensioni. Quella clinica/assistenziale e quella organizzativa, per questo serve una chiara identificazione di chi fa cosa, valorizzando chi sa svolgere meglio determinati ruoli, senza metter su steccati sterili che non guardano all’interesse del paziente e quindi del SSN.

Per parlare di modelli di presa in carico è necessario tener conto del sistema professionale e delle interrelazioni tra professionisti, non lasciarle allo spontaneismo o alla sola libera iniziativa del singolo, utilizzando meglio gli strumenti contrattuali e di convenzionamento e definendo bene in questo senso gli obblighi, le competenze e le forme di collaborazione interprofessionale. E ancora serve un cambio di paradigma: da quello della rete e della disciplina, a quello del paziente e del suo percorso personalizzato, partendo

da cosa deve ricevere il paziente, in che tempi, con che modalità, con quale intensità (=standard).

Questo richiede una formazione ed una preparazione in termini di conoscenze e competenze che vedano nel lavoro di gruppo, nella presa in carico capace di risolvere problemi complessi e quindi di attivare anche più servizi contemporaneamente, per evitare ricoveri evitabili e il deterioramento delle condizioni di salute del paziente e del caregiver.

Richiede inoltre l'attenzione ad aspetti ancora troppo trascurati, come la valutazione nutrizionale dei pazienti che accedono alle strutture di ricovero, ambulatoriali e domiciliari. La valutazione dello stato nutrizionale è infatti premessa per procedere il più precocemente possibile al trattamento che prevenga la malnutrizione sia in eccesso che per difetto ed al mantenimento della migliore qualità di vita.

È anche richiesto di rafforzare da parte delle istituzioni la prospettiva del malato cronico da soggetto che vive per affrontare la malattia a persona che vive la sua vita in presenza di una o più patologie: facilitare la mobilità per periodi di vacanza, lavoro/studio fuori sede, etc. senza dover modificare la residenza.

e. Disponibilità e uso dei dati non più procrastinabile per ricerca, programmazione e scelte organizzative

Il sistema Paese dispone di tante informazioni preziose eppure che sono sottoutilizzate. Conoscere è il primo step per la stratificazione e il targeting e quindi per la programmazione, a vantaggio del paziente/utente stesso. La tutela della privacy, importante e necessaria, deve trovare un equilibrio tale da non andare a discapito delle indispensabili informazioni ai fini di conoscenza e programmazione dei servizi, nonché per il progresso della ricerca scientifica (avere, ad esempio, dei registri di patologia, consentirebbe di conoscere il real world dei pazienti stessi).

È altresì necessario avere una banca dati integrata, che mappi la fragilità, al fine di conoscere cosa serve alle famiglie per gestire la cronicità, la fragilità e la non autosufficienza: ad esempio è paradossale che per i piani freddo/caldo ogni anno si debba ripartire da 0. Da qui sarà possibile definire standard socio-sanitari da assicurare a tutti, secondo stratificazione e valutazione personalizzata che tenga conto dei bisogni sanitari e socio assistenziali (Aziende Sanitarie e Comuni).

La casa e la comunità restano luoghi privilegiati per la cura della persona con cronicità e fragilità.

f. Digital Health - Telemedicina, Teleassistenza, Teleconsulto, Intelligenza artificiale, ICT

La digital health, ed in particolare la telemedicina, pre-pandemia era appannaggio di sperimentazioni, ricerca, ma non riusciva a entrare a sistema. Ancora oggi si riscontrano difficoltà per le velocità diverse di “reattività” tra Regioni: ci sono quelle che si sono dotate di piattaforme di telemedicina che sono performanti, quelle che le hanno, ma non funzionano bene...In molti casi i medici raccontano che hanno fatto “telefono-medicina” e non una telemedicina vera e propria. Tra gli ostacoli che ancora si incontrano c’è quello relativo a “chi deve fare cosa” legato ai risvolti anche di carattere medico-legale e quello del “chi paga cosa” legato alla tariffazione delle prestazioni erogate.

La telemedicina non è solo in relazione al rapporto medico-paziente, ma anche come una costante “telecomunicazione” che fa da collante tra ospedale e territorio, trasferisce know-how per la presa in carico unitaria del paziente attraverso ad esempio il teleconsulto.

Va altresì considerato che la telemedicina e la digital health più in generale può aumentare il numero di pazienti che si raggiungono, ma non è detto che questo corrisponda ad una presa in carico: va evitato l’effetto boomerang.

g. Misurare gli esiti dei modelli organizzativi

Attualmente è difficile misurare gli esiti dei modelli organizzativi e misurare ciò che accade sul territorio. Non esiste infatti un analogo del PNE territoriale, né tantomeno esistono le SDO che possano aiutare in tal senso. Esiste un sistema sperimentale sul paziente over 65 che può essere utile per andare nella giusta direzione di mettere in piedi un sistema, per quanto imperfetto, che consenta di avere parametri di misurazione per rafforzare misure o raddrizzare il tiro se necessario. Scardinare anche l’idea di indicatori considerati dai tecnici “nobili” in favore da ciò che è importante per il paziente e per il caregiver. Per farlo è importante prevedere un ruolo attivo di professionisti sanitari e rappresentanti delle associazioni pazienti.

Hanno partecipato ai tre incontri promossi da Salutequità nell'ambito del "Progetto per il rientro dei pazienti non-Covid nel SSN. Il Piano Nazionale della Cronicità per l'equità" rappresentanti di:

ADOI - Associazione dermatologi ospedalieri italiani

AGENAS

AISC - Associazione Italiana Scompensati Cardiaci

AMD - Associazione Medici Diabetologi

Amici onlus - Associazione nazionale per Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino

ANMAR - ASSOCIAZIONE NAZIONALE MALATI REUMATICI

Anmco - Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri

Apiafco - Associazione Psoriasici Italiani amici fondazione Corazza

APMARR APS - Associazione nazionale persone con malattie reumatologiche e rare

ASL Rieti

ASL Umbria1

Associazione italiana BPCO

Associazione malati di reni onlus

Associazione Respiriamo Insieme

Azione Parkinson

CARD - Confederazione Associazioni Regionali di Distretto

CNOAS - Consiglio Naz. Ordini Assistenti Sociali

Conferenza Regioni

Fadoi - Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti

FAIS - Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati

Cittadinanzattiva

Federasma e allergie

Federfarma

Federsanità ANCI

FIASO - Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere

Fnopi - Federazione nazionale ordini professioni infermieristiche

Forum nazionale trapiantati

IG-IBD - Italian Group for the study of Inflammatory Bowel Disease

Ministero salute

Ospedale Pediatrico Bambin Gesù

Promis - Programma Mattone Internazionale Salute

Regione Campania

Regione Friuli-Venezia Giulia

Regione Piemonte

Regione Veneto

SIFO

SIMEU

SIN - Società Italiana Nefrologia

SIN - Società Italiana Neurologia

SINUC

SIR

Proposte

Proposte per un Piano Nazionale della Cronicità (PNC) per l'equità

1	Attuare e aggiornare il PNC alla luce delle novità intercorse in termini di politiche del personale, modelli organizzativi e investimenti/riforme PNRR e integrando le patologie ricomprese (es. sclerosi multipla, psoriasi, cefalea cronica, poliposi nasale, asma anche nell'adulto,...)
2	Finanziare l'attuazione e l'aggiornamento del PNC con lo stanziamento e la finalizzazione di risorse specifiche in Legge di Bilancio 2022.
3	Realizzare e pubblicare una Relazione Annuale al Parlamento sullo stato di attuazione del PNC.
4	Inserire l'applicazione del PNC nel Nuovo Sistema Nazionale di Garanzia dei LEA.
5	Accelerare la realizzazione di un modello nazionale di stratificazione della popolazione da utilizzare in tutte le Regioni, basato non solo sul consumo di prestazioni sanitarie ma anche su determinanti di salute socioeconomici e culturali e su stili e abitudini di vita.
6	Recuperare e rilanciare l'impegno del livello centrale e delle Regioni nella definizione, nell'implementazione, nell'attualizzazione (rispetto alle innovazioni organizzative del PNRR) e nella misurazione degli esiti dei PDTA, anche in termini di qualità di vita dei pazienti.
7	Emanare il Decreto Tariffe per l'attuazione in tutte le Regioni dei LEA (2017).
8	Inserire esplicitamente la telemedicina nei LEA, sfruttando l'opportunità degli stanziamenti previsti in Legge di Bilancio 2022 per il loro aggiornamento.
9	Adeguare il personale socio-sanitario dal punto di vista quali-quantitativo per garantire l'effettiva esigibilità dei LEA in tutte le Regioni; investire nell'innovazione delle competenze del personale per attuare il cambiamento organizzativo funzionale alla garanzia della migliore presa in carico dei cittadini. Basare la scelta sulle evidenze e superare gli ninteressi di parte.
10	Agire sulle cure mancate per limitare l'impatto su prevenzione, diagnosi tardive, aumento delle complicanze, aderenza al percorso di cura e alle terapie, costi sociali. Servono dati aggiornati al 2021 e sistemi stringenti di verifica dell'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse stanziare.

Fonte: Salutequità

SALUTE=QUITÀ

© Salutequità®, novembre 2021.

Attribuzione: 6° Report Salutequità "Il Piano Nazionale della Cronicità per l'equità" - Novembre 2021 - Disponibile su www.salutequita.it

Questo documento è distribuito con licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale.

È consentito l'utilizzo esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di citare sempre la fonte.

Realizzato con il contributo non condizionato di:

