



ABSTRACT

Rapporto civico sulla salute 2022

*I diritti dei cittadini
e il federalismo in sanità*



Introduzione

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

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

1. I dati del PiT Salute

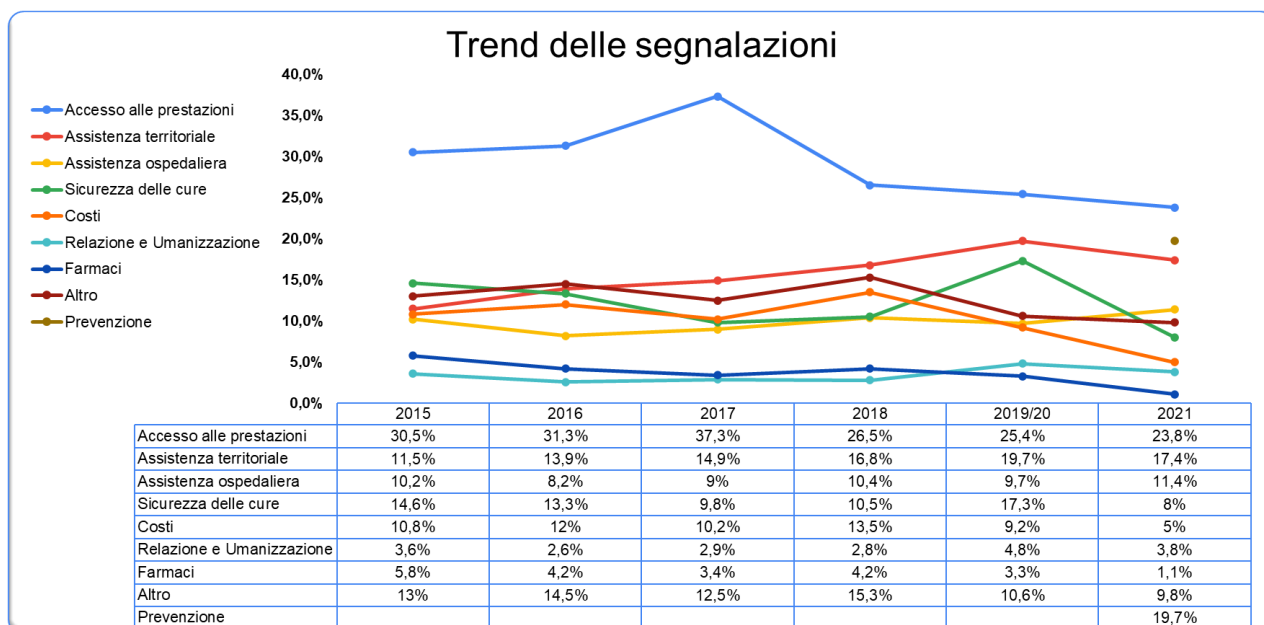
Dati complessivi e *trend* ultimi sei anni

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

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

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

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



Fonte: Rapporto civico sulla salute: I diritti dei cittadini e il federalismo in sanità

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

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

Oggetto delle segnalazioni del 2021: sintesi dei principali risultati.

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

Accesso alle prestazioni

Il **71,2%** di segnalazioni in questo ambito si riferisce alle **liste d'attesa**, questo tema che da anni ormai rappresenta un elemento di enorme disagio e stress per i cittadini, nel corso degli ultimi due anni (2020-2021) è esploso in maniera incontenibile a causa di tutti i ritardi ulteriori dovuti all'emergenza da covid che si sono sommati alle "disfunzioni" già presenti nella gestione delle liste d'attesa e all'incapacità di programmare misure capaci di garantire il rispetto dei tempi nell'accesso alle cure. I tempi massimi segnalati dai cittadini in **pe ad esami diagnostici sono: 720 giorni di attesa per una mammografia**,

375 per una ecografia e 365 per una tac, per una **risonanza magnetica** alcuni cittadini hanno aspettato anche **180 giorni**, è andata meglio, si far per dire, per una **colonscopia** che ha previsto un'attesa (massima) di 100 giorni per un'esofagogastroduodenoscopia l'attesa massima è stata di 90 giorni.

In base alle nostre segnalazioni questi i tempi massimi per le visite specialistiche: 362 giorni per una visita diabetologica, 300 giorni per fissare una visita dermatologica, endocrinologica e reumatologica. Sono stati attesi 270 giorni per una visita oculistica ed odontoiatrica, 109 per una visita ginecologica.

I tempi massimi segnalati per gli interventi chirurgici sono: **365** giorni per un **intervento cardiologico**, **360** giorni per un intervento ortopedico, 270 per un 'intervento di ernia e **180** per un **intervento oncologico**.

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

Prevenzione

Il tema della prevenzione, contiene tre voci di dettaglio: **Vaccinazioni Anti Sars-CoV-2** (75,7%), **Vaccinazioni ordinarie** (15,6%), **Screening oncologici** (8,7%).

Le vaccinazioni Anti Sars – Cov -2 hanno rappresentato una grande criticità per i cittadini, l'alto numero di segnalazioni giunte al Pit su questo tema ne sono una conferma. Le difficoltà nell'avvio della campagna vaccinale anticovid (gennaio 2021), unite alle differenze e diseguaglianze riscontrate nelle diverse regioni hanno fatto sì che i cittadini, almeno nei primi mesi di avvio della campagna, vivessero forti disagi dovuti principalmente a difficoltà nelle prenotazioni dei vaccini, informazioni contrastanti sulla vaccinazione (fasce prioritarie, intervallo tra una dose e l'altra, vaccini consigliati in base all'età, etc, etc..) e difficoltà nel comprendere le misure legate alla vaccinazione (green pass, obbligo per ultra cinquantenni, etc..).

Anche **le vaccinazioni ordinarie (15,6%)** hanno subito effetti negativi dovuti alla pandemia quali liste d'attesa e chiusura dei centri vaccinali.

Assistenza territoriale

L'ambito dell'Assistenza territoriale così come quello dell'accesso alle prestazioni conferma il trend degli anni precedenti poiché rimane un settore "nevralgico" per i cittadini nel quale riscontrano molte criticità ma al contempo rimane un punto di riferimento fondamentale e di prossimità territoriale. Le tematiche segnalate sono al centro della riforma della sanità del territorio che delinea il nuovo modello di assistenza sanitaria di prossimità, è auspicabile che i temi sollecitati dai cittadini vengano realmente presi in considerazione. Le criticità segnalate riguardano diverse tematiche.

La voce più frequente è quella relative alle **cure primarie: Rapporto con Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta (25,8%)**, seguita da **Continuità Assistenziale** (13,9%) e **Assistenza Domiciliare Integrata** (12,1%).

Ancora una volta i cittadini pongono in grande rilievo il rapporto con il proprio Medico di Medicina Generale ed il pediatra di libera scelta, questi medici rimangono il primo riferimento per i pazienti e durante l'emergenza da covid sono state delle figure chiave, tuttavia, analizzando le segnalazioni, emerge che il rapporto medico -paziente è spesso difficile a causa dello scarso tempo a disposizione o di un deficit nelle informazioni che vengono fornite ai cittadini.

Assistenza ospedaliera e mobilità sanitaria.

Un'altra area particolarmente critica nella quale i cittadini hanno riscontrato molte difficoltà, è quella **dell'assistenza ospedaliera e della mobilità sanitaria**, nel 2021 le segnalazioni in questo settore si attestano all'**11,4%**.

Oltre la metà delle segnalazioni si riferiscono **all'Emergenza e Pronto Soccorso (74,7%)**, Dimissioni (9,0% e **ricoveri (8, %)**. Si tratta dei momenti in cui i cittadini effettivamente si confrontano con l'organizzazione dei servizi quali, in primis, la gestione delle urgenze e poi con la vera e propria presa in carico a livello ospedaliero con tutte le particolarità del caso. Indubbiamente sulle segnalazioni del 2021 hanno inciso le nuove ondate di Covid (soprattutto nella prima e nell'ultima parte dell'anno) ed anche la rigidità delle regole di gestione degli accessi al Pronto soccorso, che hanno reso ancor più critico un settore nel quale da anni urge una riforma di sistema che va di pari passo con la riforma dell'assistenza territoriale e di prossimità.

Altro

Sotto la voce **Altro (9,8%)** sono state inserite diverse tipologie di segnalazioni che non corrispondono ad un ambito specifico di approfondimento del Pit ma ricorrono in maniera trasversale in diversi settori e sono: accesso alle informazioni e alla documentazione (3,8%); Prestazioni assistenziali, agevolazioni/lavoro (3,5%); Malattie rare (0,5%).

Sicurezza delle cure e presunta malpractice (8%)

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

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

Costi

Nel 2021, la voce dei **costi** che è trasversale a tutti gli ambiti ha fatto registrare il **5%** delle segnalazioni, in netta diminuzione (- 4,2%) rispetto al 2020., tale diminuzione è ascrivibile non ad una diminuzione dai costi di accesso ai servizi per i cittadini ma piuttosto alla generale diminuzione delle prestazioni sanitarie che sono state erogate nel corso dell'anno passato a causa delle prestazioni bloccate e dell'aggravarsi dei ritardi nell'erogazione delle prestazioni.

Relazione con operatori sanitari e Umanizzazione

Le segnalazioni relative alla **relazione con operatori sanitari e umanizzazione** sono il **3,8%** sul totale. La carenza di umanizzazione è un problema sfaccettato che, nelle sue componenti richiama una serie di diritti dei cittadini, da quello di accesso alle migliori cure fino alla mancanza di informazioni o addirittura di rispetto per la propria condizione. Nel 2021 i problemi principali che i cittadini hanno lamentato a proposito di umanizzazione sono: il tempo dedicato al paziente ritenuto insufficiente (46,9%) e mancata disponibilità nella relazione -atteggiamenti non empatici (42,9%). Le segnalazioni relative all'umanizzazione ci confermano quanta sia un valore importante che mette in chiaro la sensibilità dei cittadini su questo tema e la preparazione non sempre efficiente degli operatori sanitari, a tutti i livelli.

Farmaci

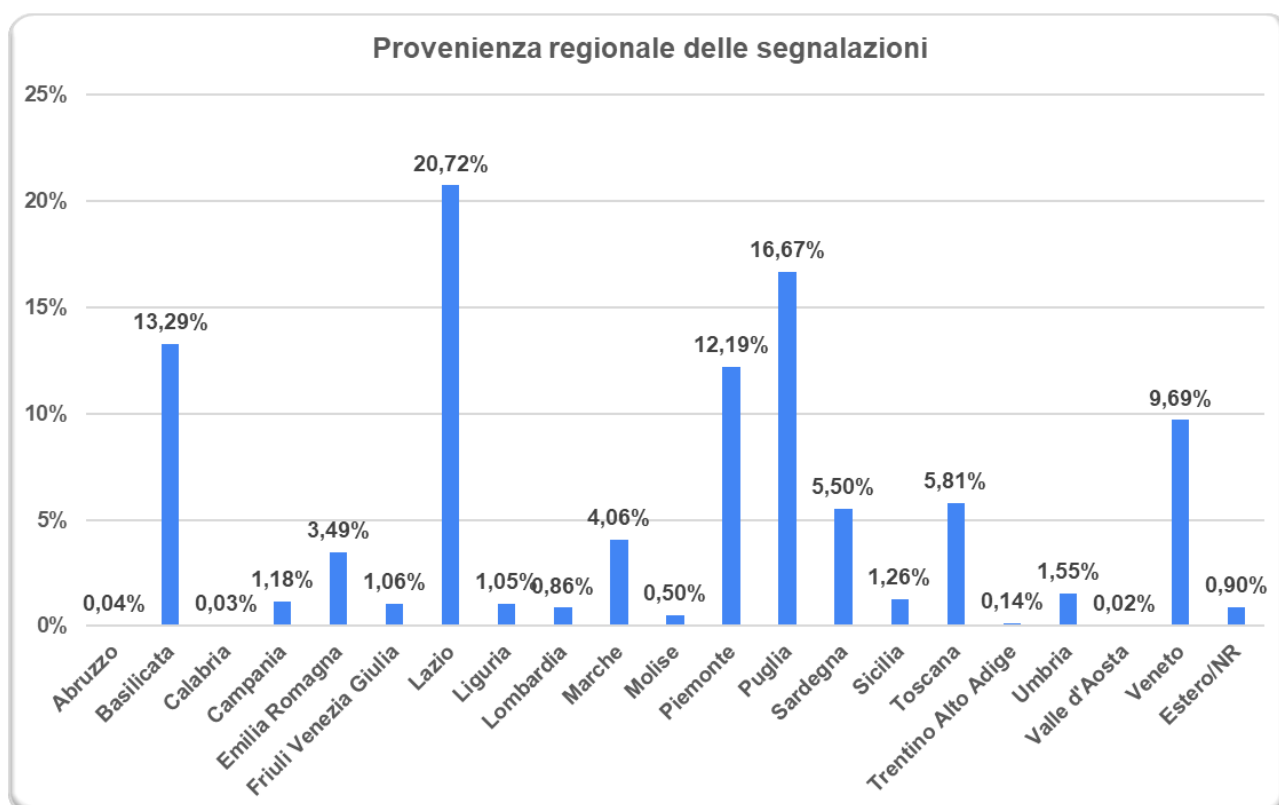
Nel 2021 le segnalazioni sui **farmaci sono 1,1%** del totale. I cittadini indicano come maggiori difficoltà di accesso ai farmaci la non disponibilità (35,7%) e la spesa per i farmaci (21,4%). L'indisponibilità di

un farmaco può riferirsi sia all'assenza del farmaco nei punti di erogazione (farmacia ospedaliera, della ASL e di comunità) con la conseguenza di

determinare l'impossibilità per il cittadino di accedere alla terapia; oppure all'irreperibilità momentanea a causa del ritardo nella consegna del medicinale. Diverse le lamentele che abbiamo registrato nell'ultima parte dell'anno relative alle difficoltà dei cittadini di poter ritirare i farmaci antivirali per il covid solo presso i Centri territoriali accreditati e non presso le farmacie.

La provenienza regionale delle segnalazioni

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



Fonte: Rapporto civico sulla salute: I diritti dei cittadini e il federalismo in sanità

2. Prevenzione: vaccinazioni e screening oncologici organizzati

La prevenzione nel nuovo sistema di garanzia dei LEA

In generale negli ultimi 4 anni diverse regioni mostrano *trend* in miglioramento (dal 2016 al 2019). Erano 7 infatti le regioni nel 2016 a mostrare **punteggi inferiori a 60 (cut off garanzia dei LEA)** ma nel 2019 Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Puglia e Campania hanno raggiunto punteggi di sufficienza. **P.A di Bolzano, Calabria e Sicilia mostrano invece punteggi insufficienti** (rispettivamente: 53,78 - 59,9 e 58,8)

La spesa per i vaccini

La spesa per vaccini è raddoppiata dal 2014 al 2020, passando da 4,8 a 9,4 euro pro capite. La spesa complessiva per il 2020 è di 562,5 Milioni con una lieve flessione rispetto al 2019 dello 0,4%. Spesa, i vaccini per l'influenza sono in aumento del 10,8%; in termini di dosi l'incremento è del 23,6. Tra le categorie a maggior spesa si rileva una contrazione dei vaccini per il papilloma virus (-10,8%), del vaccino esavalente (-5,1%), del vaccino MPRV (-10%), del meningococco tetravalente (-18,3%), del vaccino per il rotavirus (-3,7%) e del vaccino tetravalente (-16,3%).

Le coperture Vaccinali

La copertura del 95% per esavalente ancora non è soddisfatta in ogni regione. Sicilia, P.A Bolzano e P.A Trento e Friuli Venezia Giulia, Puglia e Valle d'Aosta non raggiungono la soglia prevista. Per quanto riguarda Morbillo Parotite e Rosolia la situazione si conferma critica in tutta Italia. Solamente 9 Regioni su 21 quest'anno raggiungono la percentuale ottimale del 95%.

Copertura vaccinale morbillo

Rispetto alle coperture vaccinali sui singoli antigeni¹ andiamo ad analizzare in particolare quelle per il morbillo. Rispetto all'anno precedente (2019 coorte 2017) le percentuali del 2020 mostrano un generale peggioramento significativo che passa da un 94,49% ad un 92,7%. Le regioni più virtuose che superano il 95% sono solamente 3 Lazio, Toscana e P.A di Trento, le altre fanno registrare dei decrementi. I punteggi peggiori si registrano in Abruzzo (62,16%) e nella P.A di Bolzano 77,12%

Copertura vaccinale varicella

Analizzando le coperture vaccinali sui singoli antigeni² proseguiamo con quelle per la varicella. Rispetto alla rilevazione del 2019 (coorte 2017), il dato nazionale del 2020 (coorte 2018) mostra un dato stabile dal 90,5% del 2019 al 90,28 del 2020. Rispetto all'anno precedente molte regioni hanno raggiunto punteggi molto positivi, vicini alla soglia raccomandata del 95%. Tra le regioni con le percentuali migliori troviamo: Lazio (95,21), Veneto (93,36%) e P.A. Trento (92,64%). Le regioni che presentano percentuali inferiori sono: Abruzzo (55,59), la PA di Bolzano (75,74%) e Valle D'Aosta (87,30%).

Copertura antinfluenzale

In merito alla copertura per il vaccino antinfluenzale nella stagione 2020 – 2021, i dati mostrano ancora una sostanziale insufficienza in ogni regione (< 75%). In particolare sono la P.A di Bolzano, la Valle d'Aosta, e la Sardegna ad avere i dati di copertura più bassi. Le migliori risultano la Calabria (79) e l'Umbria (77,4%). **Chi mostra i dati peggiori è la P.A di Bolzano (41,1%) e Valle d'Aosta (52,6%).**

I dati delle coperture vaccinazione HPV

La copertura per ciclo completo per le ragazze undicenni (coorte 2008 nel 2020) mostra una diminuzione rispetto alle coperture per ciclo completo delle undicenni dell'anno precedente, con un valore del 30,32% nel 2020 rispetto al 41,60% nel 2019 (coorte 2007, undicenni al momento della

¹ Dati di coperture vaccinali, aggiornamento 2020, Ministero della Salute

² Dati di coperture vaccinali, aggiornamento 2020, Ministero della Salute

rilevazione). **I dati riferiti alla popolazione maschile segnalano tassi di copertura ancora molto bassi, 24,17% nel 2020 rispetto al 32,25% nel 2019.** Sia i tassi di copertura per la popolazione femminile che quelli per la popolazione maschile risultano molto lontani dai principali target ed obiettivi sanciti tanto dalle misure di sanità pubblica italiane che internazionali.

Le segnalazioni dei cittadini

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

I dati delle segreterie regionali sulle vaccinazioni ordinarie

il 20% delle Regioni non ha attivato, o non ha reso note adeguatamente, campagne di informazione per la popolazione e gli operatori sanitari. Nel 2021 i MMG e i PLS hanno frequentemente siglato accordi regionali e reso disponibile il loro ambulatorio per consentire le vaccinazioni ordinarie dei propri assistiti (92%). Meno frequente l'utilizzo delle farmacie comunali che sono oggetto di accordo regionale solo nel 45% delle regioni. Sono nel 30% delle regioni è stato possibile usufruire anche di luoghi alternativi per effettuare le vaccinazioni Covid e, durante la stagione autunnale/invernale, la vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica come: parrocchie, palestre, luoghi di aggregazione, scuole. Il 23% delle segreterie regionali ha osservato fenomeni di chiusure o rallentamenti delle sedute vaccinali nella propria regione. In particolare in Basilicata, Lombardia, Molise, Piemonte e Sardegna l'avvio hanno mostrato criticità nell'avvio della campagna vaccinale antinfluenzale, il motivo dei ritardi è da rintracciare prevalentemente nell' effettivo coinvolgimento dei MMG e PLS alla campagna (23%). Altre criticità, seppure minori, si registrano nell'approvvigionamento di dosi e nella tempestiva individuazione di categorie target ulteriori a quelle previste dalle Raccomandazioni ministeriali.

Screening oncologici organizzati

L'adesione agli screening organizzati - i dati del 2019

Sono 7 le Regioni che non raggiungono lo score ritenuto sufficiente, ovvero 9: Calabria (2), Molise (3), Campania (3) Puglia (4), Sicilia (5), Basilicata (6), Lombardia (7). Solo una Regione mostra un miglioramento ovvero l'Umbria.

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

Lo screening mammografico

Nel 2019 il valore di copertura è aumentato di 5 punti percentuali rispetto al 2018 (89% versus 84%) con 3.658.235 inviti effettuati.

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

Tuttavia l'adesione grezza all'invito tende a calare lievemente dal 55.5% al 54.8% rispetto al biennio precedente. Nel 2019 il valore si abbassa ulteriormente al 53.7%, registrando rispetto all'ultimo biennio un calo del 2%. Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2017-2019 il 75% delle donne 50-69enni abbia eseguito una mammografia preventiva nel corso dei precedenti due anni. La copertura complessiva all'esame raggiunge valori più alti al Nord (84%) e al Centro (83%) ed è significativamente più bassa al Sud e nelle Isole (62%), con sensibili differenze a livello delle Regioni (range: 54% Campania - 89% Friuli Venezia Giulia).

Lo screening Coloretale

La copertura degli inviti della popolazione è stata del 91,4% e del 95,5% nelle regioni del Nord e del Centro, mentre al Sud si osserva un valore pari al 43,5%, stabile rispetto all'anno precedente. Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel triennio 2017- 2019 il 48% delle persone intervistate nella fascia di età 50-69 anni abbia eseguito un esame a scopo preventivo per la diagnosi precoce dei tumori del colon retto. La copertura per la diagnosi precoce dei tumori coloretali

mostra un marcato gradiente geografico: 67% al Nord, 56% al Centro e 28% al Sud, con significative differenze regionali (range: 11% Puglia - 76% Veneto).

Screening cervicale i dati 2019

La prossima figura riporta l'andamento della copertura degli inviti per lo screening cervicale. Nel 2019 sono state invitate allo screening cervicale 3.820.049 donne di età compresa tra i 25 ed i 64 anni, attestandosi quindi l'estensione degli inviti all'89%, stabile rispetto al 2018. Sulla base dei dati raccolti dal sistema di sorveglianza Passi, si stima che in Italia nel 2017-2019 quattro donne 25-64enni su cinque (80%) abbiano eseguito un Pap test o un test dell'Hpv preventivo entro i tempi raccomandati. La copertura complessiva al test preventivo raggiunge valori elevati al Nord (87%) e al Centro (87%), mentre è più bassa al Sud (69%). Tra le Regioni partecipanti al Passi sono presenti significative differenze (range: 60% Calabria - 90% P.A. Bolzano).

Volumi di attività in tempo di Covid 19

Si conferma che non vi è stato un completo recupero rispetto al ritardo accumulato nello scorso anno. In merito alla capacità del sistema di garantire un'adeguata offerta di screening, le differenze percentuali degli **inviti** nei 17 mesi oggetto della rilevazione (-28,4% cervice, -20,3% mammella, -24,4% colon retto) evidenziano un miglioramento rispetto alla terza survey aggiornata a dicembre 2020 (-33% cervice, -26,6% mammella, -31,8% colon retto) dimostrando come nei primi 5 mesi del 2021 si conservi sempre un ritardo, ma a una velocità decrescente rispetto al periodo precedente. La riduzione del numero di **persone esaminate** (-35,6% cervice, -28,5% mammella, -34,3% colon retto) è piuttosto consistente per tutti e tre i programmi di screening con percentuali più contenute per lo screening mammografico. Le stime per le lesioni tumorali che potrebbero subire un ritardo diagnostico sono pari a 3.504 lesioni CIN2+, 3.558 carcinomi mammari, 1.376 carcinomi coloretali e oltre 7.763 adenomi avanzati del colon retto.

Le segnalazioni dei cittadini

Dalle segnalazioni raccolte nel 2021 da Cittadinanzattiva tramite il PIT Salute, il nostro servizio di informazione e tutela, l'8,7% dei cittadini ha incontrato problemi di accesso agli screening. Le più frequenti difficoltà si riscontrano nel ritardo nell'esecuzione degli screening. Oltre il 20% delle segnalazioni riguarda la difficoltà a prenotare autonomamente lo screening che se unita al 10,2% delle segnalazioni sulla mancata ricezione dell'invito da parte della asl, ci fa dedurre che oltre il 30% dei cittadini che si sono rivolti a noi avrebbero voluto sottoporsi allo screening ma di fatto non hanno potuto o hanno incontrato difficoltà. Ancora segnaliamo problemi con la scarsa informazione ed orientamento e la mancata ricezione del referto in caso di esito negativo, che lascia sempre un senso di enorme incertezza nei cittadini.

I dati delle segreterie regionali sulle vaccinazioni ordinarie

Per il 57% delle regioni si segnala la sospensione/ interruzione del normale svolgimento degli screening per ogni tipologia prevista (Mammella, cervicale, coloretale). La sospensione ha riguardato tutto il territorio delle Regioni in modo sistemico nel 78% dei casi, mentre nel 22% si segnalano sospensioni/interruzioni solo da parte di alcuni territori/ASL. L'ultimo dettaglio è relativo al quadro regionale: Emilia Romagna, Lazio, Molise, Piemonte, Puglia (non per il coloretale), Toscana, Sardegna (non per il mammografico), Trentino Alto Adige, Veneto, mostrano le più evidenti sospensioni. In particolare sono il Piemonte e la Sardegna a segnalare che le interruzioni hanno riguardato solo alcuni territori, in particolare afferenti ad aree interne delle Regioni e non su tutto il territorio in modo sistemico.

3. Accesso alle prestazioni

Le segnalazioni dei cittadini

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

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

Esami diagnostici: 720 giorni di attesa per una mammografia, 375 per una ecografia e 365 per una tac, per una risonanza magnetica alcuni cittadini hanno aspettato anche 180 giorni, è andata meglio, si far per dire, per una colonscopia che ha previsto un'attesa (massima) di 100 giorni per un'esofagogastroduodenoscopia l'attesa massima è stata di 90 giorni.

Visite specialistiche: per visita diabetologica si è atteso un tempo massimo di 362 giorni, per fissare una visita dermatologica, endocrinologica e reumatologica ci sono voluti invece 300 giorni. Sono stati attesi 270 giorni per una visita oculistica ed odontoiatrica, 109 per una visita ginecologica.

Interventi chirurgici: 365 giorni di attesa massima per un intervento cardiologico, 360 giorni per un intervento ortopedico, 270 per un intervento di ernia e 180 per un intervento oncologico.

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

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

Focus Regionale: i dati del nostro Osservatorio regionale

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

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

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

Il rispetto dei tempi per la specialistica ambulatoriale secondo il nuovo sistema di garanzia

I risultati relativi al monitoraggio degli indicatori *core* previsti dal nuovo sistema di garanzia LEA per l'area distrettuale mostrano che per le prestazioni ambulatoriali in classe B (entro 10 gg) Solamente 4 Regioni, Veneto, Lazio, Abruzzo e Molise rispettano appieno i tempi massimi previsti. Alcune Regioni invece, si discostano da valori ottimali, è il caso del Piemonte con un valore pari al 73%, Campania 81% ma soprattutto Sicilia con un 65%; in pratica su 10 prestazioni circa 4 sono oltre tempo massimo stabilito.

Le prestazioni mancate in fase emergenziale

Le prestazioni ambulatoriali perse

Per quel che riguarda la specialistica ambulatoriale si è assistito a una riduzione complessiva di oltre **144,5 milioni di prestazioni** per un valore di 2,1 miliardi. Si tratta per il 90 per cento di prestazioni di strutture pubbliche. La riduzione maggiore, in questo caso, riguarda gli esami di laboratorio (il 67 per cento delle prestazioni), mentre quelle per visite e diagnostica rappresentano rispettivamente il 12,5 e il 13 per cento. Nel caso delle strutture private oltre alla diagnostica e l'attività di laboratorio (responsabili rispettivamente del 27 e 20 per cento delle riduzioni) sono di rilievo le minori riabilitazione che incidono per il 27 per cento.

I ricoveri persi

Dal quadro di insieme che emerge all'indagine Agenas e MeS sant'Anna di Pisa il volume dei ricoveri totali erogati (ordinari e in DH) nelle strutture pubbliche o private nel 2019 a confronto con i volumi registrati nel 2020 si è ridotto del tra il 2019 e il 2020 di circa **1.775.000 prestazioni** un – **21% rispetto al 2019** (14,4% di quelli urgenti e il meno 26% degli ordinari). Le variazioni più marcate in termini percentuali riguardano la **Calabria con un – 30,6%, Puglia con – 28,1%, Basilicata con – 27,1%, Campania – 25%**. Le Regioni che hanno fatto registrare una riduzione di volumi più contenuta sono state: **Veneto – 15,2%, Lazio – 16,4%, Friuli Venezia Giulia – 16,6%, Emilia Romagna, Abruzzo e Toscana con circa un – 18%**.

Area Oncologica volume di interventi chirurgici per tumore alla mammella

Tra il 2019 e il 2020, secondo l'indagine di Agenas e MeS vi è stata una riduzione dei volumi per circa 5.100 prestazioni e relativo dettaglio regionale (-10,1%). Nella tabella successiva invece si mostra la variazione percentuale dei volumi suddivisi per regione tra il 2019 e il 2020. La Regione Calabria è quella che fa registrare la maggiore variazione tra i due anni con un – 30,2%, seguono basilicata, P.A. di Trento e Liguria. Le variazioni minori si registrano invece ella P.A di Bolzano che ha addirittura incrementato i volumi con un +7,6%, seguono Sicilia, Sardegna e Campania che fanno registrare anch'esse un incremento anche se più modesto. Le regioni come la Calabria, la Puglia e la Basilicata, nonostante una minore incidenza del virus, non sono riuscite a mantenere volumi in linea con l'anno precedente. Buona invece la reazione della PA di Bolzano, del Friuli Venezia Giulia e di Emilia Romagna e Veneto che nonostante la maggiore incidenza del virus hanno saputo mantenere livelli adeguati di prestazioni erogate.

Area Oncologica volume di interventi chirurgici per tumore colon retto

Tra il 2019 e il 2020 sono stati ridotti i volumi di attività per interventi chirurgici per un totale di circa 3.000 casi (- 17,7%). La riduzione maggiore si mostra presso le regioni P.A. di Trento (- 39,6%), Umbria, Lombardia e Abruzzo, mentre solamente la P.A. di Bolzano, ancora una volta fa registrare un lieve incremento con un + 2,7%. Migliori nelle performance anche Basilicata, Sicilia e Marche con riduzioni meno marcate. Calabria, Molise ed Abruzzo hanno mostrato la maggiore variazione di prestazioni in negativo nonostante la minore incidenza del virus mentre regioni come P.A di Bolzano e Veneto, nonostante la maggiore pressione del virus hanno mantenuto volumi soddisfacenti.

Area Oncologica volume di interventi chirurgici per tumore alla prostata

Tra il 2019 e il 2020 vi è stata una riduzione per circa 1.700 interventi. In particolare Basilicata (-41,7%), Sardegna (39,6%) e Lombardia (31,1%) sono le regioni a far registrare i maggiori decrementi di prestazioni nel confronto con il 2019 mentre sono Puglia (+24,5%), Lazio (+10,3%) e Campania (+5,2%) a far registrare dati addirittura in incremento. La Basilicata e la Sardegna nonostante la minore incidenza del virus contraggono maggiormente i volumi di prestazioni mentre Liguria, Campania, Lazio e Puglia mostrano una migliore capacità di tenuta

Area Cardiovascolare i ricoveri per infarto

Mediamente sono scesi dell'11,9% dimezzando le perdite registrate durante la prima ondata pandemica. Tuttavia mancano all'appello **6.113 ricoveri** per infarto. In particolare i ricoveri per Ima Stemi sono scesi del 23,4% in Valle d'Aosta, del 19,8% in Calabria e del 19% in Basilicata. Cali superiori alla media nazionale si sono registrati nel Lazio, Umbria, Puglia, Piemonte, Lombardia, Trento e Toscana. Hanno mostrato capacità di resilienza tutte le altre regioni. La regione Marche ha incrementato i ricoveri da luglio a dicembre.

La rinuncia alle cure

Nel secondo anno di pandemia continuano ad aumentare le rinunce alle prestazioni sanitarie. Nel 2021, l'11,0% delle persone che avevano bisogno di visite specialistiche (escluse le visite dentistiche) o esami diagnostici ha dichiarato di averci rinunciato per problemi economici o legati alle difficoltà di accesso al servizio³. Nel 2021 cresce la quota di persone che ha dovuto rinunciare a visite o accertamenti di 1,5 punti percentuali, 765 mila persone in più (+1,5 punti percentuali), confermando l'aumento già osservato nel 2020, pari a +3,3 punti percentuali rispetto al 2019. La quota di quanti riferiscono di aver dovuto rinunciare per motivi legati al COVID-19 è aumentata passando dal 51,4% del 2020 al 53,3% del 2021 (valore che sale al 60,1% nel Nord-est). Al livello regionale, permangono comunque alcune situazioni particolarmente critiche, come ad esempio in Sardegna, dove la percentuale di persone che hanno rinunciato a visite o accertamenti nel 2021 è pari al 18,3%, con un aumento di 6,6 punti percentuali rispetto al 2019; in Abruzzo la quota si stima pari al 13,8%; in Molise e nel Lazio la quota è pari al 13,2% con un aumento di circa 5 punti percentuali rispetto a due anni prima.

L'intramoenia

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

Tempi di attesa delle prestazioni prenotate

Confrontando i dati a livello nazionale nei 3 monitoraggi:

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

La mammografia si conferma essere la prestazione che registra invece la percentuale più bassa di prenotazioni entro i 10 giorni (mammografia monolaterale 33%, mammografia bilaterale 35%), seguito dalla visita endocrinologica (42%) e dalla ecografia della mammella (45%). L'osservazione delle medie

³ <chrome-extension://efaidnbnmnibpcajpcgclclefindmkaj/https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1650530891.pdf>

dei tempi di attesa delle prestazioni prenotate nelle settimane indice, per alcune prestazioni più critiche, mostra come, dopo un peggioramento riscontrato a luglio 2020 a causa dell'emergenza Covid, ci sia stato un netto miglioramento nella settimana indice di ottobre 2020 (con valori medi più bassi rispetto ad ottobre 2019). Solo nel caso delle mammografie i valori registrati sono più alti nel confronto ottobre 2019 vs ottobre 2020.

Luogo di erogazione dell'attività libero professionale

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

Agende di prenotazione

A livello nazionale nel 2020, si rileva che la maggior parte delle prenotazioni viene effettuata attraverso l'agenda gestita dal sistema CUP (con percentuali superiori al 90% in tutti i monitoraggi). In particolare, nel 2020 si conferma che 11 Regioni/PA (Abruzzo, Basilicata, Friuli-Venezia Giulia, Marche, PA di Bolzano, PA di Trento, Puglia, Toscana, Umbria, Valle D'Aosta e Veneto) utilizzano esclusivamente l'agenda gestita dal sistema CUP. Per 7 Regioni (Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Sardegna e Sicilia) si registrano prenotazioni attraverso il CUP per più dell'80% del totale. Le rimanenti Regioni riportano una percentuale intorno al 60%. In sintesi, è possibile notare come nel corso degli anni si stia via via consolidando l'utilizzo del sistema CUP per le prenotazioni delle prestazioni, così come auspicato dalle Linee Guida del Ministero della Salute

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

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

Equilibrio ALPI/istituzionale

L'analisi dettagliata dei volumi di prestazioni a livello aziendale consente di monitorare l'equilibrio del rapporto tra le attività erogate in ALPI e quella erogata in regime istituzionale. Tale rapporto non deve superare il 100%. **In 13 regioni su 21 si rilevano situazioni (puntiformi) in cui il suddetto rapporto è superiore a 100%** soprattutto nell'ambito della visita e della ecografia ginecologica. Analizzando le percentuali delle prestazioni erogate in ALPI sulle prestazioni erogate in istituzionale in ogni singola struttura nel 2019 e nel 2020 emerge che in alcune Aziende il rapporto alpi/istituzionale supera di molto il 100% come a titolo di esempio:

- Visita endocrinologica: in un'azienda della regione **Sicilia** il rapporto alpi/istituzionale passa dal 70% nel 2019 **al 296% nel 2020**
- Visita cardiologica/elettrocardiogramma: un'azienda della regione **Campania** dal 72% nel 2019 **al 206% nel 2020**
- Visita urologica un'azienda marchigiana dal 147% nel 2019 **al 228% nel 2020;**
- Mammografia (monolaterale e bilaterale) una azienda **piemontese** dal 16% nel 2019 **al 142% nel 2020**

Organismi paritetici

La rilevazione del 2020 mostra un miglioramento rispetto alla precedente rilevazione con 16 Regioni/Province autonome (+ 3) che dichiarano di aver istituito l'organismo paritetico (Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto).

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

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

Tutte le 16 Regioni/Province autonome rispondenti hanno segnalato le date di prima e ultima convocazione, tuttavia per 4 Regioni (Liguria, Lombardia, Puglia, Toscana) la data di ultima convocazione coincide con quella di insediamento, per le rimanenti le date si distribuiscono nel periodo compreso tra il 2013 e il 2021.

4. Assistenza territoriale e di prossimità

Il coinvolgimento dei cittadini

Il PNRR non fa parte di un patrimonio conoscitivo diffuso presso l'opinione pubblica italiana. La proporzione di italiani che ne è al corrente è pari al 26% con un residuo 4% che si dichiara "molto informato" sul tema. Sono 7 italiani su 10 ad essere ignari. L'approfondimento dedicato alle aree passibili di intervento via PNRR, dà conto di questi scarsi livelli di consapevolezza e la voce che raccoglie la proporzione più elevata di adesioni – 36% per il "potenziamento del sistema ospedaliero" – sembra interpretare più che altro un desiderio. Le reali aree di potenziamento progettate raccolgono un livello di riconoscimento più limitato (27% per la medicina territoriale, 18% la digitalizzazione e l'accettazione e 17% la telemedicina).

Cittadinanzattiva insieme Action Aid e Legambiente nel settembre del 2020 danno vita all'Osservatorio civico su PNRR, e raccolgono l'adesione di 70 soggetti della società civile. Obiettivo è monitorare l'attuazione del Piano in tutte le sue diverse fasi. In una prima fase, l'Osservatorio civico si è concentrato sostanzialmente sul metodo, ponendosi l'obiettivo di monitorare essenzialmente tre cose: la qualità, l'inclusività e la trasparenza del processo decisionale del Piano. Ma ora che il Piano sta entrando nel vivo è possibile iniziare il monitoraggio. Così le prime attività che si è deciso avviare sono:

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

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

Poco informati, aperti alla novità delle Case della Comunità (CdC) purché non si intacchi la consolidata relazione medico-paziente a cui i cittadini tengono in modo particolare. Con questo atteggiamento, in Italia si sta assistendo all'attuazione della riforma dell'assistenza territoriale come prevista dal PNRR, riguardo al quale il coinvolgimento delle associazioni, civiche e di pazienti, è del tutto insoddisfacente. Come risaputo, in tema di assistenza territoriale nel PNRR si punta moltissimo sul ruolo che dovranno giocare le Case della Comunità: se ne prevedono ben 1.350 (le vecchie Case della salute non raggiungevano le 500 unità), vale a dire in media una CdC ogni 18.069 persone con patologia cronica. Inevitabili risultano le disparità territoriali: si va da un minimo di una CdC ogni 12.428 malati cronici in Calabria a un massimo di una casa ogni oltre 23mila malati cronici in Emilia Romagna, Liguria e Valle d'Aosta.

Analogamente, il PNRR prevede 400 Ospedali di comunità, in pratica una struttura ogni 64.115 persone con patologia cronica. Anche in questo caso le differenze tra le Regioni sono rilevanti: la situazione migliore si registrerebbe in Basilicata (rapporto 1 a 47mila), la situazione peggiore (rapporto 1 a oltre 74mila malati cronici) in Friuli-Venezia Giulia, Umbria, P.A. Bolzano e P.A. Trento.

Risultanze che – se confermate – potrebbero consentire al Sud di ridurre almeno parzialmente il divario col resto del Paese. Infatti, la proporzione tra numeri di pazienti cronici e strutture previste dal PNRR (Case e Ospedali di Comunità) premia indiscutibilmente Basilicata, Calabria, Campania, Puglia, Sicilia,

oltre ad Abruzzo e Sardegna. Un dato che trova conferma nella ripartizione su base regionale delle risorse economiche previste dal PNRR, in particolare degli investimenti pro-capite.

Queste le principali risultanze della prima mappatura - realizzata da una organizzazione civica - delle nuove strutture sanitarie previste dalla "Missione 6" dedicata alla Salute del PNRR, con informazioni dettagliate a livello di regione, provincia e ASL, sulla dislocazione delle 1350 Case della Comunità (CdC), dei 400 Ospedali di Comunità (OdC) e delle 600 Centrali Operative Territoriali (COT) che il PNRR ha individuato.

Mappatura che ci permetterà di monitorare capillarmente lo stato di avanzamento della riforma e di verificare inoltre se verrà nei fatti rispettata la prossimità territoriale anche, per esempio, nelle Aree Interne del Paese.

Il lavoro, realizzato dall'Agenzia di Valutazione Civica, rientra tra le attività promosse da Cittadinanzattiva nell'ambito dell'Osservatorio Civico sul PNRR, ed è ovviamente in linea e in continuità col nostro storico impegno in tema di assistenza territoriale.

Pur nella sua natura di working in progress, il presente lavoro vuole essere un contributo al dibattito pubblico sul tema, uno stimolo a mantenere un alto grado di informazione e consapevolezza – anche nell'opinione pubblica – su novità, riforme e investimenti in via di attuazione, nonché uno strumento di azione civica tanto a livello nazionale che locale.

6. Assistenza domiciliare integrata (ADI)

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

Il divario tra le varie Regioni e Province Autonome circa l'offerta di servizi ADI è estremamente variegato. Le cinque Regioni che nel 2020 hanno riportato una maggiore copertura sono: Abruzzo (4,4% degli over 65 e 7,0% degli over 75), Sicilia (4,0% e 6,6%), Veneto (3,8% e 6,2%), Basilicata (3,7% e 6,1%), Emilia Romagna (3,6% e 5,8%).

Le coperture più basse di ADI tra la popolazione anziana sono state riportate da: P.A. di Bolzano (0,5% tra gli over 65 e 0,7% tra gli over 75), Valle D'Aosta (0,5% e 0,7%), Calabria (1,0% e 0,7%), Puglia (1,9% e 3,1%), Lazio (2,2% e 3,7%).

I dati relativi ai flussi SIAD della Regione Sardegna risultano non trasmessi.

Le segnalazioni che riceviamo tramite il servizio PIT ci permettono di conoscere quali sono le difficoltà che incontrano chi riceve l'assistenza domiciliare, così da avere uno spaccato sulla qualità del servizio ricevuto. L'integrazione socio-sanitaria rappresenta una nota dolente delle cure domiciliari in Italia. La sinergia tra Aziende Sanitarie e Comuni spesso non si realizza come previsto, con un'importante disgregazione tra la componente di assistenza sanitaria e quella sociale, o addirittura l'assenza di quella sociale. A seguire, i cittadini segnalano difficoltà nella fase di attivazione dell'ADI, a causa delle lunghe liste d'attesa.

Le altre segnalazioni riguardano il tipo di servizio ricevuto: in particolare viene segnalata la mancanza di alcune figure specialistiche come lo psicologo, il turn over del personale che non permette di instaurare una relazione continuativa con il paziente e i loro caregivers.

Infine, la quantità di assistenza ricevuta viene segnalata come inadeguata, rispetto ai loro bisogni, da un numero significativo di cittadini.

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

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

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

Emerge nettamente, la cura della sfera emotiva è l’ambito più faticoso per i caregiver (56,4%): sia la sfera emotiva della persona di cui ci si prende cura, che le proprie emozioni e il carico psicologico che il ruolo di caregiver comporta.

Seguono la pesantezza di dover gestire gli aspetti burocratici, amministrativi e finanziari (disbrigo pratiche, pagamento bollette, gestione conto corrente, ecc.), che toglie tempo ed energie alla cura di altri aspetti, e la gestione dell’igiene e la cura personale quotidiana dell’accudito.

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

I diritti che dovrebbero formalmente essere riconosciuti a seguito del riconoscimento della figura del caregiver sono: il riconoscimento del tempo di cura e dei contributi previdenziali. L’impatto su salute e famiglia: la maggioranza dei caregiver ha dichiarato che la propria salute fisica e mentale è influenzata negativamente dal fatto di essere un caregiver.

7. Sanità digitale: telemedicina e FSE

Telemedicina

Prima dell’emergenza il livello di utilizzo della telemedicina superava di poco il 10%, durante l’emergenza ha superato il 30% per molte applicazioni. Il servizio di Telemedicina più utilizzato è il Tele-consulto con medici specialisti (47% degli specialisti e 39% dei MMG), che raccoglie l’interesse per il futuro di 8 medici su 10. Seguono, in termini di utilizzo durante l’emergenza, la Tele-visita (39% degli specialisti e dei MMG) e il Tele-monitoraggio (28% e 43%).

I servizi di Telemedicina sono, invece, ancora poco utilizzati dai pazienti, non tanto per la mancanza di interesse, ma a causa dell’offerta ancora limitata. I pazienti dichiarano che la modalità più utilizzata per monitorare a distanza il loro stato di salute è una semplice telefonata oppure una videochiamata di controllo (23%). Molto meno utilizzati i vari servizi di Telemedicina strutturati, come la Tele-visita con lo specialista (8%), la Tele-riabilitazione (6%) o il Tele-monitoraggio dei parametri clinici (4%). Su tutti i servizi emerge un interesse molto elevato da parte dei pazienti, con percentuali vicine al 90%, per il Tele-monitoraggio e la Tele-visita con il medico specialista.

Fascicolo Sanitario Elettronico

Il monitoraggio realizzato dall’Agenzia per l’Italia Digitale mette in evidenza un contratto tra lo stato di attuazione e quello di utilizzo del FSE. L’indicatore di Attuazione, che mira a rappresentare lo **stato di avanzamento circa la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) regionale**, raggiunge un valore tra il 90 e il 100% per tutte le regioni d’Italia. Mentre, l’indicatore di utilizzo, è finalizzato a

monitorare il reale livello d'uso e di diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) sul territorio nazionale da parte dei cittadini, dei medici e delle aziende sanitarie. Le percentuali di utilizzo da parte dei cittadini sono molto critiche, tranne poche regioni, la maggioranza ha percentuali basse o pari a zero. La rilevazione svolta da Doxapharma e Crea Sanità conferma lo scarso utilizzo da parte dei cittadini: solo il 38% della popolazione italiana ha sentito parlare del FSE e solo il 12% è consapevole di averlo utilizzato almeno una volta.

Sarà altrettanto fondamentale investire, nei prossimi anni, sulle competenze digitali dei professionisti sanitari. L'attuale livello di presidio delle competenze digitali di base e professionali non è ancora sufficiente per poter cavalcare i nuovi trend dell'innovazione digitale, con gap ancora più rilevanti per i medici più anziani. In particolare, per quanto riguarda le competenze digitali di base (Digital Literacy) legate all'utilizzo di strumenti digitali o applicazioni nella vita quotidiana: circa il 60% dei medici specialisti e dei Medici di Medicina Generale (MMG) ha un livello competenze almeno sufficiente nell'utilizzo di strumenti digitali per svolgere attività che fanno ormai parte della quotidianità (utilizzare chat, effettuare video- chiamate, acquistare online), con percentuali che si riducono notevolmente però per gli over 65. Mentre per quanto riguarda le competenze digitali professionali (e-Health Competences) relative all'utilizzo di tecnologie e applicazioni nell'attività lavorativa, emerge che ancora molti medici non utilizzano gli strumenti digitali (es. la Cartella Clinica Elettronica) e non hanno ancora potuto sviluppare le competenze ad essi associate.

8. Salute mentale

Non era una priorità prima, figuriamoci adesso. La salute mentale, da tempo trascurata e sottofinanziata dai governi di tutto il mondo, ha ricevuto il colpo di grazia con la pandemia. Con il paradosso che proprio quando i disturbi mentali aumentano (e in Italia a farne le spese sono più che in passato i giovani tra i 18 e i 34 anni), i servizi sanitari a loro dedicati diminuiscono.

Le problematiche segnalate dai cittadini al Pit Salute in tema di salute mentale narrano della disperazione per la gestione di una situazione ormai diventata insostenibile a livello familiare (28%), nella protesta per la scarsa qualità dell'assistenza fornita dai Dipartimenti di Salute Mentale (24%), nelle difficoltà di accesso alle cure pubbliche (20%), nell'incapacità di gestire gli effetti collaterali delle cure farmacologiche (12%), nello strazio legato alle procedure di attivazione del trattamento sanitario obbligatorio (8%).

Dai dati dell'ultimo "Rapporto salute mentale, Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)" di Ottobre 2021, emerge una disparità territoriale alquanto marcata in termini di numeri di strutture, personale, prestazioni erogate e costi:

- In Italia si contano 126 Dipartimenti per la Salute Mentale (DSM) e 1299 strutture territoriali: per 100mila abitanti, è la Toscana a registrare il valore più alto (7,5 strutture), seguita da Valle d'Aosta (5,7) e Veneto (4,4). Ben 15 le Regioni che presentano valori inferiori alla media nazionale (pari a 2,6).
- Per quanto riguarda il personale, la Liguria con 13,8 presenta il miglior rapporto medici/abitanti, seguita da Toscana e PA Trento (12,8 ciascuno). Anche in questo caso sono oltre la metà, ben 13, le Regioni che presentano dati inferiori alla media nazionale (pari a 9): maglia nera a Veneto (5,9) e Marche (6).
- Analogamente, il miglior rapporto psicologi/abitanti lo si registra in Valle d'Aosta (16), seguita da PA Trento (10,6); agli antipodi Basilicata (0,9) e Piemonte (1,3). La media nazionale è di 3,3 psicologi ogni 100mila abitanti.
- Per quanto riguarda la presenza di infermieri (su base nazionale in media se ne contano 21,6 ogni 100mila abitanti) il miglior rapporto in relazione alla popolazione lo si trova nella PA Bolzano (34,7),

in Liguria (34,5) e Friuli-Venezia Giulia (34,3). In fondo alla classifica figurano invece Abruzzo (13,1), Calabria (13) e nuovamente la Basilicata (11,9).

- A livello nazionale si contano oltre 8 milioni di prestazioni erogate ad oltre 700mila pazienti, la metà dei quali (51%) vive in famiglia o con altri familiari: in media, 12 prestazioni erogate, con picchi in Friuli-Venezia Giulia (41,2 prestazioni in media a paziente) seguita da Toscana (22,3) ed Emilia-Romagna (20), che registra il numero più alto in assoluto di prestazioni erogate nell'anno, ben 1.402.347. In fondo a questa classifica, la Valle d'Aosta con 15.725 prestazioni.
- Abissali le disparità relative al costo dell'assistenza territoriale per paziente: si va dai 469€ della Basilicata ai 7726€ della Sardegna, con un costo medio per prestazione che può oscillare dai 35,89€ del Friuli-Venezia Giulia ai 715,89 della Sardegna!

Poche le attenzioni che il PNRR ha dedicato al tema, accolto molto male il bonus psicologico, bollato come una "soluzione peggiore del problema", le aspettative sono riposte nelle *"Disposizioni in materia di potenziamento dell'assistenza a tutela della salute mentale e dell'assistenza psicologica e psicoterapica"* del Decreto legge 228 di fine 2021 e nelle recentissime *"Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali"* (documento trasmesso dal Ministero della Salute alla Conferenza delle Regioni e Province Autonome a fine aprile 2022).

Negli ultimi anni abbiamo assistito ad un progressivo impoverimento dei Dipartimenti di salute mentale e, più in generale, ad una scarsa attenzione alla prevenzione dei disturbi e delle malattie mentali che sono invece in grande aumento. C'è molto lavoro da fare ancora per ridurre il divario tra questi bisogni e le risposte che devono essere garantite. Quello che colpisce è quanto sia ancora vivo lo stigma legato alla malattia mentale.

Per aggredire tali criticità è imprescindibile lavorare a più livelli sulle priorità strategiche del sistema di presa in carico del disagio mentale, condivise a livello internazionale da esperti e Istituzioni: in primo luogo investire su una medicina territoriale incentrata su servizi di prossimità a persone e comunità, in cui sia centrale la "rete" di collaborazione tra attori e stakeholder del sistema.

9. Assistenza Ospedaliera

Servizi per le emergenze dalle segnalazioni dei cittadini

Le segnalazioni ricevute dai Pit sul territorio e dagli sportelli di tutela, notiamo subito che ben il 74,7% delle segnalazioni in questo ambito ha riguardato l'Emergenza e Pronto soccorso.⁴ Le segnalazioni più frequenti su Emergenza e Pronto Soccorso riguardano: l'eccessiva attesa per completare il percorso (55,1%), la mancanza di confort (38,8%), la mancanza di posti letto in reparto per ricovero (28,6%).

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

Il 51,7% degli ospedali pubblici risulta dotato nel 2019 di un dipartimento di emergenza e oltre la metà del totale degli istituti (67,2%) di un centro di rianimazione. Il pronto soccorso è presente nell' 80,2% degli ospedali. Vi sono delle realtà regionali con delle percentuali sicuramente più esigue e sotto la media sia per la presenza di DEA sia di pronto soccorso; è l'esempio di Veneto (47,8 DEA e 65,2 PS) e Lazio (47,2% DEA e 73,8% PS). Particolarmente sguarnite di Dipartimenti di emergenza e PS risultano soprattutto la Basilicata (11,1% DEA e 22,2% PS), Molise (20% DEA e 60% PS). Sui pronto soccorso pediatrici la variabilità è ancora più marcata con la Puglia e le Marche con una sola struttura, il Veneto con 2 strutture (8,7%) Calabria con 2 strutture (8,7%). Rispetto alle rianimazioni, a fronte di una presenza media di centri del 67,2%, la carenza è riscontrabile in particolare per la P.A di Trento (25%), Basilicata (22,2%) e Calabria (52,2%).

Strutture di ricovero pubbliche

Nel 2019 le strutture di ricovero pubbliche in Italia sono 515. Il 63,9% delle strutture pubbliche è costituito da ospedali direttamente gestiti dalle Aziende Sanitarie Locali, il 10,3% da Aziende Ospedaliere, ed il restante 26,3% dalle altre tipologie di ospedali pubblici. Tra il 2015 e il 2019 il numero di strutture di ricovero pubbliche mostra un decremento costante (da 546 a 515), come pure in decremento, anche se meno marcato, il numero di posti letto pubblici in degenza ordinaria (da 2,6% a 2,5%).

Posti letto

A livello nazionale sono disponibili 3,5 posti letto ogni 1.000 abitanti, in particolare i posti letto dedicati all'attività per acuti sono 2,9 ogni 1.000 abitanti. Pur essendo un fenomeno comune agli altri Paesi europei, è indubbio che con il dato di 3,5 posti letto per 1000 abitanti, il nostro si pone ben al di sotto degli standard di Francia e Germania che hanno, rispettivamente 6 e 8 posti, accomunando la nostra condizione a quella di Spagna e Gran Bretagna con 3 e 2,5 posti per mille abitanti. La distribuzione risulta piuttosto disomogenea a livello territoriale. Infatti 8 Regioni, prevalentemente del sud (Piemonte, PA di Trento, Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia) registrano percentuali al di sotto dello standard previsto dal DM 70/15 (3 posti letto per 1000 abitanti), è il caso in particolare della Calabria con 2,5 posti letto per 1000 abitanti e la Campania con il 2,7. Altre Regioni al contrario presentano percentuali ben oltre la media come nel caso del Friuli Venezia Giulia con 3,3 e la Sardegna sempre con il 3,3. I posti letto destinati alla riabilitazione e lungodegenza sono 0,6 ogni 1.000 abitanti con una notevole variabilità regionale molto distante dallo standard previsto dello 0,7 per 1000 abitanti. Sono 12 in questo caso le regioni che non raggiungono lo standard previsto; si passa da uno 0,2% della Sardegna e uno 0,3% della Toscana ad un 1,1% della PA di Trento e ad un 1% del Piemonte.

⁴ Ricordiamo che le segnalazioni sull'assistenza ospedaliera sono l'11,4% del totale delle segnalazioni (13748) ricevute dai Pit salute e sportelli di tutela nel 2021.

Dimissioni ospedaliere nelle segnalazioni dei cittadini

Le problematiche principali in ambito di dimissioni ospedaliere segnalate dai cittadini ai nostri servizi di tutela sul territorio nel 2021, sono scarso raccordo tra ospedale e territorio nella fase di dimissioni (40,8%) dimissione prematura rispetto alle condizioni (30,6%). Tali segnalazioni si legano spesso alla carenza di posti letto e alla conseguente necessità di dover dimettere prematuramente.

Misure per il potenziamento infrastrutturale in emergenza covid: posti letto TI e Pronto soccorso

Il decreto-legge n. 34/2020, ha previsto 1.413,1 milioni destinati ad interventi in conto capitale e vincolati alla validazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera presentati dalle regioni. Si tratta di investimenti per il potenziamento dell'assistenza ospedaliera, di cui 606,3 milioni per adeguare la dotazione di posti letto in Terapia Intensiva, 611,5 milioni per i posti letto in Terapia Semi-Intensiva, 192,7 milioni per interventi di ristrutturazione nei PS per la separazione dei percorsi ospedalieri tra pazienti Covid-19 e non, nell'ambito della Rete dell'emergenza-urgenza ospedaliera (DEA + PS) e 12,6 milioni per interventi nei DEA II Livello. Ebbene, a fine aprile 2021 in base al monitoraggio condotto dal Ministero della salute risultava una attuazione ancora parziale: l'attuazione dei lavori relativi al potenzialmente strutturale delle dotazioni di terapia intensiva risultava compiuto solo al 25,7% con differenze particolarmente pronunciate tra regioni: in Valle d'Aosta, Molise e Basilicata il monitoraggio non segnala alcun progresso; nel caso della Provincia Autonoma di Bolzano erano stati completati i lavori mentre in Emilia-Romagna e in Abruzzo l'attuazione è al di sopra del 75%. Simile l'attuazione delle postazioni di semi-intensiva: dei 4.238 posti letti previsti, ne erano stati portati a termine il 25,5%, 1081 posti letto. Sono sei le regioni dove non si segnalano progressi, mentre vicine o superiori al 50% sono le realizzazioni in Piemonte, Veneto, Abruzzo e Campania. Gli interventi previsti sui Pronti soccorsi sono 474: 65 di questi sono stati realizzati (il 13,7 %). In ultimo nei programmi era prevista anche l'implementazione dei mezzi di trasporto sanitario. Delle 230 ambulanze previste ne erano state acquistate 108 (il 47 % del totale) e consegnate e collaudate 44 di cui 29 in Campania e 9 in Emilia-Romagna. Nel frattempo, come si è visto, l'intero quadro degli interventi previsti con il d.l. 34/2020 è stato inserito nel PNRR e ne è stata prevista la realizzazione entro il 2026.

La dotazione di personale del SSN

Il permanere per un lungo periodo di vincoli alla dinamica della spesa per personale e le carenze, specie in alcuni ambiti, di personale specialistico. Come messo in rilievo, a seguito del blocco del turn-over nelle Regioni in piano di rientro e delle misure di contenimento delle assunzioni adottate anche in altre Regioni (con il vincolo alla spesa), negli ultimi dieci anni il personale a tempo indeterminato del SSN è fortemente diminuito. Con riferimento al decennio 2009-2018, **il personale dipendente a tempo indeterminato del comparto Sanità è diminuito complessivamente del 6,5%**, passando da 693.600 unità del 31/12/2009 a 648.507 del 31/12/2018. Tale contrazione di risorse ha finito per generare, nel medio periodo, una grave carenza di professionisti sanitari nelle strutture, che con riferimento soprattutto ad alcuni settori, ha comportato difficoltà nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sanitari.

Le misure per il potenziamento delle dotazioni di personale

La situazione emergenziale ha ulteriormente acuito le difficoltà del sistema e, pertanto, sin dal manifestarsi della pandemia, si è reso necessario adottare misure del tutto straordinarie per consentire alle regioni e Province autonome di poter reclutare, in tempi rapidissimi, professionisti con rapporti di lavoro flessibile. Sono state stanziati apposite risorse finanziarie, ulteriormente incrementate con il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 e successivamente con la legge di bilancio per il 2021. Sulla base dei dati trasmessi dalle regioni e Province autonome a fine aprile 2021, risultano essere state reclutate a vario titolo dall'inizio della emergenza sanitaria 83.180 unità di personale. Si tratta per il 25,7% di medici (21.414) e per il 38,5 percento di infermieri (31.990). Il restante personale (29.776 unità) è costituito da operatori sociosanitari ed altre professionalità necessarie per fronteggiare l'emergenza sanitaria (tecnici di radiologia, tecnici di laboratorio, assistenti sanitari, biologi, etc.).

La dotazione di apparecchiature per la diagnosi nelle Regioni

La presenza di apparecchiature tecnico-biomediche (nelle strutture ospedaliere e territoriali) risulta in aumento nel settore pubblico, ma la disponibilità è fortemente variabile a livello regionale. Esistono presso le strutture di ricovero pubbliche circa 75,9 mammografi ogni 1.000.000 di abitanti con valori molto superiori alla media come in Valle d'Aosta (168,1) e Basilicata (126,3). Ben al di sotto della media nazionale troviamo tuttavia regioni del sud come la Campania con 45,9 mammografi per 1.000.000 di abitanti e la Calabria con 55,5. Per la dotazione di TAC valori bassi li troviamo ancora una volta in Campania 15,6 e Veneto 16,7 apparecchiature per milione di abitanti e per la dotazione di risonanze magnetiche Campania (4,4) e Piemonte 9,5 sono le Regioni con minor numero di apparecchiature per milione di abitanti.

Oltre al numero la qualità delle apparecchiature

L'11% delle segnalazioni raccolte dai nostri servizi di tutela nel 2021 nell'ambito della sicurezza delle cure⁵ riguarda i macchinari/apparecchiature diagnostiche. I dati relativi alle condizioni delle strutture sanitarie sono spesso confermati dalle cronache quotidiane, nonché dai dossier istituzionali: vi sono reparti inutilizzati, macchinari in cantina (e quelli in funzione sono vecchi e obsoleti). I macchinari necessari per la fase diagnostica sono spesso in condizioni fatiscenti, o si guastano in maniera improvvisa e ripetuta; le ripercussioni di queste circostanze sono a diretto carico del cittadino, che è costretto ad una riprogrammazione della prestazione, con l'emergere di possibili rischi in termini di tempismo di diagnosi e di scelte cliniche successive.

Le principali criticità segnalate relative ai macchinari sono:

- Esame/visita annullata o spostata per malfunzionamento macchinari (14,3%),
- blocco prestazione esterne (ai ricoveri) per indisponibilità-malfunzionamento macchinari (12,2%)
- numero insufficiente di macchinari (10,2%)

Secondo i dati del Ministero della salute⁶ risulta che in Italia in media negli ospedali pubblici e privati convenzionati il **36% dei macchinari ha più di 5 anni e il 32% oltre 10**. Ciò rischia di compromettere la qualità delle prestazioni e l'efficienza del sistema, e può avere un effetto negativo sulla fiducia dei cittadini nel sistema sanitario. L'investimento previsto dalla componente 2 della Missione 6 del PNRR prevede una spesa di 1,19 miliardi di euro per la sostituzione delle apparecchiature sanitarie. Tali spese riguardano la sostituzione di 1.568 apparecchiature entro il terzo trimestre del 2023, e la sostituzione delle restanti 1.565 apparecchiature entro la fine del 2024. L'investimento quindi sarà destinato all'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero (**3.133** nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico: TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Mammografi, Ecotomografi ecc) caratterizzate da una vetustà maggiore di 5 anni, sia con interventi finalizzati al potenziamento del livello di digitalizzazione di 280 strutture sanitarie sede di Dipartimenti di emergenza e accettazione. In Lombardia saranno finanziate 423 nuove apparecchiature, in Veneto 301, in Emilia Romagna 207, in Lazio 400, in Sicilia 214, ecc [vedi dettaglio regionale](#)⁷

Mobilità sanitaria dai dati dei cittadini ai dati ufficiali

Le criticità maggiori emergono dall'esame delle schede di dimissione ospedaliera⁸, che evidenziano nel 2019 una mobilità passiva extra-regionale (misurata dall'incidenza dei ricoveri fuori regione dei residenti

⁵ cfr con allegato dati pit salute 2021-sicurezza delle cure

⁶ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2678_allegato.pdf

⁷ <https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/sanita-tac-risonanze-ed-ecografi-obsoleti-cosa-si-rischia-quali-macchine-evitare/84822c80-d8f4-11eb-8266-a744dc7bc2d8-va.shtml>

⁸ chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3002_allegato.pdf

sul totale dei ricoveri per acuti in regime ordinario), pari in media all'8,3% e che coinvolge oltre 489.800 ricoveri su un totale di circa 5,9 milioni. Tuttavia, mentre nelle regioni non in Piano essa è spesso accompagnata da un'elevata mobilità attiva (misurata dal rapporto tra il numero delle dimissioni di pazienti non residenti nella regione e il totale dei ricoveri effettuati in regione), in quelle in Piano il saldo resta negativo, con valori particolarmente elevati in **Calabria**, che evidenzia una mobilità passiva del 19,6 % nel 2019, da correlare alla scarsa qualità delle erogazioni prestate; in **Campania**, dove a un valore della mobilità passiva stabile al 9,7 % fanno riscontro ricoveri da fuori regione per appena il 2,9 %; in **Sicilia**, che con una mobilità passiva al di sotto del parametro di riferimento (7,5 %) evidenzia un saldo negativo data una mobilità attiva estremamente contenuta (1,8 %); anche nel **Lazio** il flusso in entrata (8,6 %) non riesce a compensare quello in uscita (9,1 %).

Si conferma il caso del Molise che, a fronte di una mobilità passiva pari al 28,6 %, presenta una mobilità attiva del 29,7 %, da porre in relazione alla presenza nel territorio della sede di una delle strutture ospedaliere italiane di maggior prestigio. Tra le regioni non in Piano, si confermano quali **poli di attrazione Lombardia, Veneto, FVG, la PA di Bolzano ed Emilia-Romagna al Nord, Toscana e Umbria al Centro**. Evidenziano invece una mobilità passiva elevata ed un saldo negativo, oltre alla Sardegna, anche la Liguria, la P.A. di Trento, le Marche e la Basilicata, nonostante attraggano un flusso significativo da fuori regione. Quasi in equilibrio VdA e il Piemonte. Il quadro è sostanzialmente confermato se si guarda non soltanto agli acuti in RO, ma anche agli altri ricoveri fuori regione (acuti in *Day Hospital*, lungodegenza e riabilitazione). Sono confermati rispetto agli anni precedenti i flussi direzionali: al Nord si rileva una mobilità che riguarda principalmente le regioni di confine, fenomeno in gran parte fisiologico che si riscontra anche al Centro nelle regioni caratterizzate da un buon livello della qualità delle cure; mentre dal Sud i pazienti si dirigono verso il Lazio, Emilia-Romagna, Toscana e Lombardia. È quest'ultima in ogni caso il luogo di preferenza per i ricoveri per particolari patologie, come nel caso di tumori e terapie collegate, con un afflusso pari al 29,5 % degli oltre 54.550 pazienti che si curano fuori regione, mentre Emilia e Lazio ne assorbono rispettivamente il 10,8 e il 12,1 % provenienti principalmente dal Sud. Lazio, Emilia-Romagna, Toscana insieme alla Liguria si confermano, per i particolari livelli di eccellenza delle strutture sanitarie pediatriche presenti nel territorio, il centro di riferimento per i ricoveri da fuori regione della popolazione tra 0 e 17 anni.

10. Accesso ai farmaci

L'accesso ai farmaci secondo i cittadini

Nel 2021 i cittadini indicano le maggiori difficoltà di accesso ai farmaci nella non disponibilità dei farmaci in farmacia (35,7%) metà di queste segnalazioni riguarda le farmacie ospedaliere. L'indisponibilità di un farmaco può riferirsi sia all'assenza del farmaco nei punti di erogazione (farmacia ospedaliera, della ASL e di comunità) con la conseguenza di determinare l'impossibilità per il cittadino di accedere alla terapia; oppure all'irreperibilità momentanea a causa del ritardo nella consegna del medicinale. La seconda voce di segnalazione riguarda i costi per farmaci (21,4%). I costi per le terapie farmacologiche necessarie al trattamento di una o più patologie rappresentano una delle principali difficoltà espressa dai cittadini, specialmente nel caso di farmaci che non sono erogati dal Servizio Sanitario Nazionale in regime di rimborsabilità, ma che il cittadino deve acquistare di tasca propria: es. farmaci in fascia C, parafarmaci e integratori. Incide, inoltre, sulla spesa la cosiddetta compartecipazione a carico del cittadino per ticket per confezione e per differenza di prezzo quando si acquista un medicinale "brand", quando è disponibile un prodotto equivalente. Al terzo posto delle segnalazioni relative ai farmaci troviamo le criticità relative ai farmaci con nota (17,9%).

La spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) è stata **nel 2020 pari a 30,5 miliardi di euro, stabile rispetto all'anno precedente; essa rappresenta un'importante componente della spesa sanitaria nazionale che incide per l'1,8% sul Prodotto Interno Lordo (PIL). La spesa pubblica**, con un valore di 23,4 miliardi, rappresenta il 76,5% della spesa farmaceutica complessiva e il 18,9% della spesa sanitaria pubblica, ed è rimasta pressoché stabile rispetto al 2019 (-0,8%). Nel 2020 la spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata, è stata pari a 20,5 miliardi di euro con una diminuzione del 2,6% rispetto all'anno precedente. La spesa a carico dei cittadini evidenziata in tabella, comprendente la quota della compartecipazione (ticket regionali e differenza tra il prezzo del medicinale a brevetto scaduto e il prezzo di riferimento) per i medicinali di classe A acquistati privatamente e quella dei farmaci di classe C, ha registrato un totale di **8,7 miliardi di euro** con una riduzione del 2,0% rispetto al 2019

Spesa e consumi di farmaci oncologici

Analizzando la spesa pro capite regionale rispetto al valore medio nazionale (65,28 euro), le Regioni del Centro tendono a spendere di più (69,43 euro) rispetto alle Regioni del Sud (68,47 euro) e del Nord (61,29 euro). La profonda variabilità (CV 61%) è evidente dalla differenza tra il valore di spesa più basso della Valle d'Aosta (43,77 euro), che registra inoltre una riduzione del 2,8%, e il valore più alto dell'Umbria (78,46 euro), che risulta in aumento del 9% rispetto al 2019. La Sardegna è la Regione che presenta un consumo maggiore, ma un costo medio DDD più basso rispetto alla media nazionale. La PA di Bolzano, l'Emilia Romagna, la Calabria e il Molise sono invece le Regioni a presentare un consumo inferiore, ma un costo medio DDD più elevato. La variabilità regionale risulta essere maggiore per la categoria degli anticorpi monoclonali bloccanti l'azione dei fattori di crescita che mostrano un range ampio (6,52-16,27 euro).

Compartecipazione farmaci

La compartecipazione del cittadino nel 2020 (comprensiva sia **ticket regionali** sia la **differenza di prezzo** tra farmaco brand (originator) e farmaco equivalente) è di **€ 1.487 milioni**. Solo il **27,5%** è riferibile al ticket fisso mentre il **72,5%** è imputabile al differenziale di prezzo tra farmaco originator (brand) e farmaco equivalente. Ogni cittadino spende di tasca propria, per la quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto **€ 18,06**. La spesa pro capite per compartecipazione più elevata si registra al Sud e nelle Isole (23,0 euro), mentre quella minore al Nord con 13,88 euro,

discostandosi dal valore medio nazionale rispettivamente del +27,3% e del -23,2%. Campania e Calabria sono le Regioni con i valori di spesa più elevati (rispettivamente 24,90 e 24,82 euro), mentre le PA di Trento e Bolzano registrano i valori più bassi, rispettivamente pari a 11,76 e 12,57 euro.

Farmaci a brevetto scaduto e equivalenti

Nel 2020 i farmaci a brevetto scaduto hanno costituito il 67,6% della spesa e l'84,8% dei consumi in regime di assistenza convenzionata di classe A. La quota percentuale dei farmaci equivalenti, ossia i medicinali a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto di copertura brevettuale, hanno rappresentato il 20,5% della spesa e il 30,7% dei consumi. La percentuale di utilizzo dei farmaci equivalenti, nel 2020 è stata pari al 36,2%. Le Regioni del Nord consumano una percentuale maggiore di equivalenti (45,9%), rispetto a quelle del Centro (33,9%) e del Sud (26%). Infatti il valore maggiore si è registrato nella PA di Trento (51,2%), mentre quello più basso in Basilicata (22,3%). Il ricorso alle cure equivalenti nel primo semestre 2021 continua ad essere privilegiato al Nord (38,2% a unità e 30,6% a valori), rispetto al Centro (27,5% a unità e 23,2% a valori) e al Sud (22,6% a unità e 19,1% a valori), a fronte di una media Italia del 30,5% a confezioni e del 25,2% a valori

Spesa e consumo dei farmaci innovativi

Nell'anno 2020 la spesa per i farmaci innovativi è stata pari a 2,0 miliardi di euro, in netto aumento rispetto al 2019 (+16,0%). Sul versante dei consumi, nel 2020 sono stati dispensati 19,1 milioni di dosi giornaliere rispetto ai 14,4 milioni del 2019, con un incremento del 32,6%. Le Regioni che presentano la maggior spesa per i farmaci innovativi nell'anno 2020 (Tabella 5.1.4) sono la Lombardia (333,7 milioni di euro), il Lazio (198,2 milioni di euro) e la Campania (192,2 milioni di euro) con un'incidenza percentuale sulla spesa totale rispettivamente del 16,6%, del 9,9% e del 9,6%. Tali Regioni evidenziano nel 2020 anche un aumento sia della spesa sia dei consumi, rispetto all'anno precedente.

Accesso ai Fondi farmaci innovativi

La spesa è cresciuta in maniera molto significativa in tutte le Regioni. In alcune è anche quasi raddoppiata. La **Lombardia** e la **Campania** sono le Regioni in cui si registra la maggiore spesa per i farmaci innovativi non oncologici e per quelli **innovativi oncologici Lombardia e Lazio**.

Nel 2020 la spesa è stata pari a 454,5 milioni di euro per gli innovativi non oncologici e a 1.113,0 milioni di euro per gli innovativi oncologici. Se si considerano i valori al netto dei payback relativi agli accordi di rimborsabilità condizionata, la spesa per gli innovativi non oncologici è stata pari a 307,6 milioni di euro e quella per gli innovativi oncologici di 964,2 milioni di euro. Rispetto al 2019, mentre la spesa (al netto dei payback) dei farmaci innovativi non oncologici è in riduzione del 25,6% (nel 2019 era pari a 413,3 milioni di euro), la spesa dei farmaci innovativi oncologici ha registrato una notevole crescita dell'86,7% (nel 2019 era pari a 516,4 milioni di euro)

CAR-T

In considerazione dell'elevata expertise necessaria per ottimizzare l'efficacia e la sicurezza di questi trattamenti, le terapie con CAR-T sono effettuabili unicamente in centri di riferimento identificati dalle Regioni sulla base di un'elevata specializzazione nella gestione delle terapie cellulari, e successivamente "qualificati" dal titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC), in ottemperanza con le specifiche misure per la gestione del rischio approvate dall'Agenzia Europea del Farmaco (EMA) per questi prodotti. Il processo di attivazione e qualificazione dei centri per l'erogazione di terapie CAR-T è ancora in corso: al 31/12/2020 (data analisi Registri), risultavano qualificati per la somministrazione di Yescarta e Kymriah (due prodotti CAR-T disegnati per riconoscere, una molecola presente nella maggior parte delle neoplasie della linea B linfocitaria) **20 centri su tutto il territorio nazionale** ma è ancora presente una disomogeneità nella distribuzione territoriale, con il **70% dei centri qualificati riscontrabili e in sole 4 Regioni (Lazio, Lombardia, Piemonte e Toscana)**.

Tetti di Spesa Regionali

Con la Legge di Bilancio 2022, il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti è rideterminato nella misura dell'8 per cento per l'anno 2022 (oggi è fissato 7,65%), dell'8,15 per cento per l'anno 2023 e dell'8,30 per cento a decorrere dall'anno 2024. Resta fermo il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali (0,20%). Resta invece fermo il limite della spesa farmaceutica convenzionata nel valore del 7 per cento. Conseguentemente il tetto complessivo della spesa farmaceutica è rideterminato nel 15,20% per cento per l'anno 2022 (oggi è il 14,85%), nel 15,35 per cento nell'anno 2023 e nel 15,50 per cento a decorrere dall'anno 2024

11. Cronicità e malattie rare

Nel 2016 finalmente ha visto la luce il Piano nazionale della Cronicità (PNC), alla cui stesura ha partecipato attivamente il Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici di Cittadinanzattiva ed alcune delle Associazioni in esso presenti per la parte riguardante le singole classi di patologie.

Il documento ridisegna, quindi, la presa in carico delle persone affette da malattie croniche, mettendo in campo una serie di strumenti che dovranno necessariamente dialogare e interfacciarsi: dai sistemi informativi a quelli di valutazione, da modelli di remunerazione delle prestazioni degli erogatori all'elasticità dei luoghi di somministrazione delle cure, dai sistemi di accreditamento e autorizzazione all'impiego più ampio possibile della telemedicina.

Diversi sono i modelli di gestione della cronicità che le Regioni stanno implementando per recepire il PNC e ancora più diversificati sono i tempi di recepimento di attuazione dello stesso con una forte disomogeneità territoriale di presa in carico del paziente cronico.

Le malattie croniche colpiscono il **40% della popolazione italiana**. In prospettiva, l'aumento dei "grandi vecchi" porterà ad una conseguente maggiore diffusione della cronicità, la lotta alle malattie croniche rappresenta una priorità di salute pubblica, sia nei Paesi più ricchi che in quelli più poveri. Da qui la necessità di investire nella prevenzione e nel controllo di queste malattie, da una parte riducendo i fattori di rischio a livello individuale, dall'altra agendo in maniera interdisciplinare e integrata per rimuovere le cause delle cause.

Per quanto riguarda le malattie più diffuse, in una lista di 22 malattie (tante sono quelle prese in considerazione dallo studio dell'Istituto di statistica), **le patologie più diffuse per entrambi i sessi sono artrosi (47,6%), ipertensione (47%), patologia lombare (31,5%) e cervicale (28,7%), iperlipidemia (24,7%), malattie cardiache (19,3%) e diabete (16,8%). A seguire, per gli uomini, i problemi di controllo della vescica (12%). Per le donne la depressione (15%), le allergie (14,1%) e l'incontinenza urinaria (13,7%).**

Il Covid-19 ha interrotto controlli e screening, ha chiuso in casa tutti per molto tempo, soprattutto gli anziani, insomma di fatto, in questo anno e mezzo, ha impattato sia sullo stile di vita, con un aumento della sedentarietà, che sulla prevenzione, con una decisa diminuzione delle analisi, dalle più semplici come il colesterolo, a quelle oncologiche.

Malattie rare

Le malattie rare sono delle patologie che si trovano con prevalenza molto bassa nella popolazione. Viene considerata rara, infatti, ogni malattia che colpisce non più di 5 abitanti su 10.000. Si tratta di forme croniche, spesso degenerative, disabilitanti e condizionanti in termini psicologici e sociali. Sono inoltre fenomeni molto complessi, non solo per la numerosità e la diversità delle sue forme, ma anche per la grande variabilità di sintomi e segni.

Anche se la l'incidenza di queste patologie sulla popolazione è poco elevata, nel mondo sono state riscontrate tra 7000 e 8000 patologie rare. L'80% è di origine genetica, il restante 20% riguarda malattie acquisite. In Europa si stima che le persone affette da tali patologie siano circa 20-30 milioni. **In Italia ci sarebbero circa 2 milioni di malati, moltissimi dei quali in età pediatrica.**

Il 3 novembre 2021 il Testo Unico sulle malattie rare è diventato legge: «Disposizioni per la cura delle malattie rare e per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani». Per la prima volta in Italia c'è una Legge dello Stato sulle malattie rare, l'impatto di questa legge, pur centrata su malattie rare, riguarderà tantissime persone, a questi si aggiunge un corposo esercito di caregivers, costretti ad affrontare numerose difficoltà nell'assistenza dei propri cari.

Dei cinque differenti atti necessari alla piena attuazione del Testo Unico, ben quattro sono stati dimenticati, ancora una volta alla legge non sono seguiti i decreti attuativi e non vengono rispettate le scadenze previste

La prima scadenza fissata dal legislatore era quella del **10 febbraio 2022, data entro la quale doveva essere nominato** con decreto ministeriale il **Comitato Nazionale per le Malattie Rare**, un organismo che nelle intenzioni del legislatore deve assicurare la partecipazione di tutti i soggetti portatori di interesse alla realizzazione delle politiche in materia di malattie rare. Sono passati quasi tre mesi dalla data fissata e il **decreto non c'è**. Rispettare le scadenze poste per dare attuazione ad una legge approvata dopo ampi confronti con le associazioni dei pazienti e il mondo civico, significa rendere esigibili i diritti delle persone con malattie croniche e rare e delle loro famiglie ma anche rispettare la volontà del Parlamento che ha approvato il Testo Unico all'unanimità⁹.

La prima scadenza fissata era quella del **12 marzo, data entro la quale** doveva essere approvato il secondo **Piano Nazionale per le Malattie Rare e riordino della Rete Nazionale per le Malattie Rare**, e sempre entro questa data doveva essere siglato un **accordo in Conferenza Stato Regioni per definire le modalità per assicurare un'adeguata informazione dei professionisti sanitari, dei pazienti coinvolti e delle loro famiglie**. Sempre entro il **12 marzo** il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministero della Salute e col Ministero dell'Economia e delle Finanze, previa intesa della Conferenza Stato Regioni, sentito l'INPS, doveva emanare il **decreto di Istituzione del Fondo di Solidarietà per le persone affette da malattie rare**. Anche in questo caso si tratta di un ritardo di quasi due mesi.

Il fondo andrà a soddisfare solo una parte dei bisogni delle persone con gravissima invalidità dovuta a malattie rare o croniche ma è pur sempre una importante base di partenza e, una volta istituito, si potrebbe anche rifinanziare. Senza questo decreto però non solo non si può fare di meglio, ma si rischia di perdere anche il milione di euro già stanziato, un lusso che le persone con gravi disabilità non possono proprio permettersi.

C'è poi un'ultima scadenza, importantissima, quella del **12 giugno, data entro la quale deve essere approvato** dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Università e della Ricerca, un **regolamento per stabilire i criteri e le modalità di attuazione degli incentivi fiscali per la ricerca previsti dal Testo Unico**.

Il punto di vista dei pazienti: analisi regionale dal Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità¹⁰

Per il diciannovesimo Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità abbiamo voluto scattare **una fotografia sulla rispondenza del SSN ai bisogni di salute dei pazienti cronici e rari**. Una prospettiva del tutto particolare, che rende unico e originale questo Rapporto poiché in grado di esplicitare la reale dinamica della relazione e della percezione del SSN da parte dei pazienti e cittadini.

L'informazione civica, vale a dire una informazione prodotta direttamente dai pazienti, riportata attraverso il presente Rapporto permette di analizzare e evidenziare le questioni più calde per i pazienti e per i familiari, quindi le priorità da cui partire per far corrispondere ai bisogni espressi le risposte e gli interventi appropriati.

I dati contenuti nel presente Rapporto sono il risultato di una ricognizione che ha interessato 2.990 persone affette da patologia cronica e rara e loro familiari su tutto il territorio nazionale. Informazioni ed esperienze sperimentate quotidianamente dai pazienti al fine di individuare ed evidenziare le difficoltà sperimentate nella gestione della propria patologia anche a seguito dell'emergenza sanitaria.

L'intento è quello di far comprendere, soprattutto alle istituzioni cosa significa vivere quotidianamente con una patologia cronica e rara e trovare servizi non sempre efficienti e troppo spesso inadeguati che rendono poco esigibile il diritto alla cura, il diritto ad una qualità di vita migliore e il diritto a mantenere una qualità acquisita su tutto il territorio nazionale.

⁹ <https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/14823-malattie-rare-attuazione-del-testo-unico-gia-in-ritardo.html>

¹⁰ <https://www.cittadinanzattiva.it/notizie/14609-presentato-il-xix-rapporto-nazionale-sulle-politiche-della-cronicita.html>

Screening programmati

I dati raccolti, suddivisi per Regione, testimoniano intanto che tale difficoltà di accesso agli screening programmati hanno pesato complessivamente in tutte le realtà regionali ma con peso e impatto diverso. Infatti, guardando al periodo marzo-settembre 2020 in pratica abbiamo un range di difficoltà di accesso agli screening programmati che va dal 62,5% della Basilicata al 15,8% del Molise. Ci sono poi 14 Regioni che si posizionano tra il 29 e il 50% segnalando quindi con questa distribuzione una diversa modalità di risposta al tema dell'accesso agli screening ed alla risposta introdotta in questo periodo.

Prestazioni diagnostiche, visite e ricoveri

Si conferma la tendenza delle forti difficoltà del periodo pandemico (marzo/settembre 2020) con un range in alto della Basilicata con il 61,5% e un dato minore del 18,6 del Friuli Venezia-Giulia. Mentre in relazione al post pandemia il nucleo delle Regioni che danno segnali di recupero, seppur timidi, è più limitato: Basilicata, Campania, Lazio, Marche e Veneto.

Tutte le altre, a parte Abruzzo e Valle d'Aosta ferme al 40% e al 50%, segnalano peggioramento anche dopo la fine della fase più dura della pandemia con alcuni casi di balzi notevoli in avanti di peggioramento della situazione.

Le criticità nell'area delle vaccinazioni routinarie per adulti ci riportano che nel periodo marzo/settembre 2020 avevamo un range in alto tenuto dalla Campania con il 40,7% e quella con il range più basso al 20% del Molise. Successivamente un nutrito gruppo di Regioni ha dato un saldo attivo dimostrando capacità di riorganizzarsi, mentre altre hanno segnalato un peggioramento del dato: Abruzzo, Molise, Toscana.

Le criticità nell'area accesso prestazioni diagnostiche ci riportano che nel periodo marzo/settembre 2020 avevamo un range in alto tenuto dalla Valle d'Aosta con il 50% e quella con il range più basso al 25% della Sardegna.

Successivamente nel raffronto tra prima e dopo vediamo che Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Sicilia, Valle d'Aosta e Veneto recuperano con saldi positivi.

Mentre tutte le altre peggiorano, anche con percentuali molto significative. La Puglia appare stabile.

Le criticità nell'area accesso visite specialistiche ci riportano che nel periodo marzo/settembre 2020 avevamo un range in alto tenuto dalla Campania con il 50% e quella con il range più basso al 23,1% della Sardegna.

Nel raffronto con il periodo successivo notiamo che solo Campania, Basilicata, Emilia-Romagna, Puglia, Sicilia e Veneto hanno un saldo positivo, mentre il resto delle Regioni ha un saldo negativo in un qualche caso molto importante (Sardegna dal 23,1% al 65,4%, Umbria dal 27,9 al 65,1%...)

La riabilitazione

Calabria, Friuli Venezia-Giulia, Molise, Trentino Alto-Adige e Umbria presentano un saldo negativo sul fronte riabilitazione nei due periodi temporali presi in esame. Le altre regioni sono in miglioramento anche percentualmente rilevante.

Invalidità civile e handicap

Emilia-Romagna, Lombardia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trentino Alto-Adige e Umbria presentano sul **tema invalidità** un saldo positivo anche rilevante rispetto alle altre Regioni che invece sono in affanno e presentano un saldo negativo

Assistenza Domiciliare Integrata

Friuli Venezia-Giulia, Sicilia e Toscana sono le Regioni che riportano un saldo negativo in relazione alla **area Assistenza domiciliare**. Le restanti Regioni hanno recuperato rispetto al periodo marzo/settembre 2020.

Protesi e ausili

Per quanto riguarda l'ottenimento di **protesi e ausili**, Friuli Venezia-Giulia, Liguria, Toscana e Umbria presentano un saldo negativo rispetto alle altre Regioni che o segnano un saldo positivo o confermano il dato del periodo precedente (Abruzzo, Calabria e Molise).

Prenotare visite specialistiche di controllo/follow-up

Molise, Sardegna, Trentino Alto-Adige, Umbria e Valle d'Aosta presentano un saldo negativo circa la prenotazione di visite di follow up.

Questo dato è da tenere in debito controllo nei prossimi mesi e anni in relazione al peggioramento delle condizioni di salute e a maggior carichi di lavoro per caregiver e servizio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda invece l'impossibilità a **svolgere una visita di follow up**, Liguria, Molise, Sardegna, Sicilia, Umbria presentano un saldo negativo. Le altre Regioni sono in saldo attivo.

Ricoveri

Prenotare i ricoveri, Friuli Venezia-Giulia, Liguria, Sicilia, Trentino Alto-Adige e Umbria presentano un saldo negativo con le altre Regioni che recuperano portando ad un saldo attivo nel secondo periodo.

Per quanto riguarda la possibilità di **effettuare un ricovero**, Friuli Venezia-Giulia e Sicilia presentano un saldo negativo. Mentre la totalità delle altre Regioni presentano un saldo attivo.

Disorientamento/mancanza di informazioni su come ricevere la prestazione sospesa

A causa dell'emergenza Coronavirus a partire da metà marzo sono stati annullati gli appuntamenti per l'erogazione di prestazioni non urgenti e differibili, i cittadini si aspettavano che una volta passata la fase emergenziale ci fosse una graduale ripresa degli appuntamenti e che comunque ci fosse una maggiore comunicazione e informazioni a riguardo. Ancora una volta i pazienti si sono sentiti abbandonati, disorientati e dimenticati. Di seguito ecco cosa ci riportano i pazienti. **Abruzzo, Friuli Venezia-Giulia, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Trentino Alto-Adige, Umbria segnano un saldo negativo rispetto all'item. In alcuni casi anche molto marcato percentualmente. (Umbria dal 27,3 al 63,6).**

Ricorso al privato

Abruzzo, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia-Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Trentino Alto-Adige, Umbria e Veneto presentano un saldo negativo preoccupante circa la **rinuncia alle cure per tempistiche lunghe/non rispettate**. Qui viene meno, in modo plastico, un patto tra Pubblica Amministrazione e cittadini. Si apre una frattura, o si consolida, che è difficile poi **da rimarginare**.

Cure Domiciliari

A questo riguardo i pazienti ci segnalano che la Sardegna è la Regione che ha presentato la massima difficoltà per accedere alle **cure domiciliari**, seguita dalla Toscana, dalla Calabria, dalla Campania, dalla Sicilia e dalla Liguria. Le minori difficoltà sono state registrate (in ordine) da Trentino Alto-Adige, Friuli Venezia-Giulia, Emilia-Romagna

Telemedicina

Sull'uso delle **tecnologie applicate** alla salute il dato prevalente in tutte le Regioni è la risposta "non ne ho usufruito" con un range minore della Basilicata con il 53,3% e il picco in alto del Piemonte con l'85,6%. Il Molise con il 19,4% è la Regione che alla domanda "usavo prima della pandemia, poi sospeso" ha totalizzato la percentuale più alta. La Basilicata con il 33,3% è quella che "grazie" alla

pandemia ha aumentato moltissimo l'uso di tecnologie. La Valle d'Aosta con il 16,7% è la regione dove si utilizzavano le tecnologie e si continua anche dopo.

È evidente che questi dati ci danno una linea di tendenza dove ormai le tecnologie applicate alla gestione della salute sono entrate a far parte delle attese, del bagaglio e del quotidiano. C'è bisogno di lavorarci. Ma la strada è stata tracciata.

Fascicolo sanitario elettronico

Sul FSE abbiamo il dato di Valle d'Aosta e Emilia-Romagna dove l'uso appare consolidato; seguono a distanza Lombardia e Toscana, quindi Veneto e Friuli Venezia-Giulia.

Fino ai range più bassi di Abruzzo, Campania, Sicilia, Marche tutte sotto il 10%.

Ma troppe appaiono percentualmente le risposte "Non Saprei". Qui esiste un ampio margine di "miglioramento" e di uso del FSE.

Ricetta dematerializzata

Il dato "Non so cosa sia" è ancora troppo alto. La Campania vince questa classificazione con il 38,2%. Il picco in basso di questa classificazione spetta alla Sardegna con il 6,5%; ma in generale le Regioni dove la risposta è "Non so cosa sia" è decisamente preoccupante. L'Emilia-Romagna con l'88,9% è la Regione dove i malati cronici e rari utilizzano di più la ricetta dematerializzata, seguita dalla Sardegna e dal Lazio. La Basilicata con il 26,7% è quella dove si usa di meno, seguita dalla Calabria e dal Molise.

Proposte

- **Rafforzare l'attuale sistema di monitoraggio dei Lea**, al fine di migliorare la sua capacità di fotografare la reale dinamica che esiste tra cittadino e Servizio Sanitario Nazionale nella garanzia dei suoi diritti, attraverso la partecipazione di rappresentanti di cittadini nella Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza del SSN.
- **Approvare il Decreto Tariffe per l'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica**, e una revisione periodica e certa non solo dei Livelli Essenziali di Assistenza ma anche dei decreti ad essi connessi per evitare futuri ritardi e perdite di tempo che incidono irrimediabilmente sulla vita delle persone;
- Implementare i provvedimenti previsti a livello nazionale e regionale, per **potenziare e rendere i servizi di prevenzione vaccinale e screening più accessibili** e uniformi sul territorio;
- **Potenziare campagne di informazione ed engagement sulla prevenzione** diffondendo informazioni basate sulle evidenze scientifiche, al fine di aumentare la consapevolezza a partire dai giovani;
- Rafforzare il sistema di **monitoraggio dei livelli di copertura vaccinale e screening** attraverso l'implementazione di strumenti digitali e l'interoperabilità dei dati;
- Implementare **misure volte a garantire l'accesso alle cure** a tutti i pazienti non Covid e provvedimenti per il pieno **recupero delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero sospese durante l'emergenza sanitaria**
 - avviare al più presto una **verifica nei confronti delle Regioni per conoscere lo stato dell'arte e le criticità riscontrate nel recupero delle liste d'attesa**, al fine di individuare tempestivamente ulteriori interventi da mettere in atto e di rendere trasparenti i risultati della medesima verifica;
 - prevedere **azioni correttive** di livello nazionale su tutte le Regioni e in particolare su quelle in cui il **recupero delle liste di attesa** è fortemente deficitario, inefficace e soprattutto non in linea con la situazione epidemiologica da Covid-19;
 - introdurre un **indicatore di verifica dell'attuazione delle attività di recupero delle prestazioni non erogate** da parte delle Regioni, all'interno del Nuovo Sistema Nazionale di Garanzia dei Lea;
 - **implementare e aggiornare il Piano Nazionale di recupero delle Liste di Attesa** invitando le Regioni a dare piena attuazione a tutte le misure previste per il recupero delle prestazioni e a rendere trasparenti le informazioni su quali modelli organizzativi sono attualmente applicati per garantire il recupero delle stesse, quali le tempistiche e quali i criteri di priorità messi in campo;
 - vigilare a che le Regioni mettano in atto i **percorsi di "garanzia previsti"** dal PNGLA 2019-2021 nel caso di sfioramento dei tempi massimi previsti e di porre particolare attenzione alla pratica della "sospensione" delle attività di prenotazione (liste di attesa bloccate, agende chiuse);

- Ripensare ed interpretare i servizi territoriali non solo come un servizio di continuità delle cure, ma piuttosto un nodo della rete dei servizi, perfettamente integrati fra loro capace di realizzare percorsi di cura efficaci ed efficienti. Ridisegnare **l'assistenza territoriale tenendo conto dei bisogni dei cittadini** che abitano i territori e garantendo la capillarità dei luoghi di cura.
- Rendere la **telemedicina** (in ogni sua declinazione: teleconsulto, telemonitoraggio, televisita, telefarmacia, ecc.) strumento per garantire la continuità delle cure e la gestione dei pazienti, sia acuti sia cronici, al domicilio, investendo in piattaforme informatiche integrate tra gli ospedali, i presidi territoriali, la medicina primaria.
- Riformare **l'assistenza per gli anziani non autosufficienti** ridefinendo l'insieme degli interventi socio-sanitari ed eliminando la frammentarietà del percorso di riconoscimento. Incrementare i finanziamenti pubblici dedicati alla non autosufficienza, in particolare ai servizi domiciliari (prestazioni sanitarie e sociali), intermedi e residenziali;
- Investire nel potenziamento delle **infrastrutture digitali e di interconnessione dei dati**, lavorando anche sulle competenze digitali dei professionisti sanitari.
- Implementare il **FSE** di servizi digitali innovativi e di interesse per i pazienti come i sistemi per la prenotazione online di visite ed esami, i piani di cura e le informazioni sulla propria patologia e percorso di cura ecc. Aumentare l'utilizzo del FSE da parte dei professionisti sanitari e prevedere campagne di informazione per i cittadini per accrescerne la conoscenza e l'utilizzo;
- Lavorare a più livelli sulle priorità strategiche del sistema di presa in carico del **disagio mentale**, investendo in primo luogo su una medicina territoriale incentrata su servizi di prossimità a persone e comunità, in cui sia centrale la "rete" di collaborazione tra attori e stakeholder del sistema. Stanziare risorse dedicate, per un'adeguata prevenzione del disagio mentale;
- Mettere a punto un provvedimento nazionale di riordino del settore farmaceutico e del conseguente **accesso alle terapie farmacologiche**, che garantisca un accesso equo e tempestivo alle terapie, in particolar modo quelle più innovative, che superi le attuali differenze esistenti tra le diverse regioni;
- Lavorare per l'attuazione uniforme tanto al livello regionale, quanto a quello aziendale, **del Piano nazionale delle cronicità** e monitorare il raggiungimento degli obiettivi previsti;
- Mettere a punto un Programma nazionale per la definizione e l'implementazione dei **Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA)** per patologie croniche e rare;



www.cittadinanzattiva.it

con il sostegno non condizionato di



con il contributo non condizionato di

