

URGENZA SANITÀ

Rapporto civico sulla salute 2023

ABSTRACT



con il contributo non condizionato di

ALEXION
AstraZeneca Rare Disease

Chiesi **sanofi**

FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

FNOPI
FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

**Federazione Ordini
Farmacisti Italiani**

**FNO
TSRM e
PSTRP**

con il sostegno non condizionato di

Introduzione

Il presente Rapporto civico sulla salute, giunto alla seconda edizione, nasce dall'idea di mostrare all'opinione pubblica e alle istituzioni, criticità e punti di forza del nostro SSN nella sua articolazione nazionale e regionali, integrando le nostre maggiori fonti di informazione civica: quella del rapporto PiT salute, che rappresenta le segnalazioni spontanee dei cittadini raccolte dai nostri tanti sportelli di tutela sul territorio, con quelle 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.

Quest'anno il Rapporto viene presentato all'interno di una giornata più generale dal titolo "**Urgenza sanità**" che è il primo grande momento pubblico della nostra campagna di mobilitazione permanente a difesa del Servizio Sanitario Nazionale.

Qual è questa urgenza? Come spieghiamo nel Manifesto che lanciamo in occasione della giornata, per le cittadine e i cittadini italiani la sanità pubblica è la casa comune. Una casa edificata più di quarant'anni fa, attraverso la nascita del Servizio Sanitario Nazionale, per garantire cure uguali e gratuite per tutti, in ogni angolo del Paese.

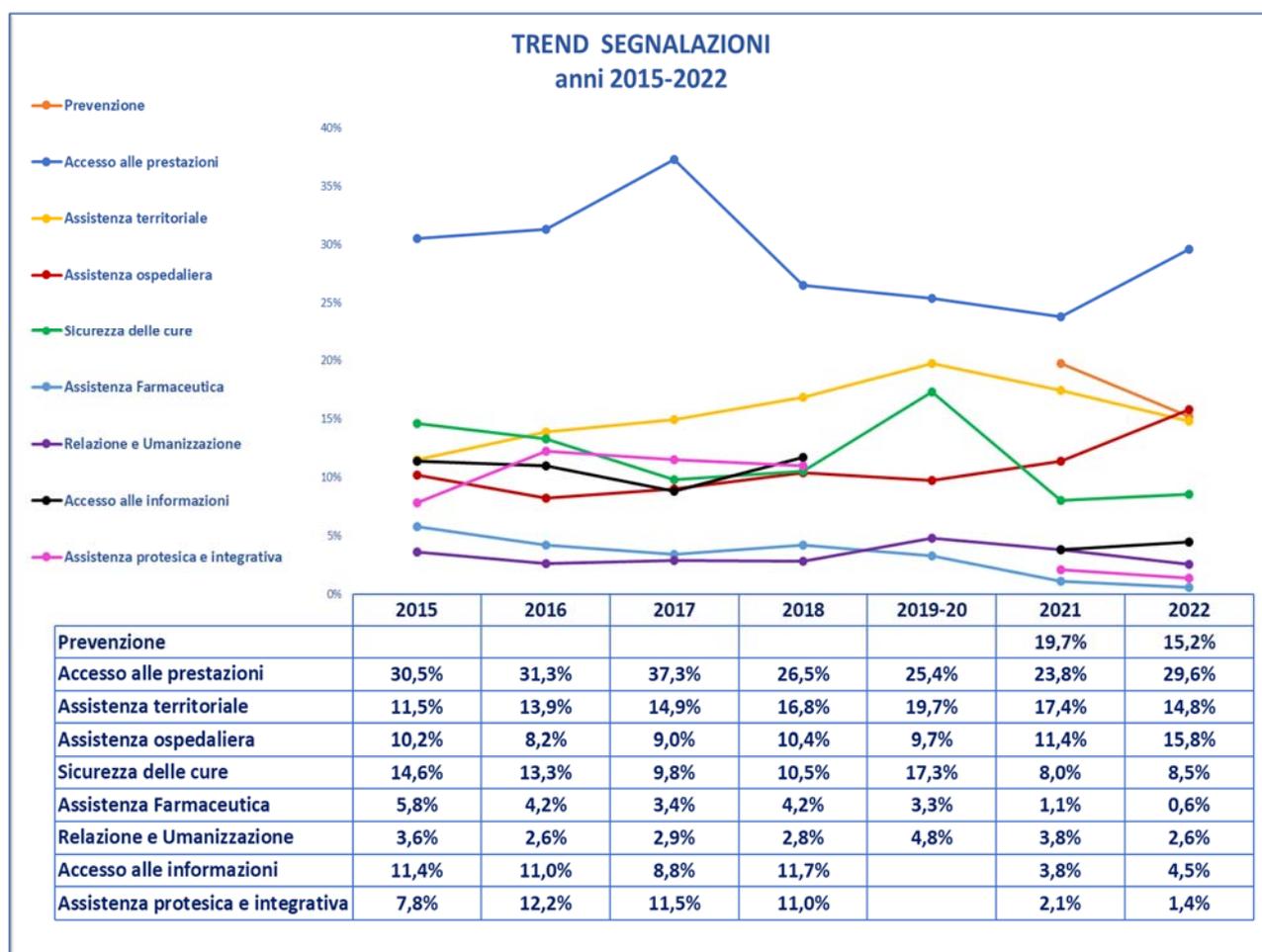
Ma questa nostra casa comune è in pericolo ed è urgente intervenire. I dati, le storie, i numeri raccontati anche in questo Rapporto testimoniano quali sono le urgenze e perché chiediamo a tutti di intervenire per il futuro del nostro servizio sanitario e per la tutela della nostra salute.

1. I dati del PiT Salute

Il Trend delle segnalazioni

Il Rapporto PiT Salute, giunto ormai alla XXIII edizione, contiene l'elaborazione delle segnalazioni gestite dalle sedi del Tribunale per i diritti del malato presenti sul territorio nazionale e dei servizi Pit Salute locali dal 1° gennaio al 31 dicembre 2022. Le segnalazioni prese in considerazione sono in totale 14.272.

Trend segnalazioni



Fonte: Rapporto Pit Salute 2023 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

Il Trend delle segnalazioni elaborate dal Pit Salute negli ultimi sette anni (2015-2022), mostra il consolidarsi, quale oggetto delle segnalazioni più ricorrenti, del tema dell'accesso alle prestazioni (dal 30,5% del 2015 al 29,6% nel 2022) e dell'assistenza ospedaliera (si passa dal 10,2% del 2015 al 15,8% nel 2022). segue il tema della prevenzione (scende al 15,2% nel 2022, era al 19,7% nel 2021), e quello dell'assistenza territoriale (dal 11,5% del 2015 al 14,8% nel 2022).

Oggetto delle segnalazioni del 2022: sintesi dei principali risultati.

Nel 2022 al primo posto per numero di segnalazioni da parte dei cittadini è l'accesso alle prestazioni (29,6%), al secondo l'assistenza ospedaliera (15,8%), al terzo la prevenzione (15,2%), al quarto le cure primarie e l'assistenza sanitaria di prossimità (14,8%), intesa come assistenza territoriale, e al quinto posto la sicurezza delle cure (8,5%). Seguono le segnalazioni su accesso alle informazioni e documentazioni (4,5%), assistenza previdenziale (2,8%), umanizzazione e relazione con operatori sanitari (2,6%), spesa privata e ticket elevati (1,7%) e assistenza protesica e integrativa (1,4%).

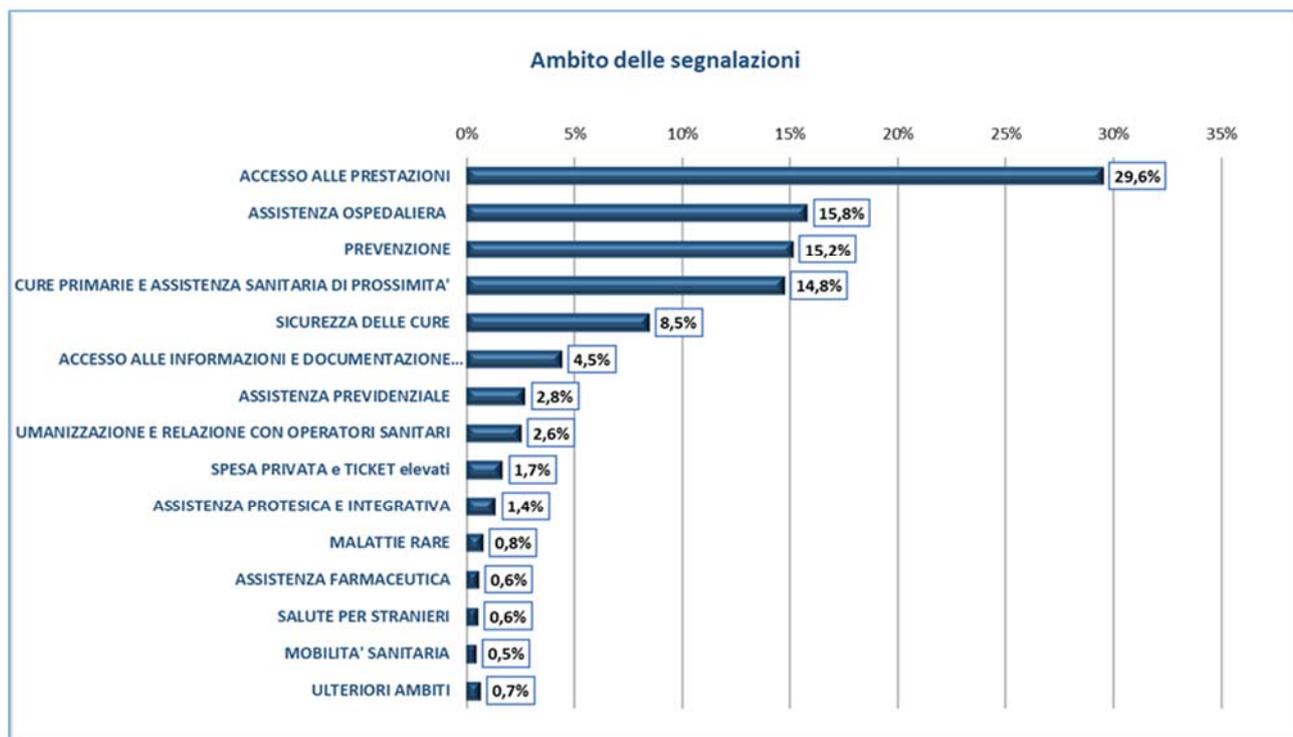


Figura 2. Fonte: Rapporto Pit Salute 2023 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica – Cittadinanzattiva

In coda per numero di segnalazioni quelle relative a: malattie rare (0,8%), assistenza farmaceutica (0,6%), salute per stranieri (0,6%), mobilità sanitaria (0,5%), ulteriori ambiti (0,7%).

Accesso alle prestazioni (29,6%)

L'accesso alle prestazioni è risultato l'ambito più critico per i cittadini che nel 2022 si sono rivolti a Cittadinanzattiva.

In questo ambito i temi specifici riguardano: le liste d'attesa (49,5%), le difficoltà di accesso alle prestazioni (43,5%), l'intramoenia (6,9%).

Le lunghe liste d'attesa da anni ormai rappresentano un elemento di enorme disagio e stress per i cittadini; nel corso degli ultimi tre anni (2020-2023) 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 per garantire il rispetto dei tempi nell'accesso alle cure. Il 2022 doveva essere l'anno della ripresa e anche del recupero dei ritardi sulle liste d'attesa dopo due anni di pandemia, invece, la tanto auspicata "ripartenza" non c'è stata e i cittadini si sono visti negare un diritto fondamentale: accedere gratuitamente e nei tempi giusti alle prestazioni sanitarie che devono essere garantite dal nostro SSN.

Oltre alle liste d'attesa, i cittadini hanno segnalato **altre difficoltà di accesso alle prestazioni** 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 programmare visite, l'impossibilità di prenotare per liste bloccate o i tempi d'attesa troppo lunghi per contattare telefonicamente il Cup. In merito **all'intramoenia**, i cittadini lamentano principalmente il fatto di essere stati indirizzati dagli stessi operatori del Cup verso una visita in regime di intramoenia o privata.

Assistenza ospedaliera (15,8%)

Un'altra area particolarmente critica nella quale i cittadini hanno riscontrato molte difficoltà, è quella dell'assistenza ospedaliera che quest'anno si classifica al terzo posto per numero. In questo ambito le segnalazioni riguardano: **l'Emergenza-Urgenza e Pronto Soccorso (77,3%), i ricoveri (13,1%), e le dimissioni (9,7%).**

In particolare, per quanto riguarda la prima voce, sono stati segnalati sovraffollamento nei Pronto Soccorso, lunghe ore d'attesa, disorganizzazione nella gestione delle priorità e carenza di personale. Nel settore dell'assistenza ospedaliera, da anni urge una riforma di sistema che vada di pari passo con la riforma dell'assistenza territoriale e di prossimità. La carenza di personale, il ritardo nell'impiego dei fondi del PNRR e la pandemia appena conclusa, hanno ridotto quasi al "collasso" un settore già di per sé molto critico.

Prevenzione (15,2%)

Il tema della prevenzione, al secondo posto per percentuale di segnalazioni, contiene quattro voci principali di dettaglio: **Vaccinazioni Anti Sars-CoV-2 (43,0%, -33,1% rispetto al 2021), Vaccinazioni ordinarie (24,7%), Screening mammografico (13,1%), Screening colon retto (11,75%).**

Le difficoltà nell'avvio della campagna vaccinale anti-covid (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 stessa (green pass, obbligo per ultracinquantenni, etc..). Nel 2022, superati in larga parte i problemi organizzativi e le difformità territoriali, i cittadini ci hanno segnalato principalmente questioni legate alle informazioni mancanti, incomplete e contraddittorie relative ad esempio a tempi e modi di somministrazione della quarta e quinta dose e delle categorie eleggibili.

Le segnalazioni relative **alle vaccinazioni ordinarie (24,7%)**, si concentrano principalmente su criticità legate alle difficoltà di prenotazione riscontrate dai cittadini che spesso, a causa di ritardi, non riescono a rispettare i tempi previsti per i "richiami" o per la prima somministrazione del vaccino. Ricordiamo che rientrano nella categoria dei vaccini ordinari: Antinfluenzale; Difterite-tetano-pertosse; Poliomielite; Epatite B; Morbillo- parotite-rosolia; Varicella; Pneumococco; Meningococco; Rotavirus; Papillomavirus.

Per quanto riguarda gli Screening mammografico e al colon retto, che rientrano in campagne di prevenzione e screening per alcune categorie eleggibili, i cittadini hanno segnalato soprattutto difficoltà nel prenotarli autonomamente, cioè senza che fosse arrivato l'avviso da parte della Asl di competenza e il mancato invio dell'invito al destinatario/a dello screening.

Cure primarie e assistenza sanitaria di prossimità (14,8%)

L'ambito delle cure primarie e dell'assistenza di prossimità restano un altro settore "nevralgico" nel quale per i cittadini riscontrano molte criticità. In particolare con riferimento alle **cure primarie** (9,1%) le segnalazioni riguardano principalmente: **rapporto con Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta** (65,9%), **raccordo tra diversi setting assistenziali** (17,7%), **Continuità Assistenziale /ex Guardia Medica** (13,9%) e **Assistenza Domiciliare Integrata** (15,7%).

Ancora una volta i cittadini pongono in grande rilievo il rapporto con il proprio Medico di Medicina Generale ed il pediatra di libera scelta, figure che rappresentano il primo riferimento per i pazienti; tuttavia, analizzando le segnalazioni, emerge che tale rapporto è spesso reso complicato dallo scarso tempo a disposizione dei medici e da un deficit nelle informazioni che vengono fornite ai cittadini.

Le criticità relative **all'assistenza sanitaria di prossimità** (5,7%) riguardano principalmente le strutture presenti sul territorio rispetto alle quali i cittadini denunciano grandi ritardi nella presa in carico e, nei casi più estremi, una totale assenza dei servizi socio- assistenziale che dovrebbero attivarsi nei territori, in particolare nei seguenti ambiti: **RSA/Lungodegenza e Altre strutture Residenziali** (29,1%), **Salute mentale** (27,8%), **Assistenza Domiciliare-ADI** (23,1%), **Assistenza Riabilitativa territoriale- Ambulatoriale e domiciliare** (20,0%).

Sicurezza delle cure (8,5%)

L'ambito della sicurezza delle cure ha fatto registrare un lieve aumento di segnalazioni (+ 0,5%) rispetto al 2021, nella percezione dei cittadini è da sempre un settore estremamente "delicato" e che merita grande attenzione poiché investe tanti aspetti ad esso collegati: il diritto ad avere cure sicure, strutture adeguate, macchinari efficienti, personale sanitario preparato e qualità nel percorso di cura.

Le segnalazioni si concentrano su: **presunti errori nella pratica medica** (56,2%), **condizione e funzionamento dei macchinari** (18,2%), **condizioni igienico sanitarie degli ambienti** (16,4%), **infezioni in strutture sanitarie** (9,2%).

La voce più consistente per il 2022 in linea con gli anni precedenti, è quella che rappresenta i presunti errori nella pratica medica, la mole delle segnalazioni che si concentrano in questo ambito indica un generale aggravarsi delle condizioni di erogazione dei servizi a discapito della qualità e dell'attenzione ai singoli pazienti. Il quadro che ne emerge è piuttosto sconcertante perché delinea uno scenario di forte degrado dei servizi e delle strutture: presunti errori medici, macchinari vetusti o mal funzionanti, condizioni igienico-sanitarie pessime e infezioni prese nelle strutture sanitarie.

Accesso alle Informazioni e alla Documentazione (4,5%)

In questo ambito le segnalazioni si riferiscono a: **difficoltà di accesso alle informazioni** (77,9%), **difficoltà di accesso alla documentazione clinica** (22,1%).

La categoria di **accesso alle informazioni** è da sempre un ambito trasversale poiché i cittadini lamentano, un po' in tutti i settori, una generale difficoltà ad accedere alle informazioni di carattere generale, ad esempio come prenotare una visita, come trovare una struttura territoriale competente per una determinata patologia, come sapere se si rientra in un programma di screening, etc. Lo stesso avviene per l'accesso alla documentazione relativa al proprio stato clinico, rispetto al quale i cittadini da anni lamentano grandi difficoltà e ostacoli burocratici per riuscire ad essere informati ad esempio su esiti degli esami, appuntamenti per prestazioni, certificati, etc.

Assistenza Previdenziale (2,8%)

Le segnalazioni relative alle prestazioni assistenziali si riferiscono a: **Handicap (53,9%) e Invalidità e Accompagnamento (46,1%)**. I cittadini si sono rivolti a Cittadinanzattiva sia per chiedere informazioni in merito all'attivazione delle procedure e ai requisiti che danno diritto alle agevolazioni sia per lamentare ritardi e ostacoli burocratici che rallentano l'iter per il riconoscimento delle agevolazioni.

Umanizzazione e relazione con operatori sanitari (2,6%)

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

Nel 2022 le tre principali criticità in questo settore hanno riguardato: **difficoltà a ricevere informazioni (spiegazioni insufficienti, linguaggio utilizzato non comprensibile) (28,9%), tempo dedicato al paziente insufficiente (20,9%), indisponibilità nella relazione con il paziente da parte degli operatori sanitari o atteggiamenti non empatici (18,2%)**

Spesa privata e ticket elevati (1,7%)

La voce relativa alla spesa privata e ai ticket è trasversale a tutti gli ambiti, i cittadini lamentano costi elevati che hanno dovuto sostenere per visite o prestazioni diagnostiche in intramoenia o private poiché non sono riusciti ad accedere alle prestazioni del Ssn, oppure ticket elevati per visite in convenzione.

Le voci dei costi che sono stati più segnalati dai cittadini si riferiscono a: visite **specialistiche effettuate in regime privato o intramurario (33,3%), esami diagnostici effettuati in regime privato o intramurario (17,9%), acquisto di farmaci necessari e non rimborsati dal SSN (9,4%)**.

Assistenza protesica e integrativa (1,4%)

I cittadini lamentano spesso ritardi nell'erogazione e nella consegna protesi e ausili ma anche errori e presidi non personalizzati.

In particolare le criticità **riguardano l'assistenza protesica (64,5%) e l'assistenza integrativa-ausili (35,5%)**

Malattie rare (0,8%)

La percentuale delle segnalazioni riguardanti le malattie rare (0,8%) è contenuta ma sicuramente le criticità riportate dai cittadini vanno ascoltate e tenute nella giusta considerazione. In particolare gli stessi segnalano: **difficoltà di giungere alla prima diagnosi (19,7%), assenza di controlli sui parenti dopo la diagnosi di malattia genetica (9,8%), elevato impatto sociale della malattia (9,8%)**.

Assistenza farmaceutica (0,6%)

Le maggiori criticità segnalate in questo ambito si riferiscono a: **farmaci non disponibili nella Farmacia Ospedaliera/Territoriale (23,9%), difficoltà nel rilascio/rinnovo del piano terapeutico (23,9%), ritardi nella erogazione dei farmaci ospedalieri (11,9%)**.

L'indisponibilità di un farmaco può riferirsi sia all'assenza del farmaco nei punti di erogazione (farmacia ospedaliera, dell'ASL e di comunità) con la conseguenza di determinare l'impossibilità

per il cittadino di accedere alla terapia; oppure alla irreperibilità momentanea a causa del ritardo nella consegna del medicinale. In entrambi i casi ne deriva un grave disagio per i cittadini che hanno segnalato, nei casi più estremi, di aver dovuto interrompere le terapie che stanno seguendo.

Salute per stranieri (0,6%)

Le segnalazioni relative a questo ambito, seppur contenute da un punto di vista numerico, offrono tuttavia un'interessante fotografia su quelle che sono le criticità che riscontrano gli stranieri nel rapporto con il nostro SSN. Le persone straniere che si sono rivolte a Cittadinanzattiva senza regolare permesso o carta di soggiorno e/o provvisti di Codice STP (se extracomunitari) Codice ENI (se cittadini comunitari) sono l'82,1%. Quelle con regolare permesso o carta di soggiorno e/o iscritte al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) il 17,9%.

Principalmente hanno segnalato criticità in merito a ricoveri ospedalieri urgenti (17,7%) e a prestazioni ambulatoriali urgenti con accesso diretto (17,1%).

Mobilità sanitaria (0,5%)

Le voci che compongono il settore della mobilità sanitaria si riferiscono **alle cure fuori regione** (93,3%) **e alle cure all'estero** (6,7%). In entrambi i casi le criticità riferite dai cittadini riguardano la scarsa informazione su come accedere alle cure fuori regione o all'estero ma anche il mancato raccordo e ritardi tra le Regioni.

2. Prevenzione: vaccinazioni e screening oncologici organizzati

La prevenzione nel nuovo sistema di garanzia dei LEA

Sono 6 le regioni che non raggiungono la sufficienza rispetto ai criteri del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA: sono in particolare la **Sicilia, la PA di Bolzano e la Calabria** a mostrare i dati più bassi. In generale nell'ultimo anno diverse regioni mostrano un *trend* in peggioramento. Erano 3 infatti le regioni nel 2019 a mostrare **punteggi inferiori a 60 (cut off garanzia dei LEA)**, **Pa di Bolzano, Calabria e Sicilia**, ma nel 2020 si aggiungono **Liguria, Abruzzo, Basilicata**.

Finanziamento vaccini

Per l'anno 2021 si conferma la quota di € 186 milioni per il **rimborso dei nuovi vaccini previsti dal PNPV**, che risulta pari a € 3,14 pro-capite a livello nazionale: si va da € 2,97 in Liguria a € 3,31 in Campania. La situazione sostanzialmente ricalca quella dell'anno precedente (2020).

Consumo vaccini

Nel 2021 si registra un consumo totale di vaccini pari a 27.773.069 DDD (+6,7% rispetto al 2020, quando le DDD erano 26.040.070): 4.258.472 per i vaccini ex L.n. 119/2017 (+4,6%) e 23.514.597 per gli altri (+7,1%). Se nel 2020, la pandemia di COVID aveva in generale rallentato le attività vaccinali, comportando una riduzione nelle coperture, il 2021 appare essere un anno di progressiva ripresa. A livello regionale nel 2020 si passa da 0,90 DDD giornaliere per 1.000 abitanti in Lombardia e P.A. di Bolzano a 1,51 in Toscana (con una media Italia di 1,20); nel 2021 si va da un minimo di 1,01 registrato in Piemonte a un massimo di 1,68 osservato in Friuli Venezia Giulia (media nazionale: 1,28). Con riferimento alla variazione percentuale osservata per le DDD totali tra il 2020 e il 2021, si registra ad un estremo il -15,4% per la Toscana e, all'altro estremo, il +43,3% del Molise.

Spesa vaccini

La spesa per vaccini è più che raddoppiata dal 2014 al 2021, **passando da 4,8 a 10,5 euro pro capite**. Differentemente dal 2020, nel 2021 si assiste ad un incremento della spesa per vaccini, con una variazione, rispetto al 2020, dell'11,8%. **La spesa per l'acquisto dei vaccini in Italia, nel 2021, pari a € 621.885.84019, corrisponderebbe allo 0,5% del Fondo sanitario (finanziamento indistinto) e a circa l'11,7% della somma destinata alla prevenzione collettiva e sanità pubblica.**

Il vaccino antinfluenzale rappresenta la prima voce di spesa di questa categoria costituendo quasi il 30% del totale. Segue nella spesa il vaccino per lo pneumococco polisaccaridico coniugato che nel 2021 ha registrato un decremento rispetto all'anno precedente del 24,1%.

Coperture vaccinali

Gli obiettivi sono definiti in Italia dal [Piano nazionale di prevenzione vaccinale \(PNPV\) 2017-2019](#). Nel 2021, in Italia la copertura vaccinale a 24 mesi (bambini nati nel 2019) per la polio è pari al 94,00%, stabile rispetto all'anno precedente e al di sotto della soglia minima accettabile. Aumenta invece la copertura con la prima dose di vaccino contro il morbillo, pari al 93,85% nel 2021, con +2,06 p. p. rispetto al 2020 ma senza raggiungere il 94,49% del 2019 né tantomeno la soglia. Aumenta anche la copertura contro la varicella, che a livello nazionale nel 2021 raggiunge il 92,08%, registrando un aumento di 2,72 p.p. rispetto al 2020 e di 1,58 p.p. rispetto al 2019, rimanendo comunque al di sotto del 95,00%. Rispetto al 2020, nel 2021 migliorano anche le coperture contro meningococco C coniugato, pneumococco

coniugato, rotavirus, meningococco B e meningococco ACWY coniugato, pur mantenendosi ad un livello piuttosto inferiore rispetto alle altre.

Coperture vaccinali a 24 mesi morbillo e varicella

La copertura con prima dose di vaccino contro il morbillo, pari al 93,85% a livello nazionale, va dal 71,07% nella P.A. di Bolzano al 97,64% nel Lazio (unica Regione, insieme a Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Umbria, a raggiungere e superare il 95,00%). Il dato è in ripresa in 14 Regioni, equamente distribuite sul territorio. In molte Regioni nel 2021 aumenta la copertura contro la varicella (92,08% in Italia, +2,72 p.p. vs 2020): si va dal 69,95% in Abruzzo al 96,19% nel Lazio (unica Regione a raggiungere il 95%).

Coperture vaccinali a 24 mesi Meningococco C coniugato e pneumococco coniugato

Nel 2021 la copertura vaccinale anti-pneumococcica nazionale a 24 mesi (bambini nati nel 2019) aumenta di 0,67: 90,58% nel 2020 vs 91,25% nel 2021; aumenta maggiormente quella contro il meningococco C (+2,41 p.p.: 70,96% nel 2020 vs 73,37% nel 2021). Nessuna Regione raggiunge la copertura del 95% né per la vaccinazione contro il meningococco C coniugato (si va dallo 0,22% del Molise e dal 5,31% della Sicilia al 93,79% della Lombardia) né per quella contro lo pneumococco coniugato (la forbice va dal 71,71% della P.A. di Bolzano al 94,51% di Umbria e Molise).

Copertura antinfluenzale

Le coperture vaccinali della stagione 2021/2022 sono diminuite (**20,5%**) rispetto alla stagione precedente (23,7%). Nell'ultima stagione, la copertura negli anziani è **diminuita di 7 punti** percentuali rispetto alla stagione precedente (**58,1%**). In particolare sono la P.A. di Bolzano e Trento, la Valle d'Aosta, e la Sardegna ad avere i dati di copertura più bassi. Le migliori risultano la Basilicata (68,5) e l'Umbria (68,8%). **Chi mostra i dati peggiori è la P.A. di Bolzano (36,1%) e Sardegna (41,2%).**

Coperture vaccinazione HPV

Il valore di copertura vaccinale nazionale nel 2021 per HPV nelle ragazze nella coorte più giovane (2009), che compiono 12 anni nell'anno di rilevazione, è al 32,22%. Rispetto alla rilevazione del 2020, sulle stesse fasce di età, si osserva un incremento del 1,9%. Continua il progressivo miglioramento delle coperture delle singole coorti, tuttavia, la copertura vaccinale media per HPV nelle ragazze è al di sotto della soglia ottimale prevista dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (95% nel 12° anno di vita). Anche a livello regionale, nessuna Regione/PP.AA. raggiunge il 95% in nessuna delle coorti prese in esame. Il valore di copertura vaccinale nazionale per HPV nei ragazzi della coorte più giovane (2009), che compiono 12 anni nell'anno di rilevazione, è al 26,75%. Rispetto alla rilevazione del 2020, sulle stesse fasce di età, si osserva un incremento del 2,58%. Anche per i ragazzi continua il progressivo miglioramento delle coperture delle singole coorti, ma anche in questo caso nessuna coorte raggiunge l'obiettivo di copertura del 95%.

La fiducia nei vaccini

A livello complessivo, i risultati di una survey sulla *vaccine confidence* degli italiani¹ evidenziano un livello di fiducia nei confronti delle vaccinazioni molto elevato: **il 92% dei rispondenti ritiene**

¹ <https://eventi.ambrosetti.eu/wp-content/uploads/sites/221/2021/11/20220614-Paper-Vaccine-Confidence.pdf>

che i vaccini siano uno strumento sanitario efficace e sicuro contro le malattie infettive; i maggiori livelli di fiducia si rilevano in Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Puglia. La fiducia degli italiani nelle vaccinazioni appare maggiore dopo la pandemia da COVID; tuttavia, si è riscontrata una parte della popolazione, non marginale ed eterogenea, che ha rivelato diverse forme di “esitazione vaccinale”, anche tra gli stessi vaccinati.

Ruolo della farmacia nelle vaccinazioni

Nell'ambito del *V° Rapporto sulle Farmacie*² di Cittadinanzattiva si evidenzia che tra i servizi offerti in farmacia la vaccinazione anti Covid-19 è erogata nel 38,2% delle farmacie coinvolte nell'indagine e la vaccinazione antinfluenzale nel 39,6% dei casi. Una piccola percentuale di cittadini rimane ancora all'oscuro dei servizi di vaccinazione (4,9% antinfluenzale e 3,4% anti Covid-19) accessibili direttamente nelle farmacie. La percentuale di fruitori invece va dal 17,2% per quanto riguarda l'antinfluenzale, al 22,2% per la vaccinazione anti Covid-19 ricevuta in farmacia. Più della metà dei farmacisti (dal 54,5% al 58,1%) è favorevole all'introduzione in farmacia della vaccinazione contro Herpes Zoster, Papilloma virus (HPV) e Pneumococco, così come il 70% circa dei cittadini che vedrebbero molto bene il coinvolgimento delle farmacie nelle tre vaccinazioni citate.

Screening oncologici organizzati, i dati 2020

Screening mammografico

Nel 2020 il valore di copertura (inviti) si è ridotto di 29 punti percentuali rispetto al 2019 (59% versus 88%) con 2.593.288 inviti effettuati. Le maggiori criticità si osservano al Nord con un calo di 42 punti percentuali (59% versus 101,7%) e al Sud con una riduzione pari a 23 punti percentuali (43% versus 66%), mentre la macro area Centro sembra essere stata maggiormente resiliente con un calo di soli 10 punti percentuali (87% versus 97%). Per quanto riguarda la classe di età 45-49enne, nel 2020 sono state invitate 275.454 donne pari a circa il 12% della popolazione bersaglio, un calo di 98.000 inviti rispetto al 2019, dove si riusciva ad invitare il 15% di questa popolazione. Per quanto riguarda le 70-74enni, nel 2020 ne sono state invitate 228.542 (circa 67.000 in meno rispetto all'anno precedente), pari a circa il 26% della popolazione target.

L'adesione grezza all'invito nel 2020 si abbassa rispetto al biennio precedente dal 54% al 47,9%, registrando un calo relativo dell'11,3%, per gli effetti della pandemia.

La copertura complessiva a questo esame preventivo raggiunge valori elevati al Nord (82%) e al Centro (83%), mentre è più bassa al Sud (63%). Maggiori variabilità si osservano, invece, a livello delle singole regioni. Osserviamo dunque Regioni con livelli di adesione allo screening molto elevati come in: Friuli Venezia Giulia (92%), Veneto (90%), P.A Trento (89%) e Toscana (88%) e Regioni in cui il tasso di adesione allo screening è decisamente più contenuto: Calabria (48%), Campania (54%), Abruzzo (61%).

Screening coloretale

Nel 2020 sono stati invitati poco più di 4 milioni di cittadini (4.159.765) di età compresa tra i 50 e i 69 anni a eseguire il test di per la ricerca del sangue occulto (Sof) e 28.071 soggetti di 58 anni a eseguire la rettosigmoidoscopia come test di screening. Relativamente alla fascia di età 70-74 anni, rispetto ai 430.748 invitati nel 2019, nel corso del 2020 sono stati

² <https://www.cittadinanzattiva.it/progetti/15133-5-rapporto-annuale-sulla-farmacia-presidio-di-salute-sul-territorio.html>

complessivamente 267.401 le persone con oltre 70 anni invitati allo screening coloretale, pari al 6% del volume complessivo degli inviti.

La riduzione degli inviti è stata maggiore al Nord (53,3% versus 91,4%), mentre più contenute sono risultate le differenze percentuali al Centro e al Sud pari a 10 e 15 punti percentuali, ma i valori sono sensibilmente diversi infatti al Centro l'estensione degli inviti è stata pari all'85,5% e al Sud al 28%.

L'adesione all'invito è risultata di poco superiore al 34%. Questo dato, che rappresenta il valore medio nazionale, si compone di valori estremamente differenti che caratterizzano le macroaree geografiche, infatti, l'adesione all'invito è risultata maggiore al Nord (47%), intermedia al Centro (27%) e inferiore al Sud (16%). La copertura complessiva per la diagnosi precoce dei tumori coloretali raggiunge valori più elevati al Nord (65%) e al Centro (60%), mentre è più bassa al Sud (24%). Maggiori variabilità si osservano, invece, a livello delle singole regioni. Anche per lo screening coloretali possiamo osservare Regioni con livelli di copertura buoni sia all'interno dei programmi organizzati sia al di fuori di programmi come ad esempio: la Toscana con il 75%, il Friuli Venezia Giulia con il 73%, Veneto e PA di Trento con il 71%. Regioni invece che mostrano percentuali inferiori sono ancora una volta la Calabria (7%), la Puglia (10%), la Campania (24%).

Screening cervicale

Nel 2020 sono state invitate allo screening cervicale 2.598.295 donne di età compresa tra i 25 e i 64 anni, attestandosi al 64,7%, in sensibile calo rispetto al 2019. Nel 2020, sono state invitate a un Pap-test 1.223.873 donne, mentre 1.374.422 sono state chiamate a test Hpv. Rispetto all'anno precedente si osserva una riduzione complessiva di 24 punti percentuali, con un calo di circa 7 punti percentuali al Centro (che comunque garantisce livelli ottimali di estensione) e importanti variazioni in negativo al Nord (30 punti percentuali) e al Sud e isole (26 punti percentuali).

La copertura complessiva al test preventivo raggiunge valori elevati al Nord (87%) e al Centro (87%), mentre è più bassa al Sud (69%). Maggiori variabilità si osservano, invece, a livello delle singole regioni. Nel 2020 la copertura all'interno dei programmi di screening è risultata in diminuzione, mentre è aumentata la quota al di fuori dei programmi. Questi andamenti sono in contrapposizione rispetto a quelli registrati negli anni precedenti. Questa tendenza è più evidente nelle regioni del Sud, dove la copertura all'interno dei programmi è passata dal 37% al 33%; al contrario nelle regioni del Centro si registra un aumento statisticamente significativo di tale copertura (dal 52% al 59%).

3. Accesso alle prestazioni

La rinuncia alle prestazioni sanitarie³

Durante l'emergenza sanitaria, la quota di persone che hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie ritenute necessarie era quasi raddoppiata, passando dal 6,3% nel 2019 al 9,6% nel 2020, sino all'11,1% nel 2021.

Le stime più recenti relative al 2022 attesterebbero un netto recupero, con un ritorno a quote osservate negli anni precedenti la pandemia: la rinuncia si riduce al 7,0%, una percentuale simile a quella rilevata nel 2018 (7,2%), ma più contenuta dei due anni critici del 2020 e del 2021.

Nel confronto tra il 2022 e gli anni pregressi della pandemia, emerge una inequivocabile barriera all'accesso costituita dalle lunghe liste di attesa, che nel 2022 diventa il motivo più frequente (il 4,2% della popolazione), a fronte di una riduzione della quota di chi rinuncia per motivi economici (era 4,9% nel 2019 e scende al 3,2% nel 2022).

Nel 2022, le prestazioni sanitarie fruite sono, inoltre, più contenute rispetto al periodo pre-pandemico. Dalle indagini Istat sulla popolazione, si rileva infatti una riduzione della quota di persone che ha effettuato visite specialistiche (dal 42,3% nel 2019 al 38,8% nel 2022) o accertamenti diagnostici (dal 35,7% al 32,0%) – nel Mezzogiorno quest'ultima riduzione raggiunge i 5 punti percentuali.

Contrariamente a quanto sarebbe stato auspicabile, non sembra quindi che nel 2022 si sia riusciti a recuperare i livelli di prestazioni sanitarie pre-pandemia e **la quasi totalità delle regioni non solo non ha recuperato le prestazioni accumulate, ma nemmeno i livelli di specialistica ambulatoriale del 2019.**

L'out of pocket⁴

Rispetto al 2019 aumenta soprattutto la quota di persone che dichiara di aver pagato interamente a sue spese sia per le visite specialistiche (dal 37% al 41,8% nel 2022) sia per gli accertamenti diagnostici (dal 23% al 27,6% nel 2022)

Il ricorso a prestazioni sanitarie avvalendosi di copertura assicurativa sanitaria risulta da sempre più diffuso nel Lazio (nel 2022 il 10,8% delle persone dichiara di averne fatto ricorso in caso di visite specialistiche), in Lombardia (9,7%), nella Provincia autonoma di Bolzano (9,1%) e in Piemonte (8,1%); si attesta intorno al 5% in Liguria, Emilia Romagna e Toscana, mentre nelle regioni del Mezzogiorno copre in media solo l'1,3% per le visite specialistiche.

Recupero liste d'attesa: fondi

Per fronteggiare la situazione relativa ai ritardi e alle mancate prestazioni non erogate nel 2020 da parte delle strutture pubbliche e private accreditate a causa dell'emergenza epidemiologica sono state messe in campo delle misure straordinarie per il recupero delle liste di attesa pari a circa 500 milioni di euro per il 2020 (decreto legge n. 18 del 2020 (DL. Crescita).

³ Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute

⁴ Indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria nel quadro dell'efficacia complessiva dei sistemi di welfare e di tutela della salute

Successivamente l'articolo 26 del decreto legge 73 del 2020 (c.d. Sostegno bis) ha previsto la **proroga**, fino al **31 dicembre 2021**. In seguito a queste misure la Legge di Bilancio 2022 ha nuovamente messo a disposizione delle regioni i medesimi fondi (non ancora utilizzati dalle regioni) per tutto il 2022 e **stanziato ulteriori 500 milioni di euro con il medesimo fine**: avviare piani straordinari di recupero delle liste d'attesa. Ad oggi la situazione relativa ai recuperi delle liste d'attesa non appare assolutamente risolta, o almeno non in tutte le regioni ed i fondi messi a disposizione non sono stati neanche del tutto utilizzati.

Utilizzo fondi per il recupero delle liste d'attesa

Da una **analisi**⁵ sull'utilizzo dei fondi per il recupero delle liste d'attesa, **di quei 500 milioni stanziati nel 2022, circa il 33% non è stato utilizzato per un totale di 165 milioni.**

- Vi sono 3 Regioni che hanno speso qualcosa di più di quello che avevano a disposizione, e cioè **Emilia-Romagna (37 milioni)**, **Friuli Venezia Giulia (10 milioni)** e **Piemonte (36 milioni)**. La **Liguria** invece è al 100% (di 13 milioni).
- Sono andate bene la **Toscana (91% di 31 milioni)**, la **Lombardia (85% di 84 milioni)**, la **Basilicata (81% di 4,5 milioni)**, il **Veneto 80% di 41 milioni**. Si tratta prevalentemente di grandi Regioni, che fanno poi alzare la media dei soldi spesi in totale dalle amministrazioni locali perché disponevano di fondi proporzionali al numero degli abitanti.
- Arrivano almeno un terzo dei soldi utilizzati dalla **Valle d'Aosta (32%)**, la **Campania (35%)**, le **Marche (36%)**. **Stanno intorno alla metà, invece, l'Abruzzo, il Lazio e la Provincia di Trento (49%)**. Infine l'**Umbria è al 62%** e la **Puglia al 66%**.
- I dati raccontano che il **Molise ha investito per le attese solo l'1,7%** di quanto aveva a disposizione, circa 2,5 milioni. **Male anche la Sardegna (26%)**, la **Sicilia (28%)**, la **Calabria e la Provincia di Bolzano (29%)**.

Monitoraggio sulla specialistica ambulatoriale

I dati di Agenas⁶ mostrano in modo chiaro l'andamento dei volumi delle prestazioni dal pre-pandemia a tutto il periodo emergenziale in cui una notevole quantità di prestazioni è stata rallentata o del tutto sospesa. Il trend tuttavia mostra una ripresa costante non raggiungendo però i valori pre-pandemici. Il dettaglio dei volumi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogata tra il 2019 e il 2022 ci dice che a **parte la regione Toscana, che fa registrare addirittura un incremento di prestazioni dal 2019 al 2022, tutte le segnano un saldo negativo**. Particolarmente negativi i dati della P.A di Bolzano con un 45,34% di prestazioni in meno, le regioni Valle d'Aosta (32,55%), Sardegna (21,27%), la Calabria (20,51%). Regioni sopra la media nazionale (9,83%) sono la Basilicata, la Lombardia, il Lazio, la Campania e appunto la Toscana. In queste regioni il recupero delle prestazioni mostra un incremento più deciso.

Per la specialistica ambulatoriale tra il 2019 e il 2020 si sono perse circa **13 milioni di prestazioni (da circa 58 mln a 45 milioni)**. Negli anni successivi assistiamo ad un graduale recupero del numero di prestazioni erogate fino a giungere, nel 2022, ad un numero (54 milioni) ancora però molto inferiore ai numeri del 2019. (58 milioni). Mancano all'appello ancora oltre 4 milioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale all'anno.

⁵ https://www.repubblica.it/cronaca/2023/04/19/news/liste_di_attesa_fondi_non_spesi_regioni-396697688/

⁶ <https://stat.agenas.it/web/index.php?r=site/public>

I (mancati) recuperi delle prestazioni

Tra gli anni 2019 e 2022 ogni regione è indietro con i recuperi sia per le prime visite sia per i controlli, prestazioni particolarmente necessarie ai pazienti cronici.

In particolare le regioni che sembrano aver recuperato un maggior numero di **prime visite** sono la regione **Lombardia, l'Emilia Romagna e la Basilicata**. Nettamente indietro la p.a. di **Bolzano con un -55%, la Calabria -37% e la Sardegna -34%**.

Per quanto riguarda le **visite di controllo** ad andare meglio sono le regioni **Toscana – 10%, Marche – 14%, Emilia Romagna – 15%**, comunque tutte con un saldo negativo rispetto al 2019. Le Regioni che fanno più fatica a recuperare i numeri del 2019 sono invece ancora una volta la **Valle d'Aosta – 38%, Molise – 36% e la P.A di Bolzano – 36%**.

Le Liste di attesa: Monitoraggio PNGLA 2019-2021

Il Monitoraggio sui tempi di attesa per i ricoveri ospedalieri programmabili con classe di priorità A per i **tumori alla mammella**, mostra che è in particolare in **Sardegna** ad essere in difficoltà sia per il numero di interventi in classe A sia per il rispetto dei tempi previsti (30 gg). Altre regioni che **faticano a rispettare** i tempi previsti sono la **P.A di Trento, l'Umbria, la Liguria ed il Piemonte**. Sul versante opposto le regioni che presentano i **risultati più soddisfacenti: Veneto, Valle d'Aosta e Abruzzo** con numeri alti di prestazioni in classe A e di rispetto dei tempi a fronte di volumi differenti. Stessa valutazione per i tumori del colon dove però troviamo la **Basilicata e la Campania con livelli inferiori sia di interventi in classe A sia di rispetto dei tempi** ma a fronte di volumi differenti e sul versante opposto regioni come la **P.A di Bolzano, il Molise, la Puglia che registrano ottimi risultati nei due indicatori** in analisi, a fronte di volumi più contenuti nelle prime e più importanti nella Puglia.

Mobilità sanitaria

L'area del Portale statistico di AGEANS⁷, dedicata alla Mobilità sanitaria, mette a disposizione dati che rappresentano il trend degli ultimi 5 anni rispetto all'attività interregionale dei ricoveri ospedalieri. Nel corso del 2021 il valore dell'attività osservata è di poco al di sotto dei 2,5 miliardi di euro - in aumento rispetto al 2020 – e al di sotto dei valori degli anni 2017, 2018 e 2019.

Saldi regionali della mobilità sanitaria 2017-2021

Sono prevalentemente le regioni del nord a registrare ricavi nel 2021. È la regione Emilia Romagna a posizionarsi al primo posto superando la regione Lombardia nel confronto con il 2017. Al terzo posto la regione Veneto piuttosto distaccata dalle prime due. Le regioni che fanno registrare saldi negativi più importanti sono la Campania e la Calabria, subito dopo la Sicilia e la Puglia. Sono prevalentemente le regioni del sud, tranne la Liguria, ad avere saldi negativi. Tra le regioni del sud ad avere saldi positivi invece spicca, da sola, il Molise. Da osservare inoltre la drastica diminuzione dei ricavi della regione Lombardia e la controtendenza rispetto al 2017 della regione Lazio e Piemonte che passano da una situazione di saldi negativi ad una di saldi positivi.

⁷ <https://stat.agenas.it/web/index.php?r=site/public>

I determinanti della mobilità ospedaliera 2018-2021

Il Ministero della Salute in collaborazione con AGENAS ha elaborato una metodologia di analisi della mobilità sanitaria descrivendone i processi e analizzandone i determinanti, al fine di creare un sistema di valutazione omogeneo sul territorio nazionale. Nel 2021 circa la metà della mobilità passiva totale (1.12 miliardi) appare avere caratteristiche di inappropriata o perché non è giustificata dalla necessità di eseguire prestazioni ad alta complessità o perché non è spiegata da ragioni di prossimità con regioni limitrofe.

Intramoenia

L'attesa per ottenere un esame in tempi congrui è quasi sempre minima in intramoenia, evidenziando la sproporzione che c'è con i tempi prospettati attraverso il canale istituzionale. Circa il 59% delle prenotazioni ha un tempo di attesa inferiore ai 10 giorni; circa il 29% 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 13% delle prenotazioni si deve attendere oltre i 30/60 giorni. Le visite più prenotate in intramoenia sono la visita cardiologica, la visita ginecologica, la visita ortopedica. Per quanto riguarda le prestazioni strumentali, quelle maggiormente richieste sono: l'elettrocardiogramma, l'ecografia monolaterale e bilaterale della mammella, l'ecografia all'addome inferiore, superiore e la mammografia monolaterale e bilaterale.

Luogo di erogazione

Molte Regioni hanno mostrato segni di un progressivo adeguamento agli adempimenti normativi, in quanto l'utilizzo di studi privati non ancora collegati in rete pare totalmente superata. L'88,7% delle prestazioni viene erogato esclusivamente all'interno degli spazi aziendali, l'10,9% esternamente all'azienda ma secondo le tipologie previste (studi privati collegati in rete o presso altre strutture pubbliche previa convenzione). Solo un residuo inferiore a 1% di attività viene svolta ancora presso studi non ancora collegati in rete. Tale criticità è circoscritta in quattro Regioni, 2 in meno al 2021 (Campania 1%, Lazio 1%, Piemonte 3%, e Sicilia 3%).

Agende di prenotazione

A livello nazionale nel 2021, si rileva che la maggior parte delle prenotazioni viene effettuata attraverso l'agenda gestita dal sistema CUP (con percentuali superiori al 90% nelle seguenti Regioni/PA Abruzzo, Basilicata, Campania, Friuli-Venezia-Giulia, Lombardia, Marche, Molise, PA di Bolzano, PA di Trento, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta). Considerando nell'insieme tutte le rilevazioni del 2021, come nel 2020, si è riscontrato che 11 Regioni/PA (Basilicata, Friuli-Venezia-Giulia, Marche, Molise, PA di Bolzano, PA di Trento, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria e Valle d'Aosta) utilizzano esclusivamente l'agenda gestita dal sistema CUP. È possibile notare come invece 6 regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Lombardia, Sicilia) ancora registrano, seppur in percentuale residua, prenotazioni attraverso l'agenda cartacea del professionista.

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.

Volumi erogati delle PRESTAZIONI AMBULATORIALE in attività ISTITUZIONALE e in ALPI nel 2019, nel 2020 e nel 2021⁴

Nell'ambito dell'attività di monitoraggio, le Regioni/Province Autonome conferiscono ad Agenas i volumi semestrali delle 69 prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI e in attività istituzionale. Dall'analisi del rapporto percentuale annuale tra visite specialistiche eseguite in attività libera professione e quelle effettuate in attività istituzionale delle 21 Regioni/Province Autonome rispondenti, emerge che per tutte le visite (14 rilevate) la percentuale di ricorso alla libera professione è rimasta pressoché identica rispetto al 2020 (11%).

Per quanto riguarda i volumi delle **prestazioni di ricovero** eseguite in attività libera professione e quelle effettuate in attività istituzionale le Regioni che erogano più prestazioni in ALPI sono **la Campania, l'Emilia-Romagna, il Lazio e la Lombardia**.

Equilibrio attività libero professionale/ istituzionale

Analizzando la percentuale delle prestazioni erogate in ALPI sulle prestazioni erogate in ISTITUZIONALE, nel 2019 e nel 2021, emerge che in alcune Aziende il rapporto ALPI/ISTITUZIONALE di diverse prestazioni supera il 100%.

Alcuni esempi sono:

- **VISITA CARDIOLOGICA/ELETTROCARDIOGRAMMA** in un'azienda della Regione Campania nel 2021 (72% nel 2019, 206% nel 2020, 261% del 2021);
- **VISITA CHIRURGIA VASCOLARE:** in un'azienda della Regione Basilicata nel 2021 (73% nel 2019, 86% nel 2020, 116% del 2021),
- **INTERVENTI SUL CRISTALLINO** 2 aziende siciliane (840% e 1567%);
- **INTERVENTI PER ERNIA INGUINALE E FEMORALE:** 1 azienda della Regione Campania (125%), 1 azienda della Regione Friuli-Venezia Giulia (150%) 1 azienda lombarda (750%), 1 azienda della Regione Sardegna (113%), 1 azienda umbra (175%);

4. Assistenza Ospedaliera

L'assistenza ospedaliera nel nuovo sistema di garanzia LEA

Nel 2020 sono ben **6 le regioni con valori ben al di sotto della sufficienza** secondo i parametri del Nuovo Sistema di Garanzia dei LEA (NSG): **Valle d'Aosta (59,1), Molise (41,94), Campania (59,08), Basilicata (51,9) e Calabria (48,44), Sardegna (59,26)**. L'assistenza ospedaliera, presenta punteggi con un **trend in peggioramento** rispetto alla precedente rilevazione (2019) in cui solamente 2 regioni non raggiungevano la soglia di sufficienza.

Il taglio alle strutture il trend degli ultimi 10 anni

Il numero di strutture di **ricovero pubbliche** mostra un decremento costante negli ultimi anni (da 546 nel 2015 a 511 nel 2021). Se andiamo indietro al 2010 il decremento risulta ancora più evidente ed ha riguardato la chiusura di 11 Aziende Ospedaliere, 100 Ospedali a gestione diretta. Tra le strutture accreditate inoltre una chiusura 43 case di cura.

Giornate di degenza e degenza media

Nel complesso nel 2019 erano state effettuate nelle strutture di ricovero pubbliche circa **38 milioni di giornate di degenza** e un ammontare totale di **ricoveri per acuti** in regime ordinario di circa **5.097.489**.

Nel 2021 le giornate di ricovero nelle strutture pubbliche **scendono a 34 milioni** e l'ammontare di **ricoveri per acuti** in regime ordinario **scende a 4.318.634** effetto anche questo della pandemia che ha in questo caso limitato i ricoveri e sospeso alcune attività ordinarie. **Circa 700 mila ricoveri in meno**.

Dagli indicatori emerge che la degenza media nei reparti pubblici si attesta a 7,9 giorni (contro i 7,5 del 2019) indice di maggiore complessità dei ricoveri e il tasso di utilizzo dei posti letto è pari al 75,2% (valore medio nazionale) valore in diminuzione rispetto al 2019 quando era l'82,2%. A livello territoriale la maggiore variabilità si evidenzia nella distribuzione della degenza media e del tasso di ospedalizzazione.

La degenza media per acuti, nelle strutture pubbliche, passa da un minimo di 6,7 giorni nella P.A di Bolzano ad un massimo di 9,2 nella regione Valle d'Aosta. Per quanto riguarda il tasso di ospedalizzazione per acuti in regime ordinario (relativo ai ricoveri nelle strutture pubbliche), i **valori minimi si registrano nella regione Calabria** (43,2 ricoveri per 1.000 abitanti) e nella **regione Campania** (51,3 ricoveri per 1.000 abitanti); i valori più elevati si registrano, invece, nella regione Emilia Romagna (93,5%), Umbria (92,6%) e nella P.A. di Bolzano (92,7%).

Posti letto nelle strutture sanitarie uno sguardo all'Europa - il trend negli ultimi 10 anni (2010 - 2019)

Il numero dei letti in Ospedale⁸ in Europa è progressivamente diminuito dal 2010 al 2019, stando all'ultimo aggiornamento Eurostat. Possiamo infatti osservare che sia nel nostro paese che nella media degli stati membri, in 10 anni la disponibilità si è fortemente ridotta.

⁸ Con letti di ospedale si intende il numero di letti regolarmente disponibili nelle strutture ospedaliere e immediatamente accessibili per i pazienti. Sono incluse tutte le tipologie, per cure di lunga o breve durata, per la cura o la riabilitazione, compresi i letti per le cure psichiatriche. I dati sono aggiornati al 2 luglio 2021

Nel 2010 in Ue erano disponibili mediamente 5,7 posti letto ogni 1000 abitanti nelle strutture ospedaliere. Una cifra che in **10 anni è progressivamente diminuita, fino ad arrivare a 5,3**. Nel nostro paese, che già nel 2010 aveva una disponibilità inferiore rispetto alla media, il calo è stato più pronunciato. È inoltre maggiore, nel 2019, lo scarto rispetto al resto d'Europa (nel 2010 c'era una differenza di circa 2,10 posti letto, nel 2019 questo dato è salito a 2,15). Comunque il momento in cui la forbice è stata più ampia è stato il 2014, quando la differenza era di 2,3 posti letto. Da allora si è verificata una graduale riduzione.

Il trend in Italia

Per quanto riguarda la situazione nazionale, **al sud Italia si è registrata la maggiore riduzione di letti ospedalieri** ma la situazione risulta variegata all'interno della penisola e per questo è interessante analizzare i dati a livello regionale. **Il Molise in particolare è stato la regione italiana che ha registrato il calo maggiore, passando da 1.381 posti letto nel 2010 ad appena 907 nel 2019 (un calo del 34,3%)**. Seguito dalla **Calabria, passata da 6.324 a 4.723 letti (-25,3%)** e dalla **Puglia (-21,5%)**. La Sicilia rappresenta invece un'eccezione, con un calo di entità minore rispetto alla media nazionale (-8,9%). Per il resto, sono tutte settentrionali le regioni che hanno registrato i cali più contenuti - anche se la prima in questo senso è **l'Umbria (-0,2% per 6 posti in meno)**. In nessuna regione si è invece registrato un aumento.

La situazione ad oggi dei posti letto

A livello nazionale, la rilevazione più aggiornata per il 2021 mostra che sono disponibili 4 posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti, in particolare i posti letto dedicati all'attività per acuti sono **3,4 ogni 1.000 abitanti (2,9 pubblici e 0,5 accreditati)** e quelli per non acuti **lo 0,6**.

Rispetto alla rilevazione **del 2019**, fase pre-pandemica, quando i **posti letto pubblici e accreditati per acuti erano 2,9 per 1000 abitanti**, assistiamo ad un **incremento** del numero di posti letto **di un + 0,5**. La distribuzione dei posti letto si è omogeneizzata nell'ultimo anno (2021) rispetto alla rilevazione del 2019 in cui risultava piuttosto disomogenea. Infatti 8 Regioni, prevalentemente del sud (Piemonte, PA di Trento, Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria e Sicilia) registravano nel 2019 percentuali al di sotto dello standard previsto dal DM 70/15 (3 posti letto pubblici e accreditati per 1000 abitanti). **Oggi solamente la Calabria con 2,7 posti letto per 1000 abitanti continua ad avere un valore sotto la soglia dei 3 posti letto** e inferiore alla media nazionale. Altre Regioni al contrario presentano percentuali ben oltre la media come nel caso di **Lombardia (3,8), Valle d'Aosta (3,8) e Piemonte (4)**. Ad un decremento costante del numero dei posti letto pubblici dal 2015 al 2019, anno in cui si è segnato il fondo con 149.874, segue un deciso picco nel 2020 che ha visto la dotazione di posti letto raggiungere i 189.420; ovvero circa **40.000 posti letto in più**. Nel 2021 la linea che descrive il numero di posti letto tende a scendere per attestarsi a 172.265. Numeri comunque superiori ai valori del 2019 di circa 22.000 unità.

A livello nazionale i posti letto destinati alla riabilitazione e lungodegenza sono 0,6 ogni 1.000 abitanti con una notevole variabilità regionale molto distante dallo standard previsto dello 0,7 per 1000 abitanti. **Sono quasi la totalità in questo caso le regioni che non raggiungono lo standard previsto**; si passa da uno 0,3% della Sardegna e Toscana ad un 1,1% della PA di Trento e ad un 1% del Piemonte.

Il sistema di emergenza – urgenza, i tagli negli ultimi 10 anni

Negli ultimi 10 anni le **strutture di emergenza sono diminuite in maniera piuttosto costante e cospicua**.

Si tratta infatti di una riduzione di 61 dipartimenti di emergenza, 103 pronto soccorso, 10 pronto soccorso pediatrici e 35 centri di rianimazione.

Per quanto riguarda le strutture mobili di emergenza negli ultimi 10 anni abbiamo avuto una **riduzione di 480 ambulanze di tipo B**, un incremento di sole 4 ambulanze di tipo A (ma nel 2019 il decremento rispetto al 2010 era di 34 unità), un decremento di **19 ambulanze pediatriche e di 85 unità mobili di rianimazione**.

Il quadro attuale sull'offerta di servizi per l'emergenza

Particolare interesse ha rivestito in questi ultimi anni l'area dell'emergenza. Il **52,6% degli ospedali pubblici risulta dotato nel 2021 di un dipartimento di emergenza** e oltre la metà del totale degli istituti (67,9%) di un centro di rianimazione. Il pronto soccorso è presente nell'79,5% degli ospedali. Il pronto soccorso pediatrico è presente nel 17% degli ospedali.

A livello regionale vi sono delle realtà con delle percentuali sicuramente più esigue e sotto la media sia per la presenza di DEA sia di pronto soccorso; è l'esempio di **Basilicata (22,2% di DEA e PS)**, **Calabria (43,5% di DEA e 69,6% di PS)**, **Molise (20% DEA e 60% PS)**.

Allarme target - performance sistema 118

Andando ad analizzare un indicatore CORE del Nuovo Sistema di Garanzia lea, ovvero quello che monitora il tempo di risposta alle richieste di intervento sanitario che rivestono carattere di emergenza-urgenza, possiamo osservare **notevoli differenze regionali in merito alla performance del sistema "118"**. L'efficienza del sistema di emergenza sanitaria territoriale negli anni ha subito segni di peggioramento. Vi sono alcune realtà in cui la tempestività dell'arrivo dei mezzi di soccorso è peggiorata significativamente e presenta valori preoccupanti, è il caso della **Calabria in cui il mezzo di soccorso arriva mediamente in 27 minuti, Basilicata 29 minuti e Sardegna 30 minuti**, quando la media nazionale è di circa **20 minuti**.

Attività di pronto soccorso nelle strutture pubbliche e private accreditate

Nel 2021 vi sono stati **14,5 milioni di accessi in pronto soccorso**. Con una media di accessi ogni 1000 abitanti di **246**. Nel confronto tra il 2019 (pre-pandemia) e il 2021 (fase pandemica) a fronte di una diminuzione di accessi cospicua (da 340 ogni 1000 abitanti a 246) vi è un aumento della percentuale di ricoveri da pronto soccorso. In Sardegna il numero di accessi è di molto inferiore alla media nazionale (190 contro una media di 246) e la percentuale di ricoveri maggiore alla media nazionale (21,4 contro una media di 15,8%). Al contrario il numero di accessi nella provincia di Bolzano è molto alto (394) ma la percentuale di ricoveri è al di sotto della media nazionale (12,8%). Il dato suggerisce in questa Provincia la forte tendenza degli abitanti a rivolgersi in PS.

5. Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

Identificato come una priorità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, l'ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie italiane procede in linea con le tempistiche, ma riguarda la sostituzione di solo 1/6 delle circa 18.000 apparecchiature sanitarie obsolete censite dal Consiglio Superiore di Sanità.

Il PNRR ha stanziato risorse, in larga misura già impegnate, per un target minimo di 3133, poi divenuto di 3136, "grandi macchinari": si va dai 937 sistemi radiologici fissi alle 34 PET-TC, passando per Ecotomografi (928), TAC a 128 strati (340) e altre 4 tipologie di apparecchiature. Nell'88% dei casi – come riportato dai CIS pubblicati a giugno 2022 – questi macchinari vengono acquisiti tramite procedura centralizzata Consip, nel restante 12% si è optato per una procedura di gara autonoma. Entro il 2024 dovrà essere garantita l'operatività di tutte le nuove grandi apparecchiature sanitarie, per poi passare – nel 2025 – alla digitalizzazione di 280 strutture ospedaliere (DEA I e II).

Nell'approfondimento curato dall'agenzia Civica di Cittadinanzattiva, viene descritto lo stato di ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero in Italia, con approfondimenti a carattere regionale e un focus sulle Aree Interne.

Dove e quanti

È la Campania, con 407 grandi macchinari, a guidare la classifica delle Regioni destinatarie del maggior numero di apparecchiature sanitarie, seguita da Lombardia (380), Lazio (298) e Calabria (286), in coda Molise (23) e Valle d'Aosta (2).

Le Aree Interne periferiche e ultra-periferiche del Nord Ovest sono beneficiarie in totale di 63 grandi macchinari, quelle situate nel quadrante Nord Est del Paese di 100. Ulteriori 66 apparecchiature sono allocate nelle Aree Interne del Centro, ben 315 nelle Aree Interne del Sud, e 125 presso le Aree Interne presenti nelle Isole.

Cosa denunciano i pazienti

Che il tema non sia più rinviabile, lo sottolineano le quotidiane segnalazioni di cittadini e assistiti. Dalle 100 segnalazioni raccolte sul tema nell'ultimo anno da Cittadinanzattiva, le criticità relative riguardano essenzialmente esami/visite annullate o spostate per macchinari non disponibili/non funzionanti (45,5%); blocco prestazioni esterne alle strutture di ricovero per indisponibilità/malfunzionamento macchinari (28,8); numero insufficiente di macchinari (14,1%); macchinari obsoleti (8,3%); refertazione di bassa qualità (2,6%).

Non solo incentivi all'innovazione: necessitano modelli innovativi ed una governance partecipata anche per il rinnovo dei macchinari

Cittadinanzattiva sostiene da sempre che una governance partecipata coinvolgendo tutti gli stakeholder sia essenziale, e ciò vale anche per il rinnovo del parco tecnologico. Crediamo che una giusta ripartenza potrà avvenire solo garantendo la massima trasparenza delle scelte e degli investimenti, soprattutto se la società civile italiana verrà coinvolta, anche promuovendo pratiche di monitoraggio civico. Al riguardo, Cittadinanzattiva si è impegnata con la Federazione nazionale TSRM e PSTRP⁹ a seguire la fase attuativa della M6C2 1.1.2 con l'obiettivo di tenere

⁹ www.tsrm-pstrp.org/

alta l'attenzione a ridurre gli squilibri regionali nella dotazione e nell'utilizzo delle apparecchiature. E proprio la citata Federazione avanza l'interessante proposta di supportare fattivamente la validazione clinica su vasta scala di quelle tecnologie dalle quali, in base a promettenti evidenze cliniche già disponibili, è ragionevole aspettarsi significativi benefici intercettanti bisogni di salute che, fino a poco tempo fa, non era possibile soddisfare. Per l'acquisizione di tali tecnologie, in luogo di un acquisto in conto capitale, stazione appaltante e fabbricante possono avere interesse a concordare condizioni "pay-per-use" variabili in funzione delle evidenze attese in un predeterminato arco di tempo. Questo meccanismo consentirebbe di validare clinicamente, su vasta scala, le innovazioni ritenute più promettenti dal SSN, a condizioni economiche sostenibili per tutti gli attori in campo.

6. Personale sanitario in Italia - Survey

In prima linea ma nell'ombra: il dietro le quinte del SSN

Da Cittadinanzattiva, in collaborazione con FNOPI e FNO TSRM e PSTRP, la prima indagine civica sul personale sanitario in Italia. Come vivono la propria condizione 10mila operatori appartenenti a 20 professioni sanitarie

L'8% dei professionisti coinvolti nell'indagine è relativo ad infermieri appartenenti alla FNOPI, il 92% aderisce alla FNO TSRM e PSTRP: dietro queste sigle ben 19 professioni sanitarie. Quelle che hanno maggiormente contribuito alla survey sono educatori professionali (15,4%), tecnici sanitari di radiologia medica (13,7%), tecnici di laboratorio biomedico (12,8%), logopedisti (9,6%), tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (6,2%), igienista dentali (4,6%), dietisti (4,2%), assistenti sanitari (4,1%).

Nella stragrande maggioranza dei casi parliamo di dipendenti (81,5%) inquadrati per lo più come collaboratori professionali (66,6%), impegnati a tempo pieno (81,7%) e indeterminato (94,3%), con oltre 20 anni di anzianità di servizio (40,4% del totale dei rispondenti) e solida formazione professionale: il 69,3% dei rispondenti alla survey ha svolto una formazione post base.

In pratica è stata data la parola al corpo pulsante del Servizio Sanitario Nazionale.

L'indagine è stata realizzata dall'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva in collaborazione con la Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI) e con la Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO TSRM e PSTRP) con la finalità di sondare le principali motivazioni che spingono o frenano il personale sanitario a lavorare nel Servizio Sanitario Nazionale.

Dal 6 al 25 aprile 2023 hanno risposto ben 10.045 professionisti sanitari. Una risposta massiccia a riprova di come fosse sentita l'esigenza di essere ascoltati, esposti nella quotidiana relazione con i cittadini ma non sufficientemente visibili all'opinione pubblica e ai decisori politici. Mai in precedenza un'indagine civica era andata così in profondità nell'analizzare l'ambiente di lavoro, il clima aziendale nel nostro Servizio Sanitario Nazionale.

Chi ha risposto alla survey opera prevalentemente presso una ASL (29,2%) o presso una Azienda Ospedaliera (17,7%); in alcuni casi trattasi di Azienda Ospedaliera Universitaria (8,4%). Significativa la quota di personale che lavora presso una struttura Ospedaliera privata accreditata (9%).

Benessere lavorativo

Un professionista su 3 (33%) non riesce affatto a bilanciare i tempi lavorativi con quelli della vita privata, o ad avere orari flessibili (35,3%). Il 41,2% dichiara che i carichi di lavoro sono completamente inadeguati ed i ritmi di lavoro per nulla sostenibili (36,3%), eppure quasi uno su due (48,8%) è in grado di non farsi influenzare negativamente nella propria vita privata.

Il 36,2% dei professionisti si sente molto supportato dai colleghi di lavoro, di contro il 42,2% si sente poco o per nulla supportato da parte dei superiori. Uno su 4 si sente poco o per nulla protetto nello svolgimento del proprio lavoro (25,7%) e ritiene che le misure di sicurezza attuate siano scarsamente adeguate (24,8%).

I professionisti sanitari interpellati si sentono esposti ad aggressioni fisiche e verbali (specie provenienti dagli utenti), non sapendo - nel 46,5% dei casi - se nel proprio posto di lavoro esista un sistema di prevenzione di questi atti di violenza contro gli operatori. Vittime, insomma, due volte della pandemia, non solo per il carico lavorativo impegnativo, ma anche perché bersaglio privilegiato della esasperazione collettiva: il 31,6% denuncia di essere stato vittima, negli ultimi tre anni, di aggressione (verbale o fisica) da parte degli utenti, il 20,7% da parte di un proprio superiore e il 18,4% da parte di colleghi. E l'assenza nel posto di lavoro di un punto di ascolto psicologico è lamentata in particolare dal 65,9% degli intervistati.

Esigua la percentuale di coloro che affermano di essersi dovuti assentare spesso per malattie o infortunio (3,1%), di palesare difficoltà nel rimanere concentrati nello svolgimento delle proprie funzioni (7%), di aver sofferto di burn-out negli ultimi 3 anni (13,3%).

Riconoscibilità e apprezzamento

Sia la riconoscibilità, ovvero l'essere identificati come figure professionali distinte da altri professionisti operanti nella sanità, sia il riconoscimento, ovvero il livello di apprezzamento per il proprio profilo e ruolo professionale svolto, sono due note dolenti per i rappresentanti delle 20 categorie interpellate.

Riguardo alla riconoscibilità, il 75,4% dei professionisti si sente scarsamente o per nulla riconosciuto dalla politica, dalle Istituzioni (63,7%) e dalle stesse organizzazioni aziendali (57,6%). Si sentono mediamente più riconosciuti da cittadini/persone assistite (44,7%) e dagli altri professionisti (46,6%).

Si sentono apprezzati solo dai cittadini e dai loro assistiti (si esprime così il 57,9% degli intervistati); molto poco o per nulla per quanto riguarda l'apprezzamento che percepiscono provenire dalla politica (73,5%), delle Istituzioni (64,6%) nonché dalle organizzazioni aziendali (a detta del 60,8% degli intervistati).

Potenziamento e crescita professionale

Il 53,7% afferma che le attività lavorative che svolge sono coerenti con il proprio profilo professionale e si sente soddisfatto del proprio percorso professionale svolto finora (46,6%). Emerge una nota negativa per quanto riguarda il proprio ambiente di lavoro che stimola poco o niente la realizzazione personale (42,6%) e la crescita professionale (48,5%)

In positivo, si sentono stimati e trattati con rispetto da colleghi (50%) e superiori (38,1%), e hanno la ferma convinzione - loro (74,9%), i propri cari (58,9%) e gli utenti (48,7%) - che il lavoro svolto sia utile e importante per la collettività.

I professionisti dichiarano che la formazione di base ricevuta è ritenuta adeguata (42%), confermando infatti di aver ricevuto le competenze necessarie per svolgere il proprio lavoro in modo efficace e autonomo, di aver ricevuto una buona preparazione sia teorica (45,5%) che pratica (41,9%), nonché una buona preparazione sulle cosiddette *soft skills* (36,9%).

Il 48,3% si dichiara scarsamente o per nulla soddisfatto delle opportunità di formazione

continua (e relativo numero di crediti ECM: 53,1%) messi a disposizione dalla struttura in cui lavora né ha avuto più di tanto l'opportunità di partecipare a corsi di formazione continua in linea con le proprie esigenze professionali (34,4%). Quando vi partecipa, mediamente uno su due (50,8%) si dichiara soddisfatto della qualità dei corsi di formazione continua a cui ha preso parte.

Condizioni di lavoro e dotazioni

Nello svolgimento del proprio lavoro non mancano motivi di quotidiana insoddisfazione, dovuti principalmente ad una non sufficiente equità nella distribuzione sia dei carichi di lavoro (42,3%), che delle responsabilità (44,1%).

Il 36,3% dei professionisti sanitari ritiene che le caratteristiche del luogo di lavoro siano poco o affatto soddisfacenti riguardo a spazi, postazioni di lavoro, luminosità, rumore, ecc. Parimenti, solo il 30% di essi ritiene di avere le risorse e gli strumenti necessari per svolgere il proprio lavoro in modo soddisfacente. Infine, solo una minoranza (21,6%) ritiene di avere la possibilità di perfezionarsi e di vedere riconosciute le proprie competenze.

Retribuzione e avanzamento di carriera

Altro tasto dolente riguarda la retribuzione: ben il 60% ritiene che il rapporto tra l'impegno richiesto e lo stipendio ricevuto non sia adeguato, né che sia equilibrato in relazione alle responsabilità (65%). Ancora, a detta della maggioranza (67,6%), l'ente o azienda presso cui lavora non offre vere opportunità di avanzamento di carriera e che, in ogni caso, queste non sarebbero legate a pure questioni di merito (69,3%).

L'unico aspetto positivo è che nel proprio ambiente di lavoro si promuove la parità di genere e il rispetto delle diversità culturali (ad affermarlo, 54,6% di chi ha risposto alla survey).

Più di uno su tre degli intervistati prova un senso di realizzazione personale (35,5%) e di gratificazione (37,1%) che deriva dallo svolgere il proprio lavoro, sentimento che li spinge ad ammettere che vanno a lavorare tendenzialmente volentieri (56,6%) e che, soprattutto, potendo tornare indietro farebbero certamente la stessa professione (41,8%), ma verosimilmente cambiando contesto nella propria realtà lavorativa (52,4%), se non addirittura azienda e Paese (35,8%).

Coinvolgimento e partecipazione

Una massiccia rappresentanza di intervistati (pari al 60,4%) non si ritiene affatto coinvolto nella definizione di obiettivi e strategie della propria azienda o ente, avvertendo di non poter esprimere il proprio parere sulle decisioni che riguardano l'organizzazione del lavoro (47,3%), né percependo che la propria opinione possa essere considerata nella definizione delle politiche aziendali (68%). Consistente anche la percentuale di coloro che si sentono poco/per nulla coinvolti nella definizione di piani di formazione e aggiornamento del personale sanitario (65,4%). Forse anche a causa di questo mancato coinvolgimento, la maggioranza non si rispecchia nelle politiche sanitarie in essere nella realtà in cui esercita (77,5%) piuttosto che a livello regionale (81,5%) e nazionale (81,7%).

Principi e valori del sistema di cure in Italia

La maggioranza si sente orgogliosa di contribuire personalmente a dare risposta ai bisogni sociali e sanitari del cittadino (66,9%) e quindi di poter contribuire al benessere della comunità (71,6%). Soprattutto, la maggioranza (83,5%) crede che ogni persona debba avere diritto alle cure di cui ha bisogno indipendentemente dalla gravità delle patologie o dal costo delle cure. Ciò detto, gli interpellati si dividono tra coloro che sentono di essere parte di un sistema che garantisce cure sanitarie a tutti i cittadini indipendentemente dalla loro condizione economica e

sociale (46,9%) e chi non ci crede (53,1%), e praticamente solo uno su due si sente parte di un'organizzazione che tutela l'interesse pubblico (52,1%) e l'equità sociale (47,9%).

Inoltre sono fermamente convinti che le risorse a disposizione del servizio sanitario non vengano utilizzate minimizzando gli sprechi: a pensarla così l'80,1% degli interpellati.

Consistente è anche la percentuale di coloro che ritiene che l'organizzazione presso cui lavora non risponda adeguatamente né alle necessità dei professionisti (69,4%) né tantomeno - per quanto riguarda i tempi di attesa - a quelle dei cittadini (63,8%). Il che fa ingenerare in molti professionisti un senso di velata insoddisfazione in merito ai risultati che si ottengono nel fornire cure sanitarie ai pazienti (54,7%), anche per la convinzione di sentirsi parte di un'organizzazione non sempre in grado di utilizzare le risorse in modo proporzionale alle necessità della popolazione e alla gravità della patologia (56,7%).

Pubblico vs privato

I professionisti interpellati sono equamente divisi tra coloro che dichiarano di lavorare da sempre nel settore pubblico (33,2%), da sempre nel privato (33,8%), piuttosto che che abbiano avuto esperienze in ambedue i settori. In questo caso, prevalgono coloro che attualmente lavorano nel pubblico ma in precedenza hanno lavorato nel privato (27,6%) rispetto a chi ha fatto il percorso professionale inverso (5,4%). Interessante analizzare a quanto tempo fa risale lo *switch*: il passaggio dal pubblico al privato è stato effettuato negli ultimi 3 anni dal 31,3% di coloro che oggi lavorano nel privato, "compensati" da analoga percentuale (31,2%) di colleghi (ma in valore assoluto sono molti di più) che nello stesso periodo hanno intrapreso il percorso inverso.

Tra i motivi che hanno spinto diversi professionisti a passare dal pubblico al privato troviamo innanzitutto il desiderio di nuove esperienze abbinato ad una maggiore crescita e autonomia professionale (19,1%), seguito da una maggiore stabilità lavorativa e nuove opportunità di lavoro (18,8%), un miglior bilanciamento tra vita lavorativa e vita privata (15,3%). Al quarto posto troviamo un miglior trattamento economico (14,6%). Più o meno lo stesso *mix* di motivazioni lo ritroviamo in chi ha scelto di passare dal settore privato alla sanità pubblica: maggiore stabilità e meno precariato (28%), crescita motivazionale e professionale (16,5%), migliori condizioni economiche (12,9%).

Restare o fuggire: voce ai diretti interessati

La tabella che segue riassume i 10 principali motivi per fuggire dal SSN e i 10 principali motivi che spingono a rimanere: spesso la medesima argomentazione è addotta come motivo al cambiamento o alla continuità.

Motivi per		
fuggire dal SSN		restare nel SSN
Retribuzione, tutele e indennità contrattuali, vincolo di esclusività	1	Stabilità, stipendio sicuro e tutele contrattuali
Mancanza di meritocrazia/riconoscimento/rispetto e legittimo desiderio di crescita professionale	2	Salute bene pubblico e tutela del SSN
Carenza di personale e carichi di lavoro	3	Contribuire al miglioramento del sistema attraverso la propria professionalità
Ambiente di lavoro malsano, maleducazione, mobbing professionale; rapporto con i colleghi, superiori e utenza	4	Amare/credere nella propria professione
Aspetti gestionali-organizzativi, qualità delle attrezzature, resistenza a innovazione/cambiamento	5	Senso responsabilità, senso del dovere
Tendenze in atto: privatizzazione, eccesso di burocrazia, politicizzazione della sanità pubblica, spersonalizzazione	6	Buon rapporto con i colleghi di lavoro, ambiente positivo
Mancato coinvolgimento/partecipazione, non condivisione della politica aziendale e delle decisioni prese in seno al SSN	7	Crescita professionale e carriera
Allontanamento dai valori fondanti del SSN: paziente/cittadino non più al centro	8	Realizzazione, gratificazione, soddisfazione professionale
Pensiero negativo, sfiducia, disamore per la professione	9	Carichi di lavoro e orari adeguati, equilibrio vita professionale/privata, vicinanza casa
Apertura al cambiamento, desiderio di trovare nuove motivazioni, esigenze logistico/familiari	10	Qualità del servizio erogato

Fonte: Rapporto Civico sulla salute 2023 – Elaborazione Agenzia Valutazione Civica - Cittadinanzattiva

7. Assistenza territoriale

La riforma dell'Assistenza Territoriale

La parola comunità nel DM 77/22 assume un ruolo centrale, la **comunità nello stesso tempo è immaginata come soggetto e oggetto della riforma dell'assistenza territoriale**. Come oggetto nel senso che molte delle misure previste da questa riforma hanno come destinatario la comunità. È utile ricordare che questa riforma nasce sull'onda di una consapevolezza forte che la pandemia ci ha indotto: che un sistema di promozione della salute basato soltanto sulla centralità degli ospedali fosse destinato a non essere sufficiente, e che occorreva e occorre radicare il tema della cura della promozione della salute e dell'offerta dei servizi sanitari in modo molto capillare sul territorio. Per cui la comunità è tutto quello che è: persone, individui, soggetti anche fragili, è il destinatario di una serie di interventi riformatori che hanno l'obiettivo di rendere l'organizzazione dei servizi e la produzione della salute più di prossimità, quindi la comunità è il destinatario privilegiato elettivo di questa riforma. Questa riforma impatterà o desidera impattare sulle persone con malattia cronica che come sappiamo sono un numero relevantissimo nel nostro Paese, destinato ad aumentare anche in relazione ai futuri assetti demografici. **Esiste un'altra connotazione che questa riforma vuole avere a tutela della comunità, ed è quella volta alla promozione della salute anche in quanto prevenzione**. La casa della comunità è pensata come luogo in cui non solo si fa attenzione ai piani di cura, assistenza, follow up delle persone con malattia cronica, ma anche il luogo in cui le persone che non hanno un problema di salute ma

che devono promuovere la propria salute possono trovare un ambiente favorevole, è un ambiente utile da questo punto di vista.

La comunità è anche il soggetto di questa riforma che attraverso il suo empowerment, cioè attraverso la capacità di ritagliarsi uno spazio protagonista di attivazione all'interno di questo percorso di riforma, ritaglierà su misura del territorio, dei bisogni di salute di quel territorio, delle persone che lo abitano, e di quello che già è presente in quel territorio e che quindi può essere ottimizzato, può essere messo in rete dentro un disegno di riforma dell'assistenza territoriale.

Esiste poi il tema dell'**integrazione tra la costruzione di queste strutture e la loro digitalizzazione**. Queste strutture hanno bisogno di essere connesse con la comunità di riferimento ma anche connesse digitalmente. Il disegno delle case della comunità Hub e Spoke deve essere un disegno di assoluta connessione, la parte strutturale degli interventi del PNRR e del DM 77/22 deve essere sempre collegata con la parte della connessione digitale, della salute digitale, una frontiera avanzata sulla quale andrebbe investito molto anche in termini di formazione degli operatori e dei cittadini, è una interazione strutture e digitalizzazione assolutamente necessaria se si vuole andare incontro ad una vera riforma ad una vera innovazione.

Quando parliamo di prossimità dell'assistenza territoriale dobbiamo avere come riferimento tre ambiti di prossimità:

-la prossimità territoriale, il fatto che nasceranno sul territorio tante nuove strutture e l'intento di queste strutture è proprio innervare il territorio di servizi che ora non ci sono;

-la prossimità digitale, connessione digitale, salute digitale;

-la prossimità relazionale, la necessità che dentro le strutture ci siano degli operatori sanitari. Il personale sanitario costituisce un problema un punto critico di questa riforma.

Un altro punto critico di questa riforma riguarda il tema della territorializzazione e della prossimità territoriale, sul quale occorre adottare un'ottica di integrazione con tutto quello che in un territorio già c'è. Per quanto queste case della comunità, questi ospedali di comunità saranno numerosi, essendo previste una ogni 50.000 abitanti (più o meno è questo lo standard per le case della comunità) non saranno in grado di coprire tutto il territorio nazionale, in particolare non saranno in grado di coprire quelle aree che sembravano più bisognose di strutture territoriali, questo è un tema sul quale bisognerà lavorare.

Un'ultima considerazione riguarda il **modello della riforma del DM 77/22, è un modello che propone una modellizzazione che non può tenere conto delle differenze territoriali.**

Il monitoraggio civico delle Case di Comunità

L'investimento dedicato alle Case della Comunità ad oggi è in linea con la tempistica stabilita dal PNRR.

Il monitoraggio civico avviato l'anno scorso con la pubblicazione della prima mappatura è proseguito anche quest'anno, nel Rapporto presentiamo un aggiornamento del lavoro.

L'obiettivo è sempre lo stesso, accompagnare la realizzazione della riforma per capire che tipo di risposta di salute possiamo aspettarci nei territori, per orientarla e connetterla ai bisogni di salute di quel territorio specifico.

Monitorare l'attuazione passo dopo passo è un'attività complessa e tuttavia necessaria per valutare come saranno impiegate le risorse, e per capire se l'allocazione degli investimenti sarà in grado di sopperire ai fabbisogni esistenti e futuri: da questa consapevolezza nasce la collaborazione tra Fondazione Openpolis e Cittadinanzattiva. Il lavoro di mappatura, basato sulla

raccolta dei dati sui singoli interventi dai contratti istituzionali di sviluppo, ha prodotto mappe georeferenziate arricchite con ulteriori informazioni, disponibile su OpenPNRR.

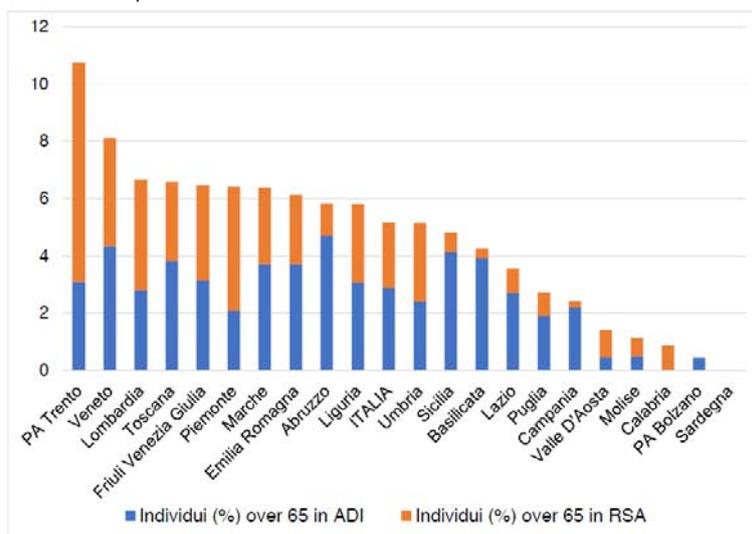
I dati disponibili sulle Case della Comunità ci permettono di verificare che gli standard previsti sono stati sostanzialmente rispettati, avremo una Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti, mentre con un numero inferiore di abitanti è stata prevista un Casa della Comunità spoke. Ma dai dati è altrettanto chiaro che ci saranno molti territori che, caratterizzati da un numero basso di abitanti, rimarranno senza questo servizio. In quei territori sarà fondamentale trovare altre soluzioni per colmare questa assenza. Il primo pensiero rimanda alla sanità digitale, ma altre possibilità possono essere immaginate come, per esempio, il ruolo svolto dalle farmacie rurali.

In questi territori periferici e ultra periferici che nel nostro paese, vista la sua orografia, sono molto presenti, sarà ancora più importante che in altri luoghi utilizzare lo strumento della co-progettazione per valorizzare quello che già esiste, connetterlo in senso fisico e digitale e rendere protagoniste le comunità di questi processi.

Assistenza Domiciliare

I *trend* dei tassi di copertura ADI tra la popolazione hanno mostrato negli anni un timido ma progressivo incremento, con una battuta d'arresto negli anni della pandemia da COVID. L'analisi dei *trend* dei prossimi anni aiuterà a formulare una più accurata analisi del fenomeno. Secondo i dati SIAD, ad oggi in Italia meno di 3 anziani *over* 65 su 100 riceve assistenza domiciliare integrata, con una forbice tra le diverse aree del paese che va da meno dell'1% al quasi 5%. Confrontati con i dati resi disponibili da altri Paesi Europei quelli Italiani appaiono insufficienti, specie se si prende in considerazione la realtà epidemiologica e demografica del nostro Paese, rispetto ad altri. Va tuttavia ricordato che in Italia, in controtendenza rispetto alla maggior parte dei Paesi dell'OECD, permane una forte tendenza a mantenere e addirittura incrementare il numero di posti letto in residenze sanitarie assistenziali. Un fenomeno apparentemente contrario al principio la "*casa come primo luogo di cura*" adottato dalla maggior parte dei sistemi sanitari. Ed è così che dall'ispezione dei dati combinati di ADI e cure residenziali, si evince come diverse Regioni italiane riescano ad offrire assistenza a più di un anziano su 6.

Confronto regionale tra il tasso (per 100) cumulativo di anziani over 65 riceventi ADI e residenti in RSA nel 2020



Fonte: Italia Longeva, 2022

Il PNRR sancisce un *target* di copertura ADI pari al 10% della popolazione. Un obiettivo tuttavia

discutibile, che andrebbe pesato rispetto alla reale distribuzione del bisogno tra le diverse aree del Paese. Come risaputo, la distribuzione fortemente impari tra le varie Regioni di specifici profili demografici, malattie, disabilità, povertà e isolamento sociale, fanno sì che la forbice dei soggetti portatori di fragilità con bisogni di assistenza continuativa o semi continuativa generi bisogni eterogenei tra la popolazione. Da un'analisi recente, basata su dati di medicina generale, il *mismatch* tra la domanda di assistenza e l'offerta di cure domiciliari e residenziali è sensibile in molte Regioni italiane, e soffre di un importante divario soprattutto nelle Regioni del Centro-Sud. Nel prossimo futuro sarà necessario fare notevoli sforzi volti a caratterizzare in maniera omogenea e riproducibile la distribuzione del bisogno sul territorio nazionale, al fine di programmare il potenziamento delle cure domiciliari in maniera oculata. A tal proposito, l'applicazione su larga scala da parte della medicina generale di strumenti di stratificazione del rischio e misurazione del bisogno rappresenta una promettente soluzione del problema.

La riforma dell'assistenza degli anziani non autosufficienti: abbiamo la legge delega

Cittadinanzattiva ha sostenuto fin dall'inizio la riforma degli anziani non autosufficienti, aderendo al [Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza](#). Finalmente a marzo di quest'anno il Parlamento ha approvato la legge delega. Ora anche l'Italia ha la Riforma degli anziani non autosufficienti.

La legge delega ha due obiettivi:

- il primo è costruire un settore unitario, oggi l'assistenza agli anziani è completamente frammentata, divisa tra sociale, sanitario e indennità di accompagnamento. L'unitarietà del sistema si gioca due livelli: il primo, uno sistema nazionale di assistenza anziani, l'idea che sociale, sanitario e INPS, anche se mantengono le titolarità separate, lavorino insieme a tutti i livelli: programmazione, organizzazione, gestione. Il secondo, un percorso di semplificazione delle valutazioni da compiere per gli anziani per accedere alle misure che si concentrano in due: una nazionale e una locale.
- il secondo è costruire nuovi modelli di intervento. Un esempio: ad oggi abbiamo con un'assistenza domiciliare per gli anziani che non è progettata per gli anziani. La riforma propone una domiciliarità pensata per gli anziani non autosufficienti di lungo periodo, mentre gli investimenti in ADI previsti dal PNRR prevedono il rafforzamento del modello esistente di ADI prestazionale. C'è una contraddizione con l'ADI attuale.

Due grandi obiettivi: settore unitario e nuovi modelli d'intervento che si incrociano con una questione trasversale che è l'equilibrio tra stato e territorio.

Rispetto alla vita delle persone? Siamo solo all'inizio.

Il Patto ha costruito le condizioni affinché lo Stato possa fare qualcosa di utile per anziani e famiglie, questo il risultato raggiunto fino ad oggi.

Telemedicina e Fascicolo Sanitario Elettronico

In attesa di vedere la realizzazione della Piattaforma Nazionale di Telemedicina prevista nel PNRR dal **sub-investimento 1.2.3 "Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici"** che mette a disposizione un miliardo di euro, l'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano mette a disposizione dati interessanti per capire il fenomeno.

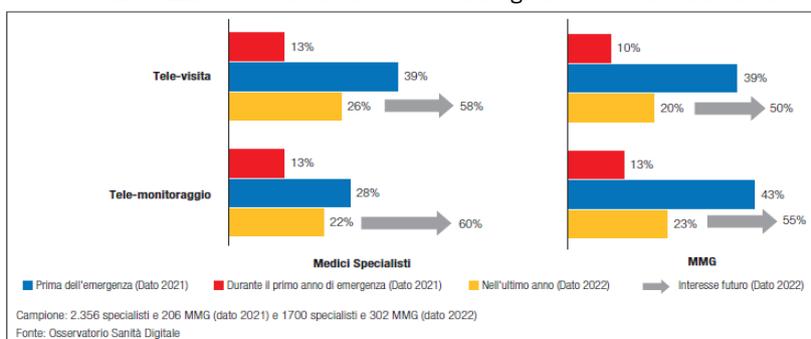
Da una loro survey realizzata nel 2022 si rileva che le Direzioni Strategiche delle strutture sanitarie italiane evidenziano come sia ancora prioritario l'investimento in soluzioni aziendali per

garantire la raccolta del dato di cura del paziente, come la Cartella Clinica Elettronica (il 64% dei Direttori ritiene l'ambito molto rilevante e il 60% delle aziende sanitarie intende investire in quest'ambito nel 2022). Anche le soluzioni che consentono l'integrazione con sistemi regionali e/o nazionali come il Fascicolo Sanitario Elettronico rappresentano un ambito di investimento importante (47% dei Direttori) per poter attuare una corretta valorizzazione dei dati a livello sovra-aziendale.

Nell'ultimo anno l'utilizzo della Telemedicina da parte dei medici è calato significativamente, seppure ci si assesti su percentuali di utilizzo raddoppiate rispetto a quelle pre-pandemia. Il 26% dei medici specialisti e il 20% dei Medici di Medicina Generale (MMG), ad esempio, afferma di aver utilizzato servizi di Tele-visita durante l'ultimo anno, contro il 39% dichiarato lo scorso anno e il 10% circa del pre-pandemia (Figura 2).

La riduzione nei livelli di utilizzo dei vari servizi di Telemedicina va colto come segnale di esigenza di un'innovazione più strutturale, un passaggio a un modello nel quale questa non rappresenti più una soluzione di emergenza, ma un'opportunità per migliorare il sistema di cura.

L'utilizzo e l'interesse dei medici verso gli strumenti di Telemedicina



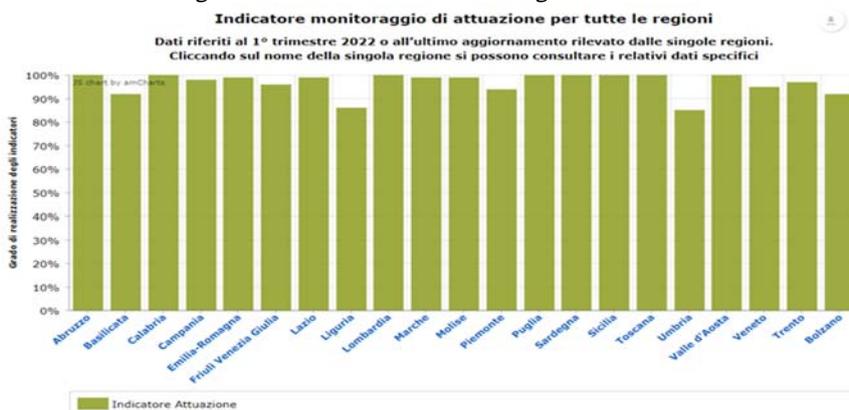
Fonte: 18° Rapporto Crea Sanità

Medici e infermieri affermano che le attività di Telemedicina spesso costituiscono un'aggiunta, in termini di tempo, alle attività "tradizionali". Nonostante queste innegabili difficoltà, l'interesse verso i servizi di Telemedicina rimane elevato da parte dei diversi attori: oltre la metà dei medici e degli infermieri e circa l'80% dei pazienti (cronici o con problemi di lunga durata) vorrebbero utilizzarli in futuro.

Fascicolo Sanitario Elettronico

L'indicatore di Attuazione mira a rappresentare lo **stato di avanzamento circa la realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) regionale** e rappresenta la media di realizzazione dei singoli servizi previsti dal piano

Figura3. Indicatore di attuazione regionale del FSE

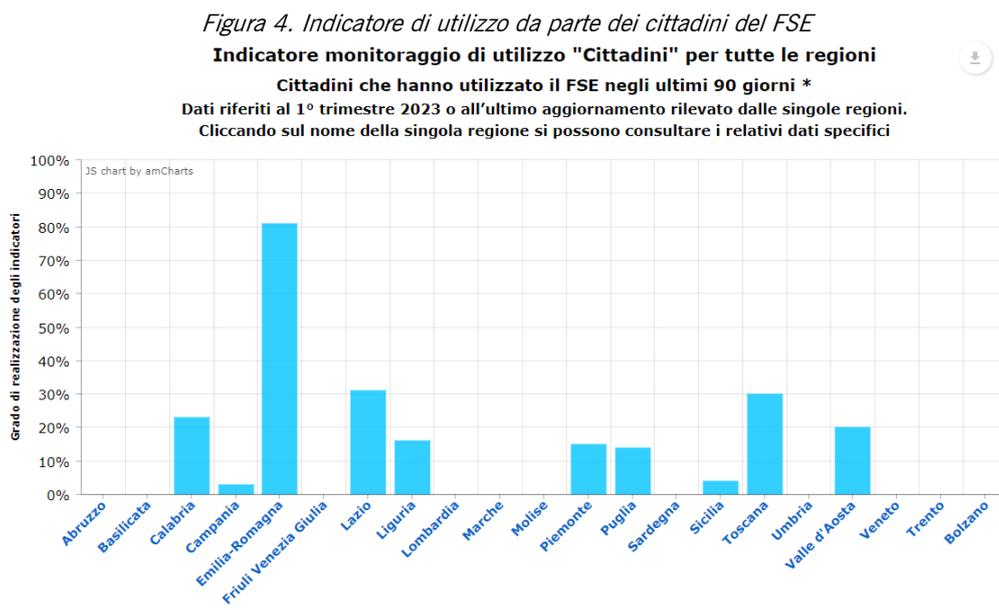


Fonte, Agenzia per l'Italia Digitale

L'indicatore di attuazione raggiunge un valore tra il 90 e il 100% per tutte le regioni d'Italia.

Indicatori di Utilizzo

La seconda tipologia di monitoraggio, quella di Utilizzo, è finalizzata a monitorare il reale livello d'uso e di diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) sul territorio nazionale da parte dei cittadini, dei medici e delle aziende sanitarie.



Fonte, Agenzia per l'Italia Digitale

Le percentuali di utilizzo da parte dei cittadini sono molto critiche, tranne poche regioni, la maggioranza ha percentuali basse o pari a zero.

Consultorio Familiare

I CF sono stati istituiti oltre 40 anni fa con la legge nazionale 405/1975. Lo sviluppo dei CF ha seguito tuttavia un percorso non lineare nel corso del tempo e non omogeneo a livello territoriale. Tra le cause di questa discontinuità c'è la frammentata organizzazione regionale, le diverse dotazioni di risorse umane ed economiche e l'insufficiente definizione di obiettivi di salute appropriati e misurabili.

Il richiamo nel DM 77/22 speriamo rappresenti una nuova occasione di rilancio del servizio.

Dall'indagine dell'ISS risulta che in media sul territorio nazionale è presente un CF ogni 35.000 residenti. Solo in 5 Regioni e una PA il numero medio di residenti per CF è compreso entro i 25.000, mentre in 7 Regioni il numero medio è superiore a 40.000 residenti per CF, con un bacino di utenza per sede consultoriale più che doppio rispetto a quanto previsto dal legislatore. Si evidenzia una rilevante variabilità interregionale, con bacini di utenza per CF tendenzialmente più ampi al Nord rispetto al Centro e al Sud.

Nel 1993 era disponibile circa un CF ogni 20.000 residenti, un CF ogni 28.000 residenti nel 2008. "Si evidenzia quindi una progressiva riduzione del numero delle sedi di CF sul territorio nazionale".

A livello regionale e di PA si registra una grande variabilità nella disponibilità delle diverse figure professionali.

La disponibilità della figura del ginecologo varia da 5,4 (PA Bolzano) a 22,4 ore (Emilia-Romagna) mentre quella dell'ostetrica varia da 12,4 (Liguria) a 80 ore (PA Trento). A fronte di una diffusa carenza di ostetriche, 4 Regioni del Centro Nord e la P.A. di Trento riportano medie orarie di poco o sensibilmente al di sopra dello standard per questa figura professionale, probabilmente come espressione di un modello assistenziale e organizzativo incentrato sull'ostetrica. Si evidenzia un generale sottodimensionamento con solo una Regione che raggiunge lo standard per entrambe.

Anche la disponibilità di psicologi e assistenti sociali appare generalmente sottodimensionata e molto variabile. Le ore settimanali dello psicologo variano da 1,9 (Piemonte) a 31,2 (Lombardia) mentre quelle dell'assistente sociale variano da 0 (Valle d'Aosta) a 29,8 (Basilicata). Per la figura dello psicologo si osservano 6 Regioni con medie orarie superiori allo standard a fronte di altre con valori estremamente bassi suggerendo la presenza di alcuni contesti regionali in cui l'attività psicologica all'interno dei consultori ha un ruolo rilevante ed altri in cui queste competenze sono collocate presso altri servizi. Nonostante la figura dell'assistente sociale sia quella per cui si registra una maggiore distanza dal valore standard, nelle Regioni del Sud il numero medio di ore degli assistenti sociali (14 ore) è quasi doppio rispetto al Centro (8 ore) e al Nord (9 ore). Questi dati sembrano tratteggiare un maggior coinvolgimento dei servizi consultoriali nella risposta ai bisogni sociali nelle Regioni del Sud.

“Più in generale uno sguardo di insieme sulla disponibilità delle quattro figure professionali che compongono l'équipe consultoriale, a fronte di una carenza generalizzata di personale, fa emergere un ruolo diversificato dei CF nella rete sociosanitaria a livello regionale e di PA – si afferma. Sembrano delinearsi infatti tre tipologie principali di servizi consultoriali: servizi orientati alle attività dell'area ostetrico-ginecologica (Piemonte, PA di Trento, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria); servizi che mettono al centro le competenze psicosociali (Lombardia, Liguria e Molise); servizi che abbinano la doppia linea di attività sanitaria e psicosociale (Valle d'Aosta, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche, Lazio, Regioni del Sud e Isole)”¹⁰.

L'accessibilità dei servizi consultoriali da parte degli utenti è legata anche a ore e giorni di apertura delle strutture. In totale, le medie più basse, 22-26 ore a settimana, si registrano per i CF di Piemonte, Toscana, Umbria, Marche e Basilicata mentre quelle più elevate, 35-37 ore settimanali, si registrano in Lombardia, PA di Trento, Molise e Calabria. Tendenzialmente nelle Regioni del Sud e Isole sono minori le ore di apertura pomeridiana (6 ore a settimana in media) a fronte di un'apertura più prolungata al mattino mentre in quelle del Nord le aperture pomeridiane sono più prolungate e diffuse.

L'apertura dei CF di sabato è una modalità che, rispondendo alle esigenze lavorative e familiari dell'utenza, può concorrere ad aumentare l'accessibilità ai servizi. Complessivamente il 10,2% dei CF sono aperti di sabato, erano il 14% nel 2008. In Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Campania questa modalità è del tutto assente ed è poco diffusa in Piemonte, Veneto, Lazio, Sicilia e Sardegna. Le sedi aperte il sabato hanno una media di ore di apertura pari a 5,6 senza differenze per area geografica.

La quasi totalità dei CF del Nord, Centro e Sud, svolge attività nell'ambito della salute della donna; le attività nell'area adolescenti/giovani e nell'area coppia/ famiglia e adozioni sono

¹⁰https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/consultori_familiari_in_italia_ce_ne_sono_1_ogni_32_325_abitanti_personale_sottodimensionato

riportate con percentuali più basse soprattutto dai CF del Centro mentre in più dell'80% dei CF del Sud si effettua attività in tutte e tre le aree.

Salute Mentale

Con [l'Intesa](#) in Conferenza Stato-Regioni sancita il 21 dicembre scorso sulla “nuova metodologia per il calcolo dei fabbisogni di personale del SSN” si è finalmente posto rimedio alla discussa assenza della Salute Mentale dal disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale definito col DM 77/22. In particolare, in questo lavoro abbiamo dedicato attenzione alle novità che coinvolgeranno i servizi territoriali.

Standard organizzativi

L'assistenza in materia di salute mentale è assicurata in ciascuna regione dall'insieme dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari ed attraverso servizi specialistici di **quattro livelli**, di cui due rivolti al territorio:

Livello di consultazione ed assistenza primaria: la funzione viene garantita all'interno delle Case di Comunità in stretta collaborazione con i MMG e con tutti gli operatori che garantiranno le attività di individuazione precoce e di primo intervento secondo le modalità organizzative che le Regioni individueranno in attuazione del DM 77/2022. Comprende valutazioni specialistiche in loco con possibilità di diagnosi ed intervento precoce, e garantisce appropriatezza di invio ai livelli superiori di trattamento;

Livello di presa in carico per episodio di cura o per progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati a lungo termine, assicurati da Centri di Salute Mentale (CSM);

Gli aspetti più interessanti e potenzialmente più innovativi di tale suddivisione per livelli riguardano il **rapporto tra Dipartimenti di Salute Mentale e assistenza primaria, strettamente connesso ad una compiuta realizzazione delle Case di Comunità quale primo livello di accesso ai servizi sociosanitari**. Non si intende individuare nelle CdC una “sede decentrata” del Centro di Salute Mentale, che inevitabilmente attiverebbe meccanismi di delega per la gestione dei disturbi psichiatrici comuni, quanto piuttosto assicurare la stabile consultazione di psicologi e professionisti sanitari del DSM con i MMG e i PLS per garantire diagnosi e percorsi terapeutici efficaci (non necessariamente farmacologici), individuazione precoce dei disturbi più gravi ed avvio in collaborazione dei trattamenti in un contesto certamente meno stigmatizzante, eventuale invio ai livelli superiori per interventi più articolati e complessi.

Standard strutturali: CSM

Le attività territoriali per la salute mentale, ovvero quelle afferenti ai Centri di Salute Mentale (CSM) vengono definite individuando la presenza di almeno **1 CSM per unità territoriale di non più di 80-100.000 abitanti** (corrispondente al bacino d'utenza di due Case di Comunità), con apertura per almeno 12 ore al giorno, 6 giorni alla settimana. In particolari contesti territoriali è possibile prevedere 1 CSM per 40-50.000 abitanti (bacino d'utenza di una sola Casa di Comunità).

Secondo l'ultima rilevazione del Ministero della Salute relativa al 2021, le strutture territoriali attive sul territorio nazionale sono 1.112, ossia 2,2 per 100.000 abitanti adulti. Pur non essendo le stesse corrispondenti a CSM, ma talvolta a Centri Diurni o ambulatori decentrati per facilitare l'accesso alle persone che vivono in aree interne o montane, è possibile assumere che il primo standard (CSM x pop. residente) sia rispettato. I dati pubblicati dal Ministero non consentono invece di verificare il criterio dell'apertura H-12, 6 giorni su 7.

Personale: le dotazioni organiche a regime

Sulla scorta di quanto sinora descritto, è possibile stimare la differenza tra le dotazioni organiche attuali e quelle previste a regime per garantire, come recita il testo dell'Intesa, "unitarietà degli interventi, integrazione dei servizi e continuità terapeutica".

Nella tabella seguente vengono riportate per qualifica le unità di personale in servizio al 1.1.21, quelle calcolate sulla base degli standard per le attività territoriali, quelle per le attività ospedaliere degli SPDC e infine quelle per l'assistenza psichiatrica nelle carceri.

QUALIFICA	In servizio al 1.1.21	Standard Intesa Territorio	Standard Intesa SPDC	Standard Intesa Assist. Carceri	Δ
MEDICO	5321	4.988	1.645	153	-1.465
PSICOLOGO	2058	2.494	-	153	-589
PERSONALE INFERMIERISTICO	12787	24.942	5.922	153	-10.979
TECNICO RIAB.NE PSICHIATRICA	468				
EDUCATORE PROFESSIONALE	2104				
OTA/O.S.S.	3450				
ASSISTENTE SOCIALE	1229				
SOCIOLOGO	48	998	-	-	-165
PERSONALE AMMINISTRATIVO	785		-	-	
ALTRO	1535	-	-	-	-
TOTALE	29.785	33.422	7.567	459	-13.198

A regime, il sistema di cura per la salute mentale in Italia dovrà contare su 41.448 operatori, ossia 83 unità TPE per 100.000 abitanti.

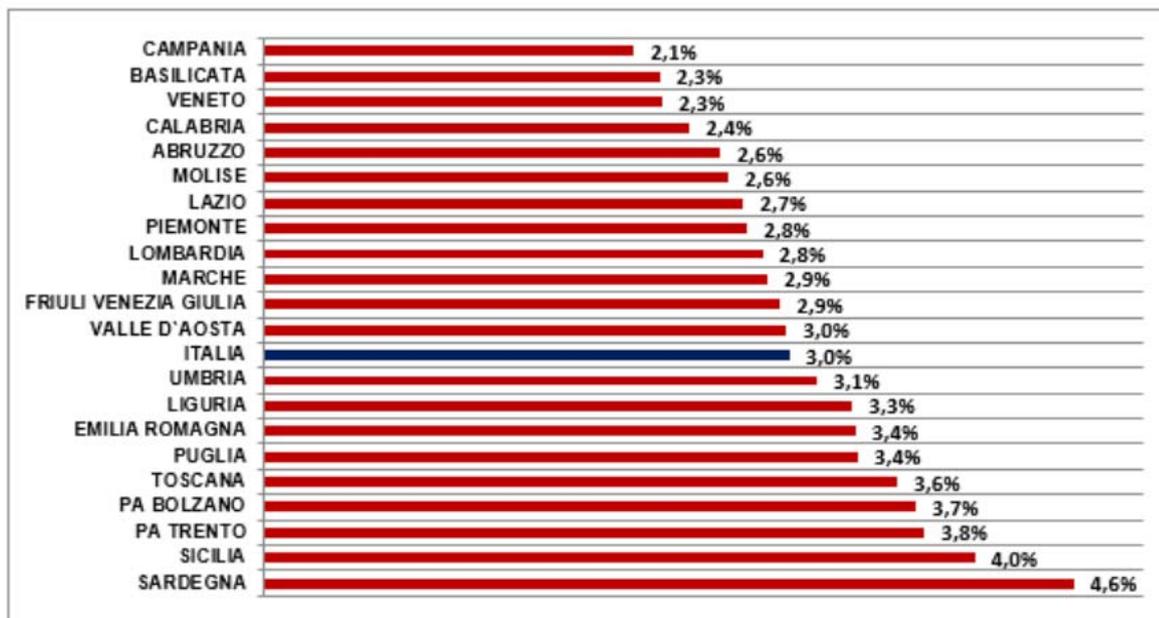
Rispetto alla situazione attuale ed ipotizzando una appropriata collocazione per le 1.535 persone delle quali non è nota la qualifica, mancano 13.198 operatori: circa 11.000 delle professioni sanitarie, 1.465 medici, 589 psicologi.

Personale: la spesa

L'adozione di questo atto segnala la diffusa consapevolezza che per mantenere e adeguare la capacità operativa del sistema di cura per la Salute Mentale è certo necessario un investimento strutturale ed organizzativo, come quello imponente previsto dal PNRR, ma che senza l'apporto della "tecnologia umana", ossia operatori in numero sufficiente, non si risolveranno gli annosi problemi che affliggono la sanità pubblica italiana.

Il calcolo della spesa aggiuntiva è pari a circa 785 Mln di Euro.

Purtroppo, il più recente Rapporto del Ministero Salute non riporta il dato di spesa per la Salute Mentale relativo al 2021. Nel 2020 questo era di 3.386.704.000, pari al 3% del FSN, con ampie differenze inter-regionali, come si evidenzia dall'analisi SIEP.



Fonte: Elaborazione SIEP su dati Rapporto Salute Mentale, Ministero Salute - Anno 2020

Ipotizzando la stabilità del dato di spesa 2020, ne deriverebbe una spesa complessiva pari a 4.171.704.000, corrispondente al 3,6% del FSN, ben al di sotto del 10% considerato adeguato per i Paesi a Alto Reddito tra i quali l'Italia si colloca (ma anche del 5%, che è il livello suggerito per i Paesi a Basso/Medio Reddito).

La soglia del 3.6% del FSN appare dunque essere quella minima sufficiente, sul piano nazionale, per garantire il rispetto degli standard di personale indicati nell'Intesa, lasciando ancorate alla spesa storica le altre voci in bilancio.

L'aspetto più vantaggioso del rendere espliciti i parametri per valutare lo "stato di salute" della Salute Mentale alla luce di standard organizzativi, strutturali e di personale definiti, risiede nel fatto di consentire a ciascuno di verificare l'effettiva erogabilità/esigibilità del diritto alla cura. Il rapporto fiduciario tra servizi/operatori e cittadini/utenti, drammaticamente incrinato, nei primi, dal progressivo venir meno delle condizioni per un sereno esercizio delle competenze professionali; nei secondi, della reale possibilità di trovare risposte adeguate alla complessità dei bisogni, potrà rinsaldarsi solo garantendo un pieno diritto alla conoscenza delle cose, la reale possibilità di comprendere, di confrontarsi e in definitiva di scegliere, a partire da concreti dati di fatto.

8. Accesso ai farmaci

La spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica nazionale totale (pubblica e privata) è cresciuta rispetto all'anno precedente del 3,5%, raggiungendo 32,2 miliardi di euro (30,5 miliardi nel 2020), e incide per l'1,9% sul Prodotto Interno Lordo (PIL). La spesa pubblica lorda, con un valore di 22,3 miliardi di euro, rappresenta il 69,2% della spesa farmaceutica complessiva e il 17,4% della spesa sanitaria pubblica, in lieve aumento rispetto al 2020 (+2,6%). Nel 2021 la spesa farmaceutica territoriale complessiva, pubblica e privata raggiunge i 21,2 miliardi di euro, in aumento del

3,2% rispetto al 2020. La spesa privata a carico del cittadino risulta pari a 9,2 miliardi di euro, in aumento del 6,3% rispetto al 2020.

Compartecipazione farmaci

La quota di compartecipazione a carico del cittadino è comprensiva del ticket regionale e della differenza di prezzo tra farmaco a brevetto scaduto/brand (originator) e farmaco equivalente. Si raggiungono 1.481 milioni di euro, in lievissima diminuzione rispetto al 2020 (-0,4%), ciò dovuto alla riduzione del ticket fisso (-2,7%). La spesa per compartecipazione per la quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto, nel 2021, risulta di 18,3 euro pro capite (circa 1,1 miliardi di euro), rappresentando il 73% della compartecipazione totale del cittadino (inclusiva anche del ticket per ricetta e/o confezione) e registra un aumento dello 0,4% rispetto all'anno precedente. In pratica, ogni cittadino spende di tasca propria, per la quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto € 18,03 euro.

La spesa pro capite per compartecipazione più elevata si registra al Sud e nelle Isole e ammonta a 23,8 euro (con una variazione del +30,2% rispetto alla media), mentre livelli minori di spesa si riscontrano al Nord con 13,6 euro (-25,7% rispetto alla media); al Centro la spesa pro capite ammonta a 20,2 euro.

A livello regionale, Calabria (25,2 euro), Campania (25,1 euro) e Lazio (25,0 euro) sono le Regioni con i valori di spesa più elevati; di contro, le PA di Bolzano (11,8 euro) e di Trento (12,7 euro) e la Valle d'Aosta (12,9 euro) sono quelle con i valori più bassi.

Farmaci a brevetto scaduto e equivalenti

Nel 2021, i farmaci a brevetto scaduto hanno costituito il 69,8% della spesa totale (67,6% della spesa nel 2020) e l'86,0% dei consumi (84,8% nel 2020) in regime di assistenza convenzionata di classe A. La quota percentuale dei farmaci equivalenti, ovvero quei medicinali a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto di copertura brevettuale, hanno rappresentato il 21% della spesa (20,5% nel 2020) e il 29,6% dei consumi (30,7% nel 2020). Si osserva anche nel 2021 il trend in crescita della spesa, seppur lievissimo. Quanto ai consumi di farmaci equivalenti nel 2021, rimane stabile la percentuale di utilizzo pari al 34,4% rispetto al 34,7% del 2020. Le Regioni del Nord consumano una percentuale maggiore di equivalenti (43,8%), rispetto a quelle del Centro (32,4%) e del Sud (24,3%). Infatti il valore maggiore si è registrato nella PA di Trento (48,8%), mentre quello più basso in Basilicata (20,8%). Nel periodo gennaio-dicembre 2021 l'utilizzo dei farmaci equivalenti continua ad essere privilegiato nelle regioni del Nord del Paese (38,2% a unità e 37,7% a valori), rispetto al Centro (27,2% a unità e 23,5% a valori) e al Sud (22,5% a unità e 19,2% a valori), a fronte di una media Italia del 30,5% a confezioni e del 25,3% a valori.

Spesa e consumi di farmaci oncologici

La spesa pro-capite per i farmaci oncologici è quasi raddoppiata negli ultimi 8 anni (+96%): si passa da 34,8 euro del 2014 a 68,2 del 2021 (per ogni anno l'andamento medio cresce del 10,1%). Al contempo, sul fronte dei consumi l'incremento medio annuo è del 2,4%, registrando un valore pari a 10,3 DDD/1000 abitanti die, nel 2021. Se teniamo conto del valore medio nazionale (68,23 euro pro capite), la spesa pro capite risulta più alta al Centro (73,30 euro), rispetto alle regioni del Sud (70,65 euro) e del Nord (64,38 euro). Tutte le regioni, ad eccezione di Sardegna e Basilicata, registrano nel 2021 un aumento della spesa pro capite rispetto all'anno precedente. La regione Marche presenta i consumi maggiori (11,8 DDD/1000 abitanti die),

seguita dalla Sardegna (11 DDD/1000 abitanti die). L'Emilia Romagna presenta l'incremento più elevato dei consumi rispetto all'anno precedente (+11,4%). Il costo medio per DDD per questa categoria di farmaci nel 2021 è stato pari a 18,08 euro, in aumento del 3,8% rispetto all'anno precedente; gli aumenti maggiori si osservano nella Valle d'Aosta (+32,8%) e nel Lazio (+11%). Gli anticorpi monoclonali sono i farmaci che incidono maggiormente sulla spesa: al primo posto, gli inibitori del checkpoint immunitario pari a 12,33 euro, con un incremento di spesa (+21,6%) e di consumo (+33,8%).

Accesso ai Fondi farmaci innovativi

Il Fondo per i farmaci innovativi, di fatto, ha unificato i precedenti Fondi separati (Fondo farmaci innovativi oncologici pari a 500 milioni di euro e Fondo farmaci innovativi non oncologici pari a 500 milioni di euro), istituiti con la Legge di Bilancio 2017 (art. 1, commi 401-406, della Legge 232/2016), a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale cui concorre lo Stato. Per il 2021 le risorse stanziare ammontano a 1 miliardo di euro annui cui concorrono le regioni che hanno acquistato tali farmaci. A partire dal 2022 le risorse per l'acquisto al rimborso dei farmaci innovativi sono incrementate rispettivamente di 100 milioni (2022), 200 milioni (2023) e 300 milioni a decorrere dall'anno 2024. La spesa per i medicinali innovativi non oncologici è pari a 213,7 milioni di euro, mentre la spesa per i farmaci innovativi oncologici è pari a 499,6 milioni di euro. Si fa riferimento, quindi, ai farmaci innovativi inseriti nel Fondo, al netto dei Pay Back. 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, Lazio e Veneto.

Tetti di Spesa Regionali

La Legge di Bilancio 2022 (L. n. 234/2021) ha rideterminato il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti nella misura dell'8% per l'anno 2022 (rispetto al 7,65%), dell'8,15% per l'anno 2023 e dell'8,30 % a decorrere dall'anno 2024. Resta fermo il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali (0,20%). Invariato il limite della spesa farmaceutica convenzionata nel valore del 7%. 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% nell'anno 2023 e nel 15,50% a decorrere dall'anno 2024. Anche nel 2021 il tetto di spesa per gli acquisti diretti viene superato da tutte le regioni, ad eccezione della Lombardia e Valle d'Aosta.

Distribuzione dei farmaci

Nel 2021 la spesa pro-capite per i farmaci dispensati attraverso la distribuzione diretta (DD) e in nome e per conto (DPC) di fascia A, H e C ha registrato un aumento del 4,6% rispetto al 2020 (147,2 euro e 8,7 miliardi di euro). A livello nazionale la spesa della distribuzione diretta ha un'incidenza percentuale del 74,7% (spesa pro capite di 110 euro), mentre quella della distribuzione per conto è del 25,3% (37,2 euro), con una ampia variabilità regionale e andamenti molto diversi per le due differenti modalità erogative (158,7 euro al Sud, 154,3 euro al Centro e 136,2 euro al Nord).

La modalità di distribuzione diretta risulta molto presente in Emilia Romagna con percentuali di incidenza dell'87,3% (a fronte del 12,7% per quanto riguarda il canale DPC), seguita dalla Sardegna con l'81,3% (a fronte del 18,7% del canale DPC). Le percentuali minori di incidenza della distribuzione diretta risultano in PA di Trento (62,9%), Molise (60,0%) e Lazio (64,2%). La Sardegna mostra il maggior valore di spesa pro capite (154 euro), mentre la Calabria il più

basso (22,6 euro). Per quanto riguarda la distribuzione per conto, invece, il Molise è la regione a registrare la maggiore spesa pro capite (60,0 euro), mentre l'Emilia Romagna la più bassa (20,4 euro). A livello nazionale, i farmaci di classe H rappresentano la principale quota di spesa nella distribuzione diretta (67,4%). I farmaci antineoplastici e immunomodulatori hanno il valore più alto di spesa pro capite (62,39 euro), tra quelli erogati in distribuzione diretta (DD) in aumento del 5,17% rispetto al 2020. I farmaci di classe A rappresentano a livello nazionale la quasi totalità dei medicinali erogati in distribuzione in nome e per conto (DPC), 37,2 euro.

Farmaci antivirali per la cura del Covid-19

Grazie a tutte le misure poste in essere a livello nazionale e globale, unitamente a una efficace campagna vaccinale, viviamo attualmente una fase endemica del virus Saer-Cov-2. In questo scenario, un ruolo importante è svolto anche dai farmaci antivirali per la cura del Covid-19. Il remdesivir (Veklury) è il primo farmaco antivirale (a somministrazione endovenosa) ad aver ottenuto l'autorizzazione condizionata dall'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) con decisione della Commissione europea del 3 luglio 2020¹¹. Il molnupiravir (Lagevrio), un farmaco antivirale, attualmente sospeso dall'Agenzia (a seguito del parere negativo formulato dal CHMP di EMA in data 24/02/2023 per la mancata dimostrazione di un beneficio clinico in termini di riduzione della mortalità e dei ricoveri ospedalieri), era stato inizialmente reso disponibile tramite autorizzazione alla distribuzione in emergenza ai sensi dell'Art.5.2 del DL 219/2006 (Decreto Ministeriale del 26 novembre 2021 e successive proroghe).

Il nirmatrelvir/ritonavir (Paxlovid) (a somministrazione orale) ha recepito l'autorizzazione europea con la determina n.15 del 31 gennaio 2022. A partire dal 21 aprile 2022, è stata estesa la prescrivibilità anche i Medici di medicina generale, per il trattamento precoce della malattia da COVID-19.

L'AIFA periodicamente pubblica il report relativo al Monitoraggio dei farmaci Antivirali per Covid-19 sul sito <https://www.aifa.gov.it/uso-degli-antivirali-orali-per-covid-19>.

Cittadinanzattiva, attraverso l'iniziativa "Raccomandazione civica. Verso un nuovo modello di accesso alle cure farmacologiche. Focus sul grado di accesso alle terapie antivirali per la cura del Covid-19", ha condotto una indagine civica con un focus dedicato a conoscere il livello di accesso alle terapie antivirali per la cura del Covid-19, al fine di cogliere gli aspetti che, secondo l'esperienza dei professionisti e dei pazienti, possono aver inciso sulla prescrizione e utilizzo di tali terapie.

I risultati dell'indagine e le Raccomandazioni civiche sono disponibili e consultabili dal 29 maggio 2023, al seguente sito

<https://www.cittadinanzattiva.it/progetti/15456-verso-un-nuovo-modello-di-accesso-alle-cure-farmacologiche.html>.

L'uso degli antibiotici in Italia e confronto europeo

Nel 2021, l'utilizzo di farmaci antibiotici (sono compresi i consumi a livello territoriale a carico del SSN e in acquisto privato e i consumi ospedalieri), ammonta a 17,1 DDD/1000 abitanti die (-3,3% rispetto al 2020 e -20% rispetto al 2019); la spesa complessiva (pubblica e privata) per gli antibiotici è pari a 787 milioni di euro corrispondenti a 13,29 euro pro capite.

Si osservano consumi più elevati di antibiotici in regime di assistenza convenzionata dispensati dalle farmacie territoriali pubbliche e private (rimborsate dal SSN), a seguito di prescrizione da parte dei Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.

Il consumo di tali antibiotici è pari a 11,5 DDD/1000 abitanti die, in riduzione rispetto al 2020 (-4,2). I consumi maggiori si concentrano nelle regioni del Sud (15,3), rispetto al Centro (12,0) e Nord (8,7) del Paese.

Cresce invece del 6% (rispetto al 2020) il consumo di antibiotici di classe A (rimborsati dal SSN) acquistati privatamente dai cittadini (4,1 dosi ogni 1000 abitanti). Ogni cittadino italiano ha speso in media 2,25 euro per l'acquisto di antibiotici. In questo caso, sono le regioni del Centro a registrare i consumi più bassi; mentre Nord e Sud sono pressoché allineati (4,3 e 4,2). Nelle Regioni del Centro e del Sud, pur in presenza di livelli di spesa sovrapponibili a quelli del Nord, l'aumento è stato del 15,8% (+3,3% al Nord).

Il dato più basso di consumi riguarda invece gli antibiotici per uso ospedaliero acquistati dalle strutture pubbliche (1,5 DDD/1000 abitanti die), che rappresentano l'8,5% del consumo totale a carico del SSN. Per questa categoria di antibiotici si riscontra un dato più alto di consumo al Nord (1,6), e al Centro (1,5) e rispetto al Sud d'Italia (1,2).

Per quanto riguarda gli antibiotici erogati in regime di assistenza convenzionata (nel 2021 la riduzione dei consumi è stata pari al 4,2%), il Sud mostra valori più elevati di consumo (15,3) rispetto alla media nazionale (11,5); seguono le regioni del Centro (12,0) e il Nord (8,7). In particolare Campania (18,1), Puglia (15,5) e Calabria (15,4) sono le Regioni con consumi più elevati. Mentre, la PA di Bolzano (5,6), la Liguria (8,0) e il Veneto (8,0) mostrano i consumi più bassi. Le maggiori riduzioni dei consumi dal 2021 al 2020 hanno riguardato la Valle d'Aosta (-11,4%), la Lombardia (-8,4%) e l'Umbria (-8,1%). Al contrario le Regioni del Sud hanno un consumo superiore alla media nazionale del 33% rispettivamente, con la Campania che registra una spesa quasi doppia in confronto al valore nazionale (14,15 vs 7,67 euro).

Nonostante nel 2021 si sia registrata una riduzione dei consumi (-3,1%) rispetto al 2020, complessivamente i consumi in Italia si mantengono superiori a quelli di molti Paesi europei. L'Italia si pone al di sopra della media UE/SEE (15,01 DDD/1000 abitanti die), e precisamente al decimo posto, con un consumo pari a 15,99 DDD/1000 abitanti die. I Paesi con le maggiori contrazioni dei consumi rispetto al 2020 sono stati la Grecia (-17,4%) e la Germania (-9,1%) mentre la Croazia e la Slovacchia registrano gli aumenti più consistenti (rispettivamente +15,5% e +10,5%).

Inoltre, l'Italia è uno dei Paesi con la minor quota di consumo degli antibiotici del gruppo "Access" (49%), considerati antibiotici di prima scelta, che secondo l'OMS dovrebbero costituire almeno il 60% dei consumi totali. Per quanto riguarda il consumo territoriale di antibiotici del gruppo Watch, l'Italia raggiunge il 52%, mentre Paesi come Islanda e Danimarca consumano rispettivamente l'11,8% e il 13,8%. Il consumo ospedaliero degli antibiotici si è ridotto, allineandosi alla media europea.

9. Malattie croniche e 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, introducendo 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 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 si stima ci siano circa due milioni di malati, moltissimi dei quali in età pediatrica.**

Prevede ancora, **entro due mesi** dalla pubblicazione in Gazzetta ufficiale, l'istituzione del **Comitato Nazionale per le Malattie Rare**, che sarà composto da Rappresentati dell'ISS, dei Ministeri della salute, dell'Università e della ricerca, del lavoro e delle politiche sociali, della

Conferenza delle regioni, dell'AIFA, dell'AGENAS, dell'INPS e delle Associazioni dei pazienti. E, **entro 3 mesi** dalla pubblicazione in Gazzetta ufficiale, **l'Istituzione del Fondo di Solidarietà per le persone affette da malattie rare.**

Sono altresì necessari, **entro tre mesi** dalla pubblicazione in Gazzetta ufficiale, due accordi in sede di Conferenza Stato–Regioni: uno relativo all'approvazione del Secondo Piano Nazionale Malattie Rare e riordino della Rete nazionale per le malattie rare; l'altro relativo alla definizione delle modalità per assicurare un'adeguata informazione dei professionisti sanitari, dei pazienti e delle famiglie.

Infine, è necessario, **entro sei mesi** dalla pubblicazione in Gazzetta ufficiale, un **Regolamento del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Università e Ricerca** per stabilire i meccanismi degli incentivi fiscali in favore dei soggetti, pubblici o privati, impegnati nello sviluppo di protocolli terapeutici sulle malattie rare o alla produzione dei farmaci orfani.

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

La **prima scadenza** fissata dal legislatore era quella del **10 febbraio 2022**, data entro la quale doveva essere nominato con decreto ministeriale il **Comitato Nazionale per le Malattie Rare**, un organismo che nelle intenzioni del legislatore deve assicurare la partecipazione di tutti i soggetti portatori di interesse alla realizzazione delle politiche in materia di malattie rare.

A settembre 2022, è stato ufficialmente costituito, tramite la firma del Decreto ministeriale, il primo dei decreti attuativi della legge 175/2021, **con un ritardo di sette mesi**, il Comitato Nazionale Malattie Rare (CoNaMR), la cui attività avrà durata triennale. Il Decreto, oltre alla lista dei soggetti che dovranno nominare i propri rappresentanti nel Comitato (27 in totale), ribadisce i compiti ad esso attribuiti, già identificati dalla legge: **“funzioni di indirizzo e di coordinamento, definendo le linee strategiche delle politiche nazionali e regionali in materia di malattie rare”**, ma anche redazione di pareri in merito ad atti cruciali quali il Piano Nazionale Malattie Rare, a cadenza triennale, il Riordino della Rete Nazionale Malattie Rare, e le periodiche campagne nazionali di informazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica. Il Decreto prevede, inoltre, che il **Comitato supporti il Ministro della Salute per la presentazione alle Camere, entro il 31 dicembre di ogni anno, di una relazione sullo stato di attuazione del Testo Unico Malattie Rare**¹². Tale Comitato si è insediato, quattro mesi dopo, il **24 gennaio 2023**.

Altra **scadenza fissata** era quella del **12 marzo 2022**, 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.**

Con un **ritardo di ben 11 mesi**, il 21 febbraio 2023 il Comitato **ha approvato il Piano Nazionale delle Malattie Rare (PNMR) 2023-2025**. Il Piano affronta in maniera diretta e precisa gli obiettivi su diagnosi, trattamenti, formazione, informazione per migliorare la qualità di vita delle persone con malattia rara, ma il prossimo impegno, una volta concluso l'iter con il passaggio in Conferenza Stato-Regioni, sarà quello di attuare le misure previste nel Piano anche attraverso corrispondenti e adeguate risorse per la cura delle malattie rare, per il supporto ai familiari e caregiver e per il sostegno alla ricerca e alla produzione dei farmaci orfani.

¹² <https://www.malattierare.gov.it/news/dettaglio/4974>

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 un'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 2022, data entro la quale doveva 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.**

Rispettare le scadenze poste per dare attuazione ad una legge approvata dopo ampi confronti con le associazioni dei pazienti e il mondo civico, significa rendere esigibili i diritti delle persone con malattie croniche e rare e delle loro famiglie ma anche rispettare la volontà del Parlamento che ha approvato il Testo Unico all'unanimità.

Il punto di vista dei pazienti e dei presidenti delle Associazioni dei Malati cronici e rari: analisi regionale dal Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità

In un contesto così critico e vulnerabile che sta attraversando il nostro Paese, si riescono a delineare alcuni tratti del nostro SSN, nello specifico emerge con una forza inarrestabile il fatto che le questioni che oramai si sono "cronicizzate" negli anni continuano in maniera incessante a essere di ostacolo ai pazienti cronici e rari e alle loro famiglie nell'accesso in pienezza alle cure e nella consapevolezza che ancora oggi, dopo sei anni, il PNC non è applicato in maniera uniforme con un inevitabile impatto sui cittadini, da qui il titolo di quest'anno: ***Fermi al Piano***, perché se è vero che negli ultimi due anni il nostro SSN è stato completamente assorbito dalla gestione della pandemia, è arrivato il momento di ripensare all'organizzazione dei servizi e del personale sanitario poiché le patologie croniche e rare inesorabilmente, senza se e senza ma, non seguono nessuna indicazione; si insinuano ogni giorno, si fanno strada ogni giorno e ogni giorno è diventato sempre più complicato individuarle e gestirle. Tutto ciò non può essere più tollerato: i pazienti cronici e rari non possono più permettersi di aspettare una cura che non c'è.

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.

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.