



*Camera dei Deputati*



Senato  
della Repubblica

**Relazione  
Intergruppo parlamentare sulla cronicità**

**DOCUMENTO CONCLUSIVO**

• **settembre 2022**

## **DOCUMENTO CONCLUSIVO DELL'ATTIVITA' DELL'INTERGRUPPO PARLAMENTARE SULLA CRONICITA'**

- **INTRODUZIONE**
- **LA FOTOGRAFIA DELL'ESISTENTE**
  1. **I NUMERI DELLA CRONICITA'**
  2. **COVID-19 E LE CURE MANCATE**
  3. **IL PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITA'**
  4. **PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ: IL RECEPIMENTO REGIONALE**
  5. **LA STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE**
  6. **E-HEALTH**
  7. **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)**
  8. **I PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA)**
- **IN QUALE DIREZIONE PROMUOVERE IL CAMBIAMENTO**
  1. **LE RETI CLINICO-ASSISTENZIALI SOCIOSANITARIE**
  2. **I PERCORSI DI PRESA IN CARICO E DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**
  3. **LE FORME DELLA INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**
  4. **IL VOLONTARIATO DI "PROSSIMITÀ"**
  5. **LA SANITA' DIGITALE**
  6. **LA TELEMEDICINA**
- **RACCOMANDAZIONI PER L'EQUITÀ NELLE POLITICHE PER LA CRONICITÀ**
- **CONCLUSIONI**

**BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

## INTRODUZIONE

Ad aprile 2021 è nata l'idea di costituire in Parlamento un Intergruppo Parlamentare sulla Cronicità con l'obiettivo principale di sensibilizzare l'azione di Parlamento e Governo sui temi che interessano il paziente cronico configurandosi come:

- uno strumento per dare visibilità e attenzione alla tematica della cronicità, con il coinvolgimento del Parlamento, del Governo, le istituzioni, e individuando strategie che rafforzino l'integrazione fra gli altri gruppi parlamentari coinvolti in tematiche direttamente e indirettamente coinvolti sulla tematica;
- un facilitatore per l'implementazione del Piano della cronicità, collaborando con le Istituzioni affinché il malato cronico possa trovare un posto centrale nell'agenda parlamentare e governativa;
- un osservatorio sulle luci e le ombre dell'applicazione del Piano per individuare quali sono i modelli organizzativi e le misure formative (e le eventuali nuove figure professionali) necessarie per la gestione dei processi di cambiamento;
- un think thank per elaborare proposte e strategie volte a rinforzare l'integrazione tra vari settori che influenzano la vita del malato cronico e l'organizzazione (nelle aree: salute, ambiente, lavoro, ecc.) e per supportare la realizzazione di quanto previsto dal Piano della cronicità.

Alla base di questa idea alcune riflessioni generali quali il fatto che in Italia oltre 14 milioni di persone in Italia convivono con una patologia cronica e di questi 8,4 milioni sono ultrasessantacinquenni. Il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più continue proiezioni epidemiologiche, secondo cui nei prossimi anni esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo. La Pandemia da Covid 19 ha focalizzato ogni sforzo ed energia per i pazienti affetti dal virus e, purtroppo, ha posto in secondo piano una pronta presa in carico dei pazienti con malattie croniche e bisognosi di continuità nelle cure. Le liste d'attesa, già in sofferenza, si sono ulteriormente allungate, gli screening oncologici sono stati quasi del tutto azzerati, in particolare nella prima fase dell'epidemia, incidendo in maniera pesante sia sulla capacità di diagnosi precoci che sulla condizione già fragile e precaria di chi convive con una cronicità che non conosce tregua. Il Piano nazionale della cronicità (recepito dall'Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni (Rep. atti 160/CSR del 15 settembre 2016) nasce con l'obiettivo di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, la sua famiglia ed il contesto sociale, migliorando la qualità di vita e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso alle cure dei cittadini.

Ecco perché ci siamo immaginati come intergruppo un percorso di attività e di lavoro da fare insieme alle associazioni dei pazienti, ai clinici e alle istituzioni, partendo proprio da un documento molto ben fatto, il Piano nazionale della cronicità (recepito dall'Accordo sancito in sede di

Conferenza Stato-Regioni (Rep. atti 160/CSR del 15 settembre 2016) per capire qual è il suo stato di attuazione, quali le criticità e quali i livelli di miglioramento, in modo che ogni controparte possa dire la sua e dare il suo contributo.

L'Intergruppo parlamentare sulla cronicità in particolare lo abbiamo inteso come un osservatorio per rispondere alle domande:

- a. a che punto stanno le regioni che hanno recepito il piano?
- b. dopo la delibera di recepimento quali sono stati gli ulteriori passi?
- c. quali le luci e le ombre della sua applicazione?
- d. quali sono le misure formative (e le eventuali nuove figure professionali) necessarie per la gestione dei processi di cambiamento in atto, con specifico riferimento al DM70 e al piano della cronicità?
- e. quali sono i modelli organizzativi e come verificare la possibilità di estendere a livello nazionale le buone pratiche?
- f. il superamento dei silos richiederà nuovi modelli e un cambiamento anche delle figure professionali con una nuova visione da parte delle società scientifiche nonché delle aziende farmaceutiche: quali saranno gli strumenti che la regione metterà in atto?
- g. come affronteremo il nuovo scenario che si svilupperà nei prossimi 2\3 anni dopo l'emergenza epidemica che avrà sicuramente un impatto significativo su tutti gli stakeholder dell'area sanitaria e sociosanitaria nonché sociale?
- h. e in riferimento all'andamento della pandemia come sarà la governance e l'organizzazione sanitaria? E come si risponderà all'impatto sociale? Con quali cambiamenti nei comportamenti? E il digitale potrà essere di supporto? Ma come?

Oggi abbiamo anche una "risorsa in più", il cosiddetto PNRR che contiene molti spunti interessanti riguardo il tema della cronicità (potenziamento della rete di assistenza territoriale, sanitaria e sociosanitaria, attraverso lo sviluppo delle Case di comunità, l'assistenza domiciliare integrata (ADI), gli ospedali di comunità, la telemedicina, ecc.). Ecco perché il percorso principale dell'Intergruppo Parlamentare, è stato indirizzato a mettere in evidenza alcune delle indicazioni del Piano al fine di rispondere, anche di concerto con le associazioni dei pazienti, alle necessità poste dall'emergenza epidemica, quali ad esempio:

- l'ingresso quanto più precoce della persona con malattia cronica nel percorso diagnostico terapeutico assistenziale multidisciplinare;
- il potenziamento delle cure domiciliari e la riduzione dei ricoveri ospedalieri, anche attraverso l'uso di tecnologie innovative di "tecnoassistenza";
- il potenziamento di modelli assistenziali centrati sui bisogni "globali" del paziente e non solo clinici;

## LA FOTOGRAFIA DELL'ESISTENTE: I NUMERI DELLA CRONICITÀ

Le malattie croniche in Europa sono responsabili dell'86% di tutti i decessi e di una spesa di circa 700 miliardi di euro l'anno. In Italia i malati cronici sono circa 22 milioni: 8,8 milioni circa con almeno una patologia cronica grave e 12,7 con due o più malattie croniche. Secondo Osservasalute "le proiezioni della cronicità indicano che nel 2028, il numero di malati cronici salirà a 25 milioni, mentre i multi-cronici saranno 14 milioni." L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stimato che oltre l'80% dei costi in sanità è assorbito dalla cronicità che rappresenta, quindi, la grande sfida di tutti i Paesi industrializzati. Attualmente nel nostro Paese si stima che si spendano, complessivamente, circa 66,7 miliardi per la cronicità; stando alle proiezioni effettuate sulla base degli scenari demografici futuri elaborati dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) e ipotizzando una prevalenza stabile nelle diverse classi di età, nel 2028 spenderemo 70,7 miliardi di euro. Gli ultimi dati ISTAT indicano nel nostro Paese un tasso medio di cronicità di 147,22 persone per mille abitanti con almeno una malattia cronica grave e di 211,06 persone ogni mille abitanti con due o più malattie croniche. I valori più elevati si registrano al Sud e nelle Isole, con una forte disomogeneità di presenza di patologia.

**Tabella – Tasso cronicità per 1000 abitanti**

Regioni/Aree	Tasso almeno una malattia cronica grave M+F	Tasso due o più malattie croniche M+F
Piemonte	149,01	210,96
Valle d'Aosta	133,75	205,49
Lombardia	135,28	186,3
Trentino-Alto Adige	108,44	145,68
Veneto	131,59	189,97
FVG	136,27	206,65
Liguria	151,13	<b>242,67</b>
E. Romagna	155,93	228,38
Toscana	148,93	212,73
Umbria	<b>180,4</b>	251,93
Marche	149,91	220,36
Lazio	135,08	202,46
Abruzzo	163,98	237,58
Molise	<b>182,68</b>	226,29
Campania	154,96	210,63
Puglia	145,04	215,39
Basilicata	173,8	261,19



Calabria	182,55	252,6
Sicilia	152,16	225,67
Sardegna	180,37	247,31
Italia	147,22	211,06
Nord Ovest	140,5	198,55
Nord Est	139,28	202,37
Nord	139,99	200,15
Centro	144,59	211,55
Sud	158,15	222,77
Isole	159,13	231,01
Mezzogiorno	158,47	225,42
Italia	147,22	211,06

Fonte: Istat, 2021

La maggior parte delle persone con fragilità (98%) ricevono aiuto per svolgere le funzioni delle attività della vita quotidiana per cui non è autonomo (IADL). Tuttavia, questo aiuto è sostenuto per lo più dalle famiglie, dai familiari direttamente (94%), e/o da badanti (21%) ma anche da conoscenti (14%); meno del 3% riferisce di ricevere aiuto a domicilio da operatori sociosanitari delle ASL o del Comune, meno dell'1% riceve assistenza da un centro diurno, dalle associazioni di volontariato l'1,5%. C'è un gradiente Nord-Sud della fragilità a sfavore delle Regioni del Sud (25% vs 16% nel Centro e 13% nel Nord).

Tabella – Tipo di aiuto ricevuto dai fragili

	Italia		
	n = 54632		
	%	IC95% inf (limite inferiore)	IC95% sup (limite superiore)
<b>Ultra65enni fragili</b>			
Fragili	18.3	17.7	18.8
Chi riceve aiuto tra i fragili	98.4	98.0	98.8
<b>Tipo di aiuto ricevuto dai fragili</b>			
Familiari	94.0	93.2	94.7
Conoscenti, amici	13.6	12.6	14.6
Associazioni di volontariato	1.5	1.1	2.0
Persona individuata e pagata in proprio (es. badante)	20.6	19.4	21.8



Assistenza a domicilio da parte di operatori del servizio pubblico es. AUSL, Comune	2.5	2.1	3.0
Assistenza presso centro diurno	0.8	0.6	1.2
Contributi economici (es. assegno di cura, accompagnamento)	5.4	4.8	6.1
<b>Giudizio complessivo per aiuti ricevuti dai fragili</b>			
Giudizio riferito dai fragili	4.4	3.7	5.2
Fonte: Indicatori Passi d'argento 2016-2019, Istituto Superiore di Sanità			

## COVID-19 E LE CURE MANCATE

Secondo il Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2021 della Corte dei conti, nel 2020 sono stati effettuati oltre 1,3 milioni di ricoveri in meno rispetto al 2019, cioè -17%. A saltare rispetto al 2019 oltre ai **ricoveri programmati** e cioè -747.011, purtroppo ci sono anche quelli urgenti che ne rappresentano il 42,6%, cioè -554.123. I ricoveri per **radioterapia e chemioterapia** si sono ridotti rispettivamente del 15% e del 10%, del 30% i ricoveri per il tumore della mammella, del 20% per i tumori di polmone, pancreas e apparato gastro intestinale. Per quanto riguarda invece le **prestazioni ambulatoriali**, la contrazione rispetto al 2019 si attesta a 144,5 milioni di prestazioni in meno (che dal punto di vista economico equivalgono a 2,1 MLD): circa 90 milioni di prestazioni in meno di laboratorio, 8 milioni in meno di prestazioni di riabilitazione, 20 milioni di prestazioni di diagnostica perse.

DIFFERENZIALE RICOVERI OSPEDALIERI ANNI 2019-2020  
(DRG MEDICI E CHIRURGICI -VOLUMI E VALORI)

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

Fonte: Salutequità su Rapporto 2021 Coord. Finanza Pubblica Corte dei Conti, dati Ministero della salute

## DIFFERENZIALE PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER CATEGORIA FA.RE DI 1° LIVELLO ANNI 2019-2020 (VOLUMI E VALORI)

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

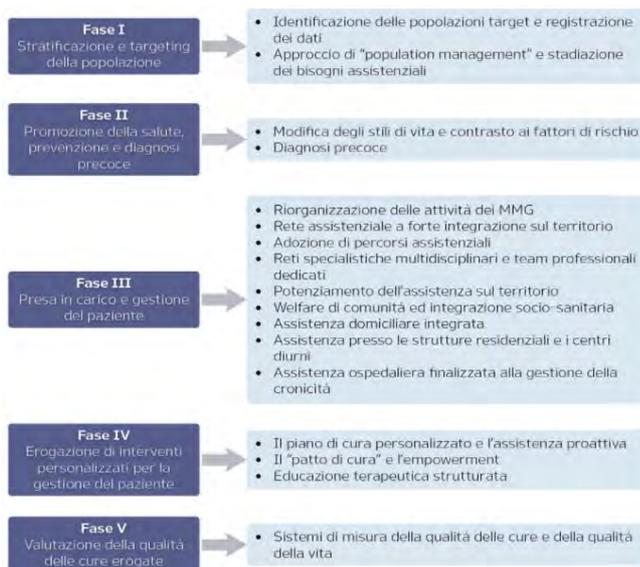
Fonte: Salutequità su Rapporto 2021 Coord. Finanza Pubblica Corte dei Conti, dati Ministero della salute

Secondo l'**Osservatorio Nazionale Screening** le prestazioni erogate tra gennaio 2020 e maggio 2021 si sono ridotte rispetto al 2019 del -35,6% per la cervice, -28,5% per mammella, -34,3% per il colon retto. Invece la stima delle lesioni tumorali che potrebbero subire un ritardo diagnostico è pari a 3.504 lesioni CIN2+, 3.558 carcinomi mammari, 1.376 carcinomi coloretali e oltre 7.763 adenomi avanzati del colon retto. La pandemia ha inciso anche sulla **presa in carico delle cronicità**, dalle prestazioni per la diagnosi a quelle per la prevenzione e gestione delle complicanze. Il dato più rilevante ad oggi pubblicato è quello contenuto nel Rapporto Annuale 2021 dell'Istat: **nel 2020 ridotte di quasi 1/3 le visite controllo e le prime visite volte ad impostare il Piano terapeutico.**

## IL PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ

Il PNC è stato approvato con l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016, partendo (così si legge nel testo) "dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale le attività in questo campo, proponendo un documento, condiviso con le Regioni, che, **compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali**, individui un **disegno strategico comune** inteso a promuovere interventi basati sulla **unitarietà di approccio**, centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza". Il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) è diviso in due parti, una premessa e tre allegati. Descrive 6 elementi chiave; 5 fasi del processo di gestione della persona con cronicità; 7 aspetti trasversali dell'assistenza.

Il macro-processo:



Il PNC, nella seconda parte, dedica un'attenzione specifica alla cronicità in età evolutiva e un paragrafo ad hoc dedicato al monitoraggio nell'attuazione, nonché le 10 condizioni di patologia da cui si parte per applicare quanto descritto nel PNC e per le quali sono specificati gli obiettivi specifici. Gli elementi di monitoraggio del Piano sono:

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

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

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

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

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

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

## **PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ: IL RECEPIMENTO REGIONALE**

Il recepimento del PNC da parte delle Regioni è stato lento ed eterogeneo (per tempistica e tipologia di atto utilizzato). L'ultima Regione ad aver recepito formalmente il **Piano Nazionale della Cronicità**, approvato dallo Stato e dalle Regioni nel 2016, è la Sardegna con la Delibera del 31/08/2021.



Regioni	Provvedimento di recepimento del Piano nazionale approvato il 15 settembre 2016	Mesi dall'approvazione del Piano nazionale	Anni dall'approvazione del Piano nazionale
Abruzzo	Con nota 7.11.2019 ha comunicato che con DGR del 18.6.2018 ha formalmente recepito il Piano nazionale Cronicità	21	1,75
Basilicata	DGR 729/2019 (con comunicato stampa, ma non si trova un riscontro e non è stata trasmessa la deliberazione)	38	<b>3,17</b>
Bolzano	Con nota 5 aprile 2019 ha comunicato che, con delibera della Giunta provinciale n.1281 del 4 dicembre 2018 ha approvato il "Masterplan Chronic Care 2018-2020", in recepimento del Piano nazionale cronicità	27	2,25
Campania	Decreto commissario ad acta n 60 del 24.07.2019	35	<b>2,92</b>
Calabria	Decreto commissario ad acta n. 93 del 18 giugno 2019	33	2,75
Emilia Romagna	D.G.R. N. 429 del 5 APRILE 2017	7	0,58
FVG	C'è solo un comunicato stampa che annuncia il recepimento ad agosto 2020, ma non si trova un riscontro	47	<b>3,92</b>
Lazio	DCA U00046 dell'8 febbraio 2018	17 mesi	1,42
Liguria	delibera n. 439 del 31 maggio	32	2,67
Lombardia	La Regione provvede con suoi Piani dal 2015. La Regione ha elaborato un suo modello di Piano per le cronicità in sintonia anche con il Piano nazionale e rispondente alle varie delibere che si sono succedute negli anni sulla materia	-	-
Marche	D.G.R. n. 1355 del 20 novembre 2017	14	1,17
Molise	Decreto del Commissario ad acta n. 1 del 31.01.2019	28	2,33
Piemonte	Delibera del Consiglio regionale 306-29185/10 luglio 2018	22	1,83
Puglia	D.G.R. N. 1740 del 22 novembre 2016"	2	0,17
Sardegna	<b>Delibera 31-08-2021</b>	<b>59</b>	<b>Circa 5</b>
Sicilia	D.A. n. 2199 del 6 dicembre 2019	39	<b>3,25</b>
Trento	delibera Giunta provinciale 1850 del 5 ottobre 2018 la PA di Trento ha recepito il PNC	25	2,08
Toscana	D.G.R. n. 826 del 23 luglio 2018 recante:	22	1,83
Umbria	D.G.R. N. 1600 del 28 dicembre 2016	3	0,25
Valle d'Aosta	D.G.R. 25 gennaio 2019	28	2,33
Veneto	Legge regionale n. 48 del 28.12.2018	27	2,25

Fonte: Salutequità

**Le Regioni che hanno previsto o istituito il Gruppo di lavoro**, così come sancito dal PNC, contestualmente all'atto di recepimento sono: Lazio, Sicilia e Valle d'Aosta, che indicano anche la composizione dei gruppi. Si va da 12 soggetti "fissi" previsti sia in Sicilia che nel Lazio integrabili, ai 4 della Valle d'Aosta da integrare anch'essi.

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

Regione	Istituzione contestuale alla delibera del gruppo di lavoro ed eventuale composizione	Riferimenti a patologie diverse dall'elenco parte II PNC (PDTA presenti al momento del recepimento accordo)
Abruzzo	No	Si ES: diabete mellito, condizioni croniche collegate a patologie ad esordio acuto: tumore colon retto, tumore della mammella, tumore del polmone, frattura prossimale del femore.
Basilicata*	No	Si, es. malattie neuromuscolari, diabete.



P.A. Bolzano		Si, esempi: diabete di tipo 2, tiroidite di hashimoto, Alzheimer e demenze
Friuli-Venezia Giulia	Non formalmente, ma il piano regionale cronicità deve essere elaborato con DCS e Aziende	Si, riferimento alla revisione dei percorsi per ictus, diabete, cancro della mammella. Riferimento, inoltre, alla realizzazione di pdta per incontinenza
Lazio	Si, istituisce il Gruppo di lavoro regionale di coordinamento e monitoraggio. Composto da <b>almeno 12 componenti</b> : -Direttore della Direzione Regionale e politiche sociali - 3 rappresentanti della direzione salute e politiche sociali: area cure primarie e area sistemi informativi - 3 rappresentanti delle aziende sanitarie regionali - 2 mmg, espressione delle società scientifiche - 1PLS espressione delle società scientifiche - 1 medico SUMAI - 1 infermiere espressione del collegio Ipasvi. Il gruppo di lavoro può avvalersi di esperti chiamati di volta in volta e rappresentanti delle associazioni di pazienti. Lavori del gruppo da concludersi entro 2 anni dalla pubblicazione dell'atto.	Si, nel piano si fa riferimento a tavoli tecnici e gruppi di lavoro per: diabete, mielodisplasie, sclerosi multipla, stomie, OSAS, malattie allergiche, epilessia, scompenso cardiaco gestito in telemedicina
Lombardia	Esistono alcuni gruppi di lavoro specifici (es. per formazione infermiere case manager cronicità,)	
Marche	No	Si, ad esempio: Epatiti virali, malattia diabetica, demenze
Molise	Si, viene dato mandato, con successivo atto, di istituire il gruppo regionale di coordinamento e monitoraggio delle azioni riguardanti il PNC	Si, esempio: ulcere da decubito, diabete, BPCO, gestione pazienti in trattamento con anticoagulanti orali, scompenso cardiaco, demenze
Piemonte	4 comunità di pratica (1 per ogni azienda), <b>composte ciascuna da 18 soggetti</b> : MMG, PLS, Specialista, Specialista fragilità (Fisiatra, Geriatra), Assistente sanitario, Direttore Distretto, Direttore ente gestore servizi socio assistenziali e/o Ass. sociale del Consorzio, Infermiere ADI, Infermiere di Famiglia e Comunità, Controllo Gestionale, Informatico gestionale e/o Data Protection Officer, Formazione, Direttore Sanitario Ospedaliero, Referente ospedaliero per dimissioni protette (NOCC), Referente distrettuale per dimissioni protette (NDCC), Assistente Sociale Aziendale, Farmacista,	



	Rappresentante di cittadinanza attiva e/o associazionismo	
Sardegna	No	diabete mellito, pregresso infarto miocardico, scompenso cardiaco
Sicilia	<p>Al fine di potere implementare il PNC a livello regionale, si istituisce il gruppo di lavoro <b>composto da 12 soggetti</b>.</p> <p>Per il DPS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dirigente Generale</li> <li>-Dirigente dell'Area Interdipartimentale "Programmazione Sanitaria Regionale"</li> <li>- Dirigente del Servizio "Programmazione Ospedaliera",</li> <li>- Dirigente del Servizio "Programmazione Territoriale"</li> <li>- Dirigente U.O.B. "Organizzazione strutture e servizi distrettuali"</li> <li>- Dirigente del Servizio "Tutela della Fragilità Area Integrazione Socio-Sanitaria"</li> </ul> <p>Rappresentanti esterni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-2 consulenti dell'assessore</li> <li>-1 Esperto Agenas</li> <li>- 1 esponente SIMFER</li> <li>- Direttore Cure Primarie, ASP di Caltanissetta</li> <li>- Direttore Presidi e Territoriale di Assistenza S. Luigi Curro di Catania.</li> </ul> <p>Nel rispetto delle tematiche contenute nel Piano Nazionale della Cronicità saranno via via individuati componenti esperti per le singole materie, anche per la costituzione di specifici sottogruppi di lavoro, nonché altri rappresentanti della medicina territoriale e dei pazienti.</p>	
Toscana	Non prevede un nuovo gruppo di lavoro, ma prevede "anche attraverso il coinvolgimento degli organismi regionali competenti, delle organizzazioni professionali e dei cittadini"	Si, diabete e del dolore cronico
Umbria	Nel documento tecnico viene indicato il processo che prevede il coinvolgimento delle Aziende sanitarie regionali, con i necessari approfondimenti tecnici da realizzare da parte di gruppi di lavoro costituiti ad hoc, il cui lavoro finale possa essere prodromico alla redazione del nuovo Piano Sanitario Regionale,	-----

	per la parte relativa alle materie trattate.	
Valle d'Aosta	Tavolo di lavoro composto da almeno 4 soggetti da integrare. Direttore sanitario, direttore medico di presidio, direttore di area territoriale, rappresentanti della medicina convenzionata, eventualmente integrato secondo necessità con altre figure professionali, dirigenti regionali competenti in materia di programmazione e assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale.	----
Fonte: Elaborazione Salutequità 2021 su atti regionali		

## LA STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE

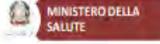
La prima fase del macro-processo del Piano nazionale della cronicità è quella della stratificazione e targeting della popolazione, fondamentale per programmare e gestire efficacemente le cronicità ed i servizi necessari, nonché per una sanità/salute di iniziativa.

## STRATIFICAZIONE E TARGETING DELLA POPOLAZIONE

1

**MACRO ATTIVITA'**

- Identificazione delle popolazioni target e registrazione dei dati
- Approccio di «population management» e stadiazione dei bisogni assistenziali






**LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE**

1. integrare e potenziare le banche dati ed i flussi informativi esistenti, con i dati dei sistemi di sorveglianza e le indagini campionarie, tenendo conto delle diverse modalità organizzative esistenti, a sostegno di un modello di gestione integrata della cronicità **non** solo basato sul consumo di prestazioni sanitarie, ma anche sui determinanti di salute socioeconomici e culturali e su stili ed abitudini di vita
2. misurare l'incidenza e la prevalenza delle malattie croniche, delle loro complicanze e del loro andamento nel tempo, condividendo metodologie e principi per la conduzione di studi epidemiologici
3. promuovere la costruzione di registri di patologia in accordo con la normativa nazionale
4. definire, attraverso l'istituzione di gruppi di lavoro (nazionali e regionali), una lista di indicatori condivisi per misurare la qualità degli interventi di prevenzione e assistenza sanitaria (in termini di valutazione continua delle strutture, dei processi di diagnosi e cura e degli esiti degli stessi), tenendo anche conto di quanto definito a livello internazionale e nazionale
5. identificare e sperimentare modelli prospettici di stratificazione della popolazione, basati sul bisogno di assistenza, che consentano di disegnare specifiche azioni per ciascun gruppo con particolare attenzione ai soggetti che soffrono di più patologie

**RISULTATI ATTESI**

Incremento del numero dei programmi di stratificazione della popolazione attivati in accordo con i rischi clinici e i bisogni di salute e sociosanitari



Secondo i dati della ricognizione della Cabina di Regia PNC del 2018, i **programmi di stratificazione** hanno visto coinvolte la maggior parte delle Regioni: quasi tutte hanno dichiarato di aver messo in moto azioni più o meno consolidate in tutte le Regioni, tranne la Calabria. Il sistema di stratificazione consolidato, stando agli ultimi dati disponibili del Ministero della Salute è presente nelle Regioni Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, PA Bolzano. **La stratificazione ha esiti diversi: si va dai 4 livelli di rischio di ricovero o decesso entro l'anno dell'Emilia-Romagna, ai 6 livelli di severità e 9 Stati di Salute dell'Umbria.**

**Tabella – Programmi di stratificazione presenti nelle Regioni**

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



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



	sistemi di stratificazione (in collaborazione con Piemonte, Marche)		<ul style="list-style-type: none"> <li>- attivare e dimensionare i servizi</li> <li>- organizzazione del lavoro</li> <li>- previsioni di spesa</li> <li>- attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI</li> </ul>
Piemonte	in programma sviluppo/adozione di sistemi di stratificazione (in collaborazione con Marche e PA Trento)	Sistema adottato da altre Regioni	<ul style="list-style-type: none"> <li>-programmazione e attribuzione delle risorse</li> <li>- attivare e dimensionare i servizi</li> <li>- organizzazione del lavoro</li> <li>- previsioni di spesa</li> <li>- attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI</li> </ul>
Puglia	sperimentato in ambiti territoriali significativi	Sistema proprio	<ul style="list-style-type: none"> <li>-programmazione e attribuzione delle risorse</li> <li>- attivare e dimensionare i servizi</li> <li>- previsioni di spesa</li> <li>- attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI</li> </ul>
Sardegna			<ul style="list-style-type: none"> <li>-programmazione e attribuzione delle risorse</li> <li>- attivare e dimensionare i servizi</li> <li>- organizzazione del lavoro</li> <li>- previsioni di spesa</li> <li>- attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI</li> </ul>
Sicilia	Sistema attivato**		
Toscana	Sistema attivato e consolidato***		<ul style="list-style-type: none"> <li>-programmazione e attribuzione delle risorse</li> <li>- attivare e dimensionare i servizi</li> <li>- previsioni di spesa</li> <li>- attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI</li> </ul>
Umbria	sperimentato in ambiti territoriali significativi	Sistema brevettato	<ul style="list-style-type: none"> <li>-programmazione e attribuzione delle risorse</li> <li>- attivare e dimensionare i servizi</li> <li>- organizzazione del lavoro</li> <li>- previsioni di spesa</li> <li>- attività di prevenzione, medicina di iniziativa e supporto alla definizione del PAI</li> </ul>
Valle d'Aosta	in programma sviluppo/adozione di sistemi di stratificazione	Sistema brevettato	<ul style="list-style-type: none"> <li>-programmazione e attribuzione delle risorse</li> <li>- attivare e dimensionare i servizi</li> <li>- organizzazione del lavoro</li> <li>- previsioni di spesa</li> </ul>



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

**Tabella – Livelli di rischio per sistema di stratificazione**

Regione	Livelli di rischio (da stratificazione)
Puglia	a. Assenza di malattia – presenza fattori di rischio
	b. Basso rischio – fasi iniziali della patologia
	c. Rischio medio – patologia conclamata
	d. Rischio alto
	e. Terminalità
Lombardia	1) fragilità clinica e/o funzionale con bisogni prevalenti di tipo ospedaliero, assistenziale a domicilio
	2) cronicità polipatologica con prevalenti bisogni extra- ospedalieri, ad alta richiesta di accessi ambulatoriali integrati/frequent users e fragilità sociosanitarie di grado moderato;
	3) cronicità in fase iniziale prevalentemente mono patologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale a richiesta medio-bassa di accessi ambulatoriali integrati e/o domiciliari/frequent users;
	4) soggetti non cronici che usano i servizi in modo sporadico (prime visite);
	5) soggetti che non usano i servizi, ma sono comunque potenziali utenti sporadici
Emilia-Romagna	Basso (>6%)
	Moderato (6-14%)
	Alto (15-24%)
	Molto Alto (>25%)



<b>Veneto</b>	0 - in salute (né costi né diagnosi) RUB: nessun contatto
	1 - sviluppo dei sintomi (costi senza diagnosi) RUB: utilizzatore sano
	2 – singola patologia o condizione non complessa RUB: basso
	3 – patologia singola complessa o patologie multiple RUB: moderato
	4 – multimorbidità e complessità RUB: elevato
	5 – terminalità RUB: molto elevato
<b>Umbria</b>	9. Condizione molto complessa
	8. Tumori maligni dominanti e metastatici
	7. Malattia cronica dominante in tre o più organi
	6. Malattia cronica significativa in due organi
	5. Unica malattia cronica dominante o moderata
	4. Malattia cronica minore in più organi
	3. Unica malattia cronica minore
	2. Storia di malattia acuta significativa
	1. Soggetti senza diagnosi o senza diagnosi di malattia acuta significativa
<b>Fonte: Rielaborazione 2021 di Salutequità su dati Ministero della Salute, Cabina di Regia cronicità, 2018 e desk research</b>	

## E-HEALTH

Un'ulteriore leva per l'attuazione del Piano Nazionale della Cronicità è rappresentata dalla digitalizzazione della sanità, nella quale anche il PNRR ha investito importanti risorse. Ad oggi il quadro relativo alla sua diffusione è ancora molto diversificato tra le Regioni. È il caso del Fascicolo Sanitario Elettronico e della Telemedicina.

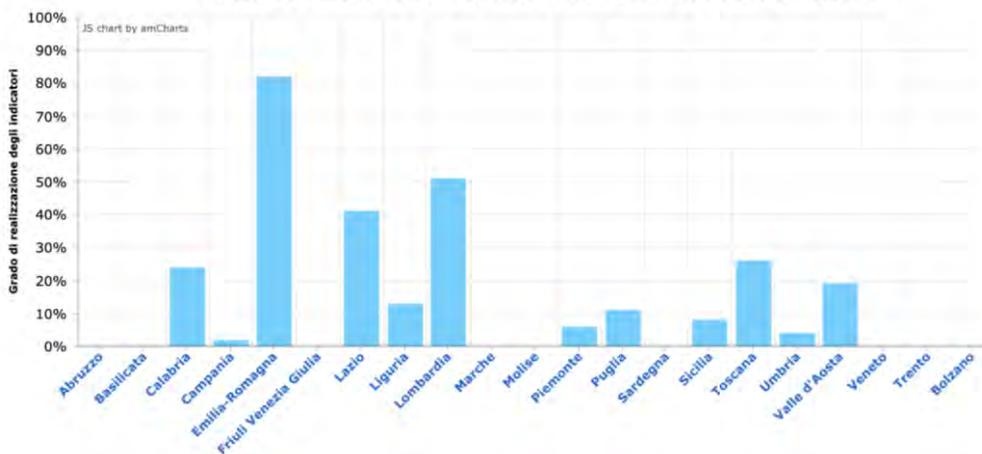


### Indicatore monitoraggio di utilizzo "Cittadini" per tutte le regioni

Cittadini che hanno utilizzato il FSE negli ultimi 90 giorni \*

Dati riferiti al 2° trimestre 2022 o all'ultimo aggiornamento rilevato dalle singole regioni.

Cliccando sul nome della singola regione si possono consultare i relativi dati specifici



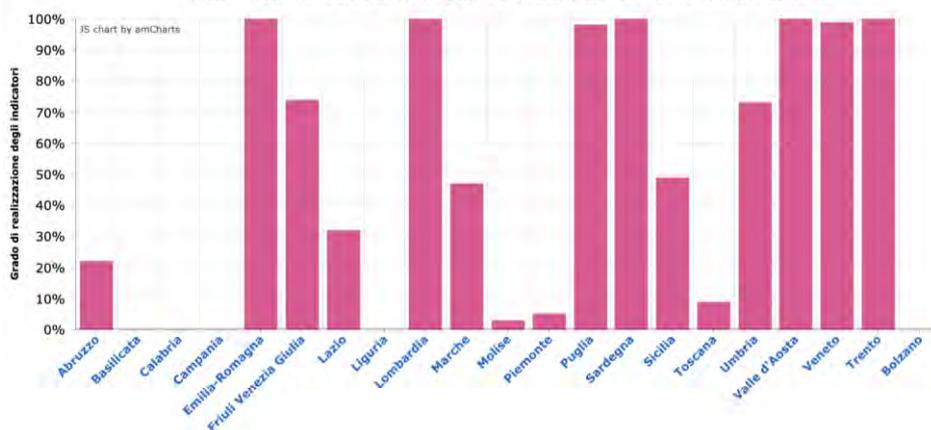
Fonte: <https://www.fascicolosanitario.gov.it/it>

### Indicatore monitoraggio di utilizzo "Medici" per tutte le regioni

Medici abilitati che hanno utilizzato il FSE

Dati riferiti al 2° trimestre 2022 o all'ultimo aggiornamento rilevato dalle singole regioni.

Cliccando sul nome della singola regione si possono consultare i relativi dati specifici



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

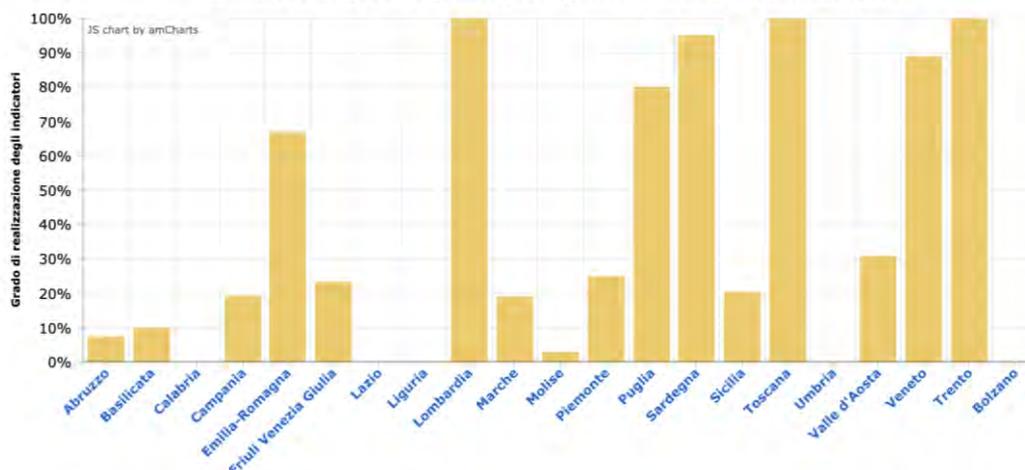


### Indicatore monitoraggio di utilizzo "Aziende Sanitarie" per tutte le regioni

Operatori sanitari abilitati al FSE

Dati riferiti al 2° trimestre 2022 o all'ultimo aggiornamento rilevato dalle singole regioni.

Cliccando sul nome della singola regione si possono consultare i relativi dati specifici



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

### Tabella – Esperienze di telemedicina nelle Regioni 2018

REGIONE	ESPERIENZE TELEMEDICINA
ABRUZZO	2
BASILICATA	1
CALABRIA	3
CAMPANIA	15
EMILIA ROMAGNA	36
FRIULI VENEZIA GIULIA	1
LAZIO	31
LIGURIA	13
LOMBARDIA	35
MARCHE	5
MOLISE	1
PIEMONTE	22
TRENTINO AA	3
PUGLIA	8
SARDEGNA	8
SICILIA	31



Camera dei Deputati



Senato  
della Repubblica

TOSCANA	31
UMBRIA	13
VALLE D'AOSTA	6
VENETO	17
Fonte: Salutequità su dati Ministero della Salute	

### **ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)**

L'Assistenza domiciliare integrata rappresenta uno degli elementi sul quale poggia il modello di presa in carico delle fragilità del nostro Paese e sul quale, anche in questo caso, il PNRR ha investito importanti risorse.

L'Adi presenta forti differenze regionali sia per quanto riguarda la quantità il numero di casi presi in carico che per la qualità dell'assistenza dal punto di vista delle ore garantite per caso.

Negli anni si è visto un incremento del numero di persone trattate in ADI e contestualmente, in alcune realtà, una diminuzione di ore per caso trattato. Tra i principali motivi vi sono le politiche del personale sanitario adottate negli anni a causa del relativo tetto di spesa e del blocco del turnover.



### 8. Percentuale di anziani $\geq 65$ anni trattati in ADI

Regione	2017	2018	2019
Piemonte	2,4	2,8	2,7
Valle d'Aosta	0,1	0,2	0,6
Lombardia	2,1	2,5	2,7
P. A. di Bolzano	0	0	0,2
P. A. di Trento	3,3	2,9	3,2
Veneto	4,2	3,5	3,9
Friuli Venezia Giulia	2,8	3,4	3,2
Liguria	3,2	3,4	3,2
Emilia Romagna	3,5	3,6	3,6
Toscana	3,1	3,3	3,1
Umbria	2,7	2,0	3,0
Marche	2,6	2,8	3,3
Lazio	1,7	2,0	2,1
Abruzzo	3,1	3,5	3,9
Molise	5,4	5,0	5,1
Campania	2,0	2,4	2,5
Puglia	1,9	2,0	2,0
Basilicata	3,2	3,5	4,1
Calabria	1,4	1,5	1,2
Sicilia	3,7	4,0	4,4
Sardegna	0,0	0,0	0,0



Indicatore 8 - Anno 2019

Fonte: MinSal: Monitoraggio LEA, Metodologia e Risultati dell'anno 2019



MINISTERO DELLA SALUTE  
DIREZIONE GENERALE DELLA DIGITALIZZAZIONE, DEL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO E DELLA STATISTICA  
UFFICIO DI STATISTICA

**ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA ORE E ACCESSI ANNO 2019**

Regione	Assistenza per Caso trattato Tutti i casi trattati									
	Terapisti della Riabilitazione		Infermieri		Altri Operatori		Medici		Totale ore per caso anziano	Totale ore per paziente terminale
	Ore per caso	Accessi per caso	Ore per caso	Accessi per caso	Ore per caso	Accessi per caso	Accessi per caso	Totale ore per caso		
PIEMONTE	1	1	9	14	1	1	4	11		
VALLE D'AOSTA	3	2	40	27	1	1	8	44	42	50
LOMBARDIA	2	3	10	20	1	1	1	13	10	34
PROV. AUTON. BOLZANO	-	-	24	44	-	-	7	24	-	-
PROV. AUTON. TRENTO	-	-	-	17	-	-	7	-	-	-
VENETO	(*)	(*)	4	8	1	1	4	6	5	11
FRIULI VENEZIA GIULIA	1	1	14	21	(*)	(*)	1	16	15	17
LIGURIA	4	4	12	16	2	2	2	18	19	11
EMILIA ROMAGNA	(*)	(*)	10	10	8	8	5	18	17	17
TOSCANA	(*)	(*)	6	11	2	4	4	8	8	10
UMBRIA	(*)	(*)	10	20	7	9	6	17	15	14
MARCHE	3	3	14	20	1	1	3	18	17	23
LAZIO	9	11	34	34	7	3	3	50	30	24
ABRUZZO	9	13	14	22	1	1	2	25	19	25
MOLISE	3	5	5	10	(*)	(*)	1	9	8	6
CAMPANIA	9	13	21	33	6	7	6	36	31	35
PUGLIA	3	3	11	15	10	6	6	24	20	9
BASILICATA	8	8	28	48	2	3	3	38	36	74
CALABRIA	3	3	11	21	(*)	1	1	14	13	20
SICILIA	10	11	19	24	6	6	4	36	31	53
SARDEGNA	10	12	27	41	2	2	9	38	36	47
ITALIA	3	4	12	17	4	4	4	18	15	22

PERCENTUALE DI RILEVAZIONE : 100,00% SUL TOTALE DELLE ASL CHE HANNO DICHIARATO DI AVERE IL SERVIZIO ATTIVO

ASS\_DIS\_DOM\_01

(\*) Valore inferiore a 0,5

Fonte: Annuario SSN 2019



Personale sanitario: differenza 2010-2018			
Regione	Totale	di cui medici	di cui infermieri
PIEMONTE	-3.767	-443	-277
VALLE D`AOSTA	132	11	38
LOMBARDIA	-2.888	290	-336
PROV. AUTON. BOLZANO	264	75	176
PROV. AUTON. TRENTO	771	160	315
VENETO	-1.924	-73	-421
FRIULI VENEZIA GIULIA	-917	-35	-229
LIGURIA	-6.305	-1.096	-2.631
EMILIA ROMAGNA	-1.328	-102	376
TOSCANA	-2.111	97	-413
UMBRIA	272	101	53
MARCHE	-866	-106	-259
LAZIO	-6.809	-1.510	-1.485
ABRUZZO	-668	26	-472
MOLISE	-1.027	-204	-366
CAMPANIA	-10.490	-1.739	-3.251
PUGLIA	-2.229	-374	-134
BASILICATA	-258	-63	-141
CALABRIA	-3.889	-746	-1.219
SICILIA	147	-281	1.813
SARDEGNA	1.758	440	879
<b>ITALIA</b>	<b>-42.132</b>	<b>-5.572</b>	<b>-7.984</b>

Fonte: elaborazione SE su dati Annuario Ssn 2010 e 2018 – Ministero della Salute

## I PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA)

Il PDTA è una delle leve più importanti per la presa in carico delle cronicità previste dal Piano Nazionale della Cronicità

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

## Il rispetto dei PDTA risulta particolarmente diversificato tra le Regioni.

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

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

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

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

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

Fonte: Ministero della Salute

- ) IN QUALE DIREZIONE PROMUOVERE IL CAMBIAMENTO

Dalle audizioni e dalle molteplici considerazioni fatte dai referenti, tenendo conto delle criticità prospettate e delle soluzioni più diffusamente proposte dai nostri auditi per apportare significativi elementi di novità all'interno delle strutture del S.S.N., possiamo estrarre un "leit-motiv" di particolare interesse: "la denuncia dello scollamento fra le varie componenti del Sistema salute, sia all'interno delle istituzioni sanitarie e non sia fra le varie istituzioni che hanno rapporti diretti o indiretti con la salute del cittadino e della comunità. In particolare all'interno delle istituzioni sanitarie per quanto riguarda la integrazione ospedale territorio sarebbe necessario:

- individuare e formalizzare strumenti e procedure per favorire il rapporto tra i medici/altre professioni sanitarie del territorio e i medici/altre professioni sanitarie ospedaliere al momento del ricovero (per condividere la storia clinica/assistenziale del paziente), durante la degenza e in vista o al momento della dimissione e attivare, previa una valutazione multidimensionale e multiprofessionale in vista della dimissione eventuali soluzioni necessarie dopo la dimissione (ADI, struttura di riabilitazione, residenza, hospice...)

Pertanto:

- **vanno sempre più strutturati:** i servizi orientati alle "dimissioni protette", intesi come servizi multiprofessionali con competenze nella valutazione multidimensionale e nel "case management" (con modelli di presa in carico della cronicità, afferenti alla riabilitazione, alle degenze di comunità, ai percorsi assistenziali per la terminalità, alla istituzionalizzazione, ai servizi residenziali socio-sanitari)".
- **vanno incrementati,** inoltre, i "protocolli di integrazione" che si sviluppano fin dalle dimissioni ospedaliere, coinvolgendo altri "setting assistenziali, quali: le Cure domiciliari di acuzie/post acuzie, le Cure palliative, i ricoveri nei Nuclei di Dimissione ospedaliera protetta delle Residenze Sanitarie Assistenziali, le Case di riposo, le Lungo assistenze domiciliari, le Semi residenzialità e Residenzialità sociosanitarie, etc. ). Per favorire il collegamento fra l'ospedale e gli altri servizi territoriali ( semiresidenziali, residenziali e domiciliari) assume un ruolo importante quello dell'infermiere di famiglia e di comunità e dell'assistente sociale che fornisce al paziente e ai suoi familiari, sia le informazioni indispensabili per comprendere le ragioni della scelta effettuata, sia il supporto consulenziale utile per guidarli nelle prime, più problematiche fasi del percorso di dimissione e di successiva presa in carico territoriale".

Si ritiene che queste constatazioni, oggi rese più evidenti dalla pandemia, fossero già presenti precedentemente, e già oggetto di "analisi critica". Tutto ciò quindi porta ad indicare la necessità del superamento di tale macrocriticità attraverso la ricerca di soluzioni possibili, per rendere "la organizzazione della offerta assistenziale – nelle sue forme - più organica, più interattiva al suo interno, facilmente accessibile da parte del cittadino/utente, efficace nell'ambito clinico ma più efficiente nella gestione, capace di accompagnare lo stato di salute di ogni paziente durante il corso della sua inevitabile evoluzione, con continuità e appropriatezza". Ne consegue logicamente come le proposte di cambiamento destinate a superare tale stato, anche alla luce del PNRR e del

DM 77, di fatto siano orientate a realizzare soluzioni che debbano ridisegnare gli assetti organizzativi, rafforzando tra l'altro la comunicazione, predisponendo le infrastrutture tecnologiche, rendendo le prassi operative sempre di più interdisciplinari e intersettoriali. Si tratta cioè di creare le condizioni per formalizzare le necessarie azioni della cooperazione interistituzionale, comunitaria e interprofessionale, il favorire il lavoro comune, il condividere progetti, il definire obiettivi omogenei, cioè sviluppare "tutto ciò che rientra nel quadro logico e metodologico di un più ampio – strutturato, incisivo e multiforme macro-processo di integrazione nelle sue varie espressioni organizzative, gestionali, operative, tecnologiche, professionali e istituzionali". Ma nella storia professionale di molti operatori del Servizio sanitario, sociosanitario e sociale la volontà e la capacità di integrazione non è del tutto presente per cui è necessario "un grande sforzo, soprattutto culturale, finalizzato a superare il retaggio storico del settorialismo". Questi si è sviluppato e si è consolidato nel tempo per l'influenza di una importante serie di elementi, in particolare:

- aspetti di natura organizzativa che hanno spinto per la creazione di servizi del tutto distinti, dotati di autonomia tecnico-funzionale;
- indirizzi normativi che hanno dominato la vision funzionale della dirigenza della pubblica amministrazione prima del Decreto Legislativo 80/1998;
- prassi che hanno considerato il personale, le dotazioni strumentali e strutturali, etc., di esclusiva proprietà dei vari servizi;
- evoluzione del "sapere medico-scientifico" che è andato, sempre più specializzandosi in ambiti di insegnamento, ricerca e pratica professionale articolati ed esclusivi;
- il consolidarsi, con riferimento a tali ambiti, di posizioni organizzative quali ad esempio le docenze accademiche e i primariati dotati di una loro crescente autonomia;
- la resistenza psicologica degli operatori al confronto, al lavoro comune, alla condivisione dei contenuti e delle pratiche professionali;
- la naturale tendenza che rende le parti di ogni sistema, ad elevata complessità, separati.

Dai contenuti delle audizioni, dove i referenti hanno messo in evidenza le criticità e formulato delle proposte, rafforzate anche da numerosissime indicazioni ricavabili dalle normative regionali, possiamo identificare "quelle soluzioni che devono essere implementate adesso e nel futuro – sul territorio nazionale- e di cui si cercherà di evidenziare le ragioni che sono la base fondamentale per determinare un cambiamento e si proporranno alcuni elementi costitutivi, presenti in esperienze già mature, o in fase avanzata di sperimentazione che ne rendono, possibile la realizzazione e la replicabilità in ogni contesto regionale".

Si collocano, dunque, in questo campo di sviluppo di processi di integrazione ad ampia visione, le seguenti tipologie: le Reti clinico-assistenziali sociosanitarie, i percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale, le forme della integrazione sociosanitaria, la strutturazione di modalità di cooperazione organica con le risorse del volontariato di "prossimità".

**LE RETI CLINICO-ASSISTENZIALI SOCIO SANITARIE;** la cui costituzione viene sollecitata in varie proposte nelle audizioni, tra cui quelle relative alle malattie renali croniche, alle reti oncologiche, agli operati senza stomaco, post ictus ecc.

Se consideriamo le Reti “hub and spoke” va rilevato che dal D.M. 70, (in fase di revisione) non è contemplata la presenza dei Servizi Sociali. Pertanto, ci si chiede se è la mancata presenza dei servizi sociali alla base delle criticità che rilevano gli auditi quando nei confronti dei malati cronici fragili non si riesce a rispondere ai bisogni assistenziali di persone, per lo più anziane, polipatologiche, con malattie croniche, ma anche con problematiche sociali, spesso soli, spesso indigenti, e non autonomi, etc.? Un esempio di questo modello, rispondente a queste esigenze, può essere identificato nella “Rete clinica-assistenziale sociosanitaria detta ad arcipelago”. Fanno parte della Rete, non solo i suoi “nodi”, cioè gli elementi costitutivi in grado di assicurare la “presa in carico” dei pazienti ma anche i servizi che erogano prestazioni nell’ambito dell’iter diagnostico-terapeutico specifico per ciascuno di essi.

- Si pensi, ad esempio “alle geriatriche e alle lungodegenze ospedaliere, agli ospedali di comunità, alle residenzialità sanitarie, sociosanitarie e sociali, alle semiresidenzialità sociosanitarie e sociali, alle varie domiciliarità (in particolare, l’ADI) ai servizi sociali comunali”.
- Nella seconda, invece si ricordano “le geriatriche ambulatoriali di territorio, i centri - consultori Alzheimer, gli ambulatori anziani a gestione infermieristica, etc.”

Fra i “Nodi” di questa Rete non c’è una articolazione di tipo gerarchico come avviene nelle reti “Hub e Spoke” ma si attua “una relazione puramente funzionale; diversa a seconda del tipo di assistenza che i vari servizi, in maniera adeguata, predispongono secondo le condizioni clinico assistenziali di ogni paziente, oppure, dallo stesso paziente, in risposta all’ evolvere del suo stato di salute. Così connotata tale modellistica della Rete, occorre chiedersi quali debbano essere gli “step” elaborativi che stanno alla base sia del suo percorso costitutivo, sia delle modalità di funzionamento”.

In linea di massima si possono così riassumere alcuni vantaggi in tale tipo di rete:

- a. predisporre un ambiente organizzativo unico, funzionale e operativo, in cui la vicinanza e la complementarità fra i servizi di ogni “Nodo” offrono una risposta adeguata ai bisogni di assistenza;
- b. questa modalità di offerta- “consente di perseguire il massimo di appropriatezza organizzativa poiché unisce anche il fatto che, per ogni tipologia di servizio, viene pre-definito un target elettivo di utenza- e attraverso la tendenza a standardizzare gli approcci assistenziali tipici di ogni “Nodo” diminuisce il rischio di inappropriata clinica”;
- c. la possibilità di inserire in questa rete nuove tipologie di servizi, e di sviluppare “prese in carico protette” a parità di bisogno, in ogni punto della rete;
- d. tale rete prevede l’applicazione di regole di funzionamento da parte dei soggetti gestori dei servizi di ciascun “nodo”, pubblici o privati che essi siano.

**I PERCORSI DI PRESA IN CARICO E DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (vedi in particolare l’attenzione posta nelle audizioni riguardanti i PDTA della dermatite atopica, delle malattie renali, del piede diabetico, dell’asma grave, del post ictus, dei malati oncologici, della psoriasi, ecc).**

Fra gli atti di programmazione sicuramente il “Piano nazionale delle cronicità” è quello in cui si evidenzia maggiormente l’importanza della costruzione e applicazione del PDTA che deve “mettere in evidenza i prodotti, clinici e non clinici, definendo indicatori alla base di un sistema di valutazione che non prenda in considerazione solo i classici outcome di salute (morbilità, mortalità) ma dia la necessaria centralità anche a prodotti ritenuti erroneamente poco valutabili, quali la comunicazione, il patto e l’educazione, ecc. che costituiscono assi portanti per interventi efficaci, efficienti e centrati sui bisogni globali del paziente”. L’obiettivo è costruire una “rete di protezione” intorno al paziente composta da: “interventi programmati nei contenuti e nei tempi di esecuzione; da una dialettica costante fra il paziente e i caregiver se presenti e i professionisti sanitari e sociali, via, via coinvolti; da un rapporto sistematico con alcune figure strategiche di riferimento (in primis, il M.M.G; PLS, specialisti, IFEC,... .); dalla strutturazione di un sistema informativo informatizzato che raccolga e faccia sintesi, in “progress”, di tutti i dati e le informazioni clinico”. Questo insieme di elementi è il prodotto di una elaborazione progettuale che il Sistema (prevalentemente regionale e locale) realizza mettendo a disposizione risorse, tecnologie e organizzazione. Appare evidente, e se non lo è lo deve diventare, che la prioritaria necessità gestionale è che tutto ciò sia governato da un Distretto Sanitario evoluto!

Quali obiettivi si intendono, pertanto, conseguire mediante la predisposizione di tale nuovo modello assistenziale? In linea di massima “il miglioramento dello stato di salute del paziente, dovuto alle azioni preventive, agli interventi precoci, all’integrazione professionale, alla maggiore consapevolezza del paziente, a cui si accompagna una maggiore appropriatezza clinica e organizzativa”.

Sono varie le tipologie delle “prese in carico” e dei “percorsi di continuità assistenziale”, di cui:

- le più standardizzate, riguardanti alcune patologie croniche non trasmissibili (scompenso cardiaco, diabete, broncopneumopatie, ipertensione, obesità), oppure alcune altre patologie che si distinguono per tasso di morbilità e letalità, ma che spesso non sono inserite stabilmente all’interno delle Reti cliniche loro dedicate come ad esempio le patologie cardiovascolari acute e oncologiche;

- le più ampie perché prevedono un insieme di sollecitazioni, culturali e comportamentali, finalizzate a conquistare “stili di vita” sani.

In merito a questo tipo di “presa in carico/continuità”, fino ad ora assai poco strutturata, si ritiene utile fare un approfondimento. Si parla in questo caso di prevenzione primaria in cui convivono da sempre tre “anime”.

La prima, ha l’obiettivo di ottenere più salute incidendo sui determinanti socio ambientali ma la cui modifica è tutt’altro che semplice dovendo agire sulle differenze socio-economiche createsi nel tempo.

La seconda anima della prevenzione, la più utilizzata su larga scala in tutto il mondo, consiste nell’allargamento delle profilassi vaccinali.

La terza anima si concretizza nella strutturazione di “politiche promozionali” di azioni preventive. Anche queste, però, non sono facili da attuare e non sempre garantiscono un risultato certo e facilmente valutabile.

Occorre, dunque, pensare ad altre soluzioni senza trascurare la necessità del coinvolgimento dei servizi e dei professionisti del Servizio sanitario e sociosanitario attraverso un capillare e preciso processo, pianificato e formalizzato e il coinvolgimento di tutte le risorse -pubbliche e volontarie-

Il cambiamento può verificarsi attraverso due strade:

L'una riguarda i medici di famiglia e i PLS, che già svolgono una generica azione educativa ma la potrebbero svolgere in maniera più sistematica sulla base di una elaborazione e pianificazione, guidata dai Distretti o dai Dipartimenti delle cure primarie che definiscano i contenuti dei messaggi, le forme della comunicazione, i tempi e i modi dell'empowerment con i pazienti. In questo affiancati da figure professionali, recentemente indicate nelle normative già approvate durante il Covid o in fieri, quali sono l'infermiere e il farmacista di comunità.

L'altra trova forza nell'impegno diretto degli enti locali, secondo il paradigma operativo già sperimentato (a livello nazionale e internazionale) nell'ambito del circuito delle "città sane".

Si evidenzia che le caratteristiche fondamentali che devono connotare l'approccio "comunale/comunitario" al tema della prevenzione primaria sono, essenzialmente di tre tipi.

1. È necessario "definire un piano territoriale della prevenzione primaria con la individuazione di fasi, tempi e modi di attività strutturate, a cui contribuiscono vari componenti (pubblici e non) con il coordinamento di una "cabina di regia" di cui facciano parte alcuni servizi comunali unitamente a referenti del SSN e della società civile".
2. La maggior parte degli interventi sono assicurabili anche da associazioni di volontariato e di promozione sociale "dedite principalmente alla organizzazione di attività ricreative, ludiche e sportive, che divengono -parte organica, sia del processo di definizione dei contenuti, sia della loro, successiva realizzazione".
3. Da considerare poi i percorsi preventivo assistenziale che si devono predisporre, sulla base delle specifiche condizioni di bisogno manifestato da ogni paziente.

Secondo quanto considerato si evidenzia come il terreno dove si attuano la "presa in carico" e i percorsi di "continuità assistenziale" sia soprattutto riconoscibile nell'insieme dei servizi territoriali di prossimità, che attraverso il governo del Distretto si sviluppino-lungo tre linee di servizi:

1. assistenza primaria sanitaria e sociosanitaria (forme aggregative dei M.M.G. e P.d.L.S; assistenze domiciliari di vario genere; infermieristica di famiglia e comunità (IFEC); le USCA (durante la pandemia), le case della salute/ comunità, etc.
2. Attività sanitarie "intermedie" (specialistica poliambulatoriale; ospedali di comunità, consultori; Country H.; Hospice; Sert, etc..).
3. Attività residenziali e semiresidenziali sociosanitarie (RSA; "Case protette", Centro Diurni, centri residenziali e semiresidenziali per disabili, appartamenti protetti, case di riposo, etc...).

È il distretto, in una stabile relazione con i MMG, i PLS e gli altri professionisti sanitari, ad assicurare la governance della nuova rete territoriale" che si realizza con i finanziamenti del PNRR, del Pon salute e dei fondi previsti dalla legge di bilancio. Un forte potenziamento del distretto è indispensabile per rendere possibile un salto di qualità di questa fondamentale struttura del SSN. A tal fine, con i fondi previsti nel PNRR, si dovrà procedere ad una specifica formazione (di altissima qualità) dei professionisti, medici dipendenti/convenzionati e altre professioni sanitarie che dovranno svolgere la funzione di capo distretto. Si dovrà lavorare sulla base di un'agenda comune e condivisa, su base multidisciplinare e di gruppo, con le altre professioni sanitarie e gli operatori sociali, conformemente alla programmazione ed ai modelli organizzativi definiti dal distretto, in coerenza con le linee guida nazionali e regionali, secondo le "priorità" e gli "obiettivi di salute" da perseguire.

All'interno di questa rete e in stretto collegamento con i servizi ospedalieri e i centri specialistici si concretizza la presa in carico e la continuità assistenziale che è la soluzione per ridurre quanto più possibile il ricorso inappropriato ai servizi ospedalieri, compreso il PS, promuovere strategie preventive che evitino o ritardino le manifestazioni patologiche (cronicizzanti, in particolare); favoriscano lo sviluppo di interventi per seguire efficacemente le persone con fragilità, ritardare processi degenerativi, prevenendo la perdita delle autonomie e favorendo l'attivazione di lungo assistenze.

Si ritiene che alcune esperienze interessanti da promuovere siano quelle che prevedono:

1. i processi di delocalizzazione, sul territorio, "di alcuni interventi fino ad ora in carico alla organizzazione ospedaliera, non solo in area chirurgica, dove già da tempo prestazioni di bassa complessità e dai rischi limitati sono transitate dalle Day-surgery alle chirurgie ambulatoriali ma anche per alcuni trattamenti come quelli oncologici dove è possibile spostare a livello territoriale la fase propedeutica all'intervento chirurgico e quelle, successive, come il follow up e i trattamenti di medio-lungo periodo presso le oncologie del territorio ( nelle "Case della Salute")".

Per quanto riguarda la domanda quali siano i "soggetti" deputati alla predisposizione dei percorsi di "presa in carico" e di "continuità assistenziale, che sono la soluzione più adeguata a migliorare il rapporto fra efficacia assistenziale ed efficacia gestionale, la risposta è che non c'è un unico "attore protagonista", ma, in rapporto a ciascuna situazione clinica e sociale, si identificano "soggetti" diversi. I percorsi più standardizzati (in genere, relativi alle patologie croniche non trasmissibili) e più diffusi in numerose realtà regionali, sono in generale stati elaborati o a livello regionale e contestualizzati a livello dei servizi locali o a volte direttamente definiti dai relativi Servizi sanitari. Ci sono poi quei processi che vengono attivati in fase precoce per prevenire la condizione patologica, e dove bisogna promuovere un'azione individuale e collettiva e che devono vedere coinvolti sia servizi e operatori pubblici, sia risorse del volontariato, in una visione congiunta. Vanno prese in considerazione "poi attività e prestazioni che sono contemplate nell'ambito dell'assistenza pubblica ma le troviamo in alcune esperienze maturate nell'ambito di associazioni di volontariato e/o di centri sanitari privati e in particolare nell'area della "riabilitazione integrata" per la quale bisogna strutturare e rendere operativi i processi all'interno del Sistema sanitario e sociosanitario pubblico". Comunque si evidenzia che "il percorso assistenziale individuale non può realizzarsi se si trascurava l'importanza della sistematicità del passaggio dei dati e delle informazioni relative al quadro clinico/ assistenziale del paziente e quindi la qual cosa presuppone la strutturazione di supporti informatico-digitali adeguatamente dedicati"

### **LE FORME DELLA INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA**

**(più volte rappresentata nelle richieste della maggior parte di auditi tra cui la UIL, l'ANCI Lombardia, Federsanità, ecc.)**

Quasi tutte le richieste, presentate nelle audizioni, invocano come indispensabile il lavorare sui "processi" e i "prodotti" della integrazione sociosanitaria proponendo anche soluzioni che mirano in particolare a superare le criticità esistenti legate a comportamenti spesso non condivisi e strutturati tra ASL e Comuni.-"Il Distretto è il luogo organizzativo più idoneo per sviluppare le varie

forme della integrazione perché consente di governare i processi integrati fra istituzioni (ASL e Comuni) gestendo le varie fonti di risorse in maniera unitaria". Le prestazioni riguardano le aree assistenziali relative, in particolare, all'area materno-infantile, anziani, handicap, patologie terminali, invalidità e disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative inserite quindi nei Servizi territoriali di base e intermedi e cioè le "assistenze domiciliari" integrate; le "Residenze sociosanitarie" per la popolazione anziana e le "Case della Salute" (o, U.C.C.P., o "Case di Comunità"). Sono essenzialmente tre le dimensioni della "integrazione sociosanitaria; "istituzionale", "gestionale" e "professionale".

Per quanto riguarda l'integrazione istituzionale si deve:

1. "prima di tutto concordare tra le istituzioni della sanità locale (le ASL) e le amministrazioni comunali quale sia il luogo organizzativo in cui dare concretezza alla funzione programmatoria comune",
2. "prevedere quali siano le modalità tecniche attraverso cui si concretizza l'azione programmatoria e procedere alla eventuale elaborazione di procedure che regolino comportamenti inter-professionali";
3. "progettare attività di formazione comuni per gli operatori sanitari e sociali impegnati non solo nello stesso "setting assistenziale";
4. "indicare le esigenze infrastrutturali che supportino i flussi informativi e le forme possibili della comunicazione digitale";
5. "definire e formalizzare gli accordi (inter-istituzionali) indispensabili per favorire il più possibile la compresenza fisica sia degli operatori sanitari che di quelli sociali nelle stesse sedi in cui devono realizzarsi i processi delle integrazioni".

Si ritiene molto utile individuare un "servizio" destinato a supervisionare tutte le fasi che concorrono alla attivazione di tali processi.

### **LA STRUTTURAZIONE DI MODALITÀ DI COOPERAZIONE ORGANICA CON IL VOLONTARIATO (più volte rappresentata nelle richieste degli auditi)**

Le soluzioni suggerite nell'ambito delle audizioni rendono evidente la necessità che le istituzioni nazionali, regionali e locali debbano riconoscere e valorizzare, sempre di più, in modo sistemico, l'apporto del volontariato. Dopo l'approvazione del "codice del terzo settore" (legge delega 2016 e decreti attuativi) che regola i processi costitutivi e indica le principali modalità di funzionamento, la vision relativa ai rapporti del mondo del volontariato con le istituzioni è cambiata, prevedendo la promozione di possibili forme di co-progettazione e di co-programmazione. Per rendere sistemico e sistematico nonché organico l'apporto del volontariato, al fine di migliorare i livelli quali/quantitativi di tutela e di assistenza a favore della comunità, devono realizzarsi alcuni presupposti tra i quali:

- l'attivazione di una Governance realizzata con l'apporto di tutti gli interlocutori istituzionali e non istituzionali, sanitari e sociali, formali e informali, profit e no profit.

- il mondo dell'associazionismo dei cittadini e dei pazienti deve essere coinvolto nell'intero ciclo delle politiche pubbliche: identificazione delle criticità, definizione delle politiche e programmazione interventi, implementazione delle scelte e valutazione.
- la creazione di Reti territoriali nelle quali, accanto all'intervento si attiva anche quello del volontariato con regole e una progettualità comune

In particolare, "il rapporto fra le istituzioni e il mondo del volontariato deve strutturarsi nell'ambito della funzione programmatrice nazionale, regionale e locale". Per "partecipare" ai processi decisionali e per svolgere tutte le altre funzioni collegate alla mission diviene centrale il tema della formazione delle Associazioni, che deve rappresentare una strategia e un filone di investimento rilevante anche da parte delle Istituzioni.

Serve inoltre una Pubblica Amministrazione che sia pronta, formata e organizzata per garantire coinvolgimento e partecipazione sostanziale delle Associazioni a tutti i livelli: nazionale, regionale e locale. A tal proposito rappresenta un elemento importante anche la valorizzazione e la diffusione delle soluzioni tecnologiche digitali.

## LA SANITÀ DIGITALE

Gli auditi, partendo dalle criticità sullo "stato dell'arte" per quanto concerne il "digitale" hanno evidenziato che spesso i percorsi realizzativi sono differenziati da regione a regione ma che pur presentando un quadro di esiti parziali non si è all'"anno zero" poiché disponiamo di molti dati di esperienza che hanno registrato buone "performance".

Pertanto, se ne deduce che "la campagna per una digitalizzazione diffusa ha bisogno, innanzitutto, di uno sforzo informativo, educativo, formativo e addestrativo che le istituzioni centrali potrebbero sostenere per replicare in maniera più ampia i processi che si sono dimostrati particolarmente efficaci e che vanno incentivati".

Inoltre, sembrerebbe assai più funzionale "l'adozione di un approccio cosiddetto misto nel quale, accanto ad alcuni "prodotti" definiti a livello nazionale, se ne aggiungono molti altri che si sviluppano sperimentalmente a livello regionale e locale, puntando in particolare ad assicurare la totale inter-operabilità fra gli applicativi Software già esistenti all'interno di singole strutture e/o servizi". Ciò consentirebbe di "rendere i servizi dialoganti e di facilitare la comunicazione telematico- digitale fra i professionisti operanti in ogni servizio di base e intermedio; territoriale e ospedaliero; sanitario, sociosanitario e sociale". Lo strumento principale per poter sviluppare i processi che ci consentano di ottenere quanto accennato è il "Fascicolo sanitario elettronico"; avendo, però, ben presente che questo ha alla base un processo di grande complessità e non un semplice prodotto e che consente anche di aumentare il livello di conoscenza "oggettiva" che ogni cittadino ha del proprio stato di salute. Inoltre, in particolare fra le richieste espresse nelle audizioni viene evidenziato il fatto che "tutta la medicina del futuro necessita, per ampliare le proprie prospettive, una massiva dose di "Big Data". Così per la "genomica" e la "medicina di precisione" che - attraverso la raccolta e l'impiego di migliaia di dati individuali - sono in grado di

fornire risposte personalizzate. Ciò rende i trattamenti chirurgici sempre più mirati e sempre meno invasivi (si pensi alla “robotica”), e gli accertamenti diagnostici più raffinati.

Si ritiene che per favorire uno sviluppo articolato strutturato e sistematico della sanità digitale:

1. vengano messe a disposizione ingenti risorse finanziarie. Il che sembra oggi realizzabile, considerando le risorse messe a disposizione nell’ambito del “PNRR”;
2. che ad ogni livello di “governance” (nazionale, regionale e locale) venga definito con precisione un “grande Piano di omogeneizzazione, integrazione e completamento dei flussi informativi in maniera sinergica, utilizzando la soluzione più immediatamente praticabile: e cioè una inter-operabilità totale degli applicativi software esistenti”;
3. la rivitalizzazione della cabina di regia prevista dalla agenda digitale;
4. il lancio di una grande campagna sui vantaggi che la sanità digitale può offrire, seguita da una fase specificamente mirata a far crescere il livello di addestramento all’uso delle tecnologie digitali.

## LA TELEMEDICINA

Dalle audizioni è emerso un apprezzamento generalizzato all’utilissimo ruolo che la “telemedicina” in tutte le sue forme ha svolto e potrà svolgere nel mantenere canali di comunicazione fra operatori, pazienti, familiari e, frequentemente, volontari. Infatti, tramite le sue molteplici articolazioni, non solo consente il collegamento, “da remoto”, fra professionisti, ma anche fra questi e altre figure informali che sono accanto al paziente, mettendo in relazione coloro che lavorano nei diversi “setting” assistenziali, e rappresentando lo strumento per la erogazione di alcune specifiche prestazioni. Si evidenzia che “il successo futuro della telemedicina non dipende solo dalle caratteristiche della strumentazione tecnologica e dai finanziamenti dedicati (certamente presenti nel PNRR) ma anche sia dalla disponibilità degli ambienti, in cui collocare le tecnologie sia dalla adeguatezza dei contesti organizzativi e operativi in cui collocarla”. Dipende inoltre sia dalla “individuazione del personale che deve presidiarli sia dalla preliminare formazione/addestramento delle figure (professionali e non) nonché dalla formazione del paziente e del suo Caregiver, dalla copertura dei costi di allestimento, di erogazione attraverso una predeterminata tariffazione e dalla creazione di veri e propri, nuovi, ambiti di esercizio, etc”.

Dalle audizioni sono emerse, inoltre, altre considerazioni tra le quali la necessità di individuare strategie che valorizzino i ruoli professionali in particolare di alcune figure quali: l’infermiere (si ricorda, a tal proposito, la implementazione del modello rappresentato dall’ Ambulatorio infermieristico e l’IFEC), il farmacista di comunità che, oltre a supportare le campagne di prevenzione, ed erogare servizi di 1°-2° livello, come previsto dalla normativa sin dal 1992 (Dlgs 502, art 8) e dall’accordo Stato Regioni sulla Sperimentazione della Farmacia dei servizi, possa interagire con il MMG/PLS per favorire l’aderenza alla terapia e la prevenzione delle reazioni avverse ai farmaci, che nella realtà rappresentano una delle cause di accesso al pronto soccorso più ricorrenti.

Nella sperimentazione che coinvolge molte regioni è necessario definire, tra l’altro,

- la regolamentazione della collaborazione tra MMG/PLS e farmacisti;



- il finanziamento delle prestazioni;
- i corsi di formazione e aggiornamento;
- la diffusione di materiale educativo standardizzato che orienti le attività.

Inoltre, la valorizzazione delle professioni dovrà puntare a riconoscere il potenziale contributo delle professioni sanitarie al miglioramento dei percorsi e dei livelli di qualità dell'assistenza per assicurare la qualità, l'efficienza e la gestione unitaria delle professioni sanitarie presenti, nel rispetto delle funzioni individuate dai singoli profili professionali e dai codici deontologici e del personale di supporto alle professioni stesse.

Le richieste, nelle varie audizioni, hanno evidenziato l'importanza del potenziamento dell'assistenza domiciliare, per ridurre la istituzionalizzazione, anche utilizzando tecnologie innovative di "tecnoassistenza", per la cui diffusione è necessario "operare su diversi piani: sul piano della ricerca, sul piano della formulazione di scenari, sul piano della formazione ed aggiornamento professionale". Soprattutto è necessario creare fiducia nei servizi di Telemedicina e l'accettazione da parte dei professionisti e dei pazienti, attraverso momenti formativi e informativi. Tra le richieste fatte durante le audizioni circa la necessità di incrementare l'ADI per i soggetti in condizioni di disagio clinico/sociale, si ritiene che la risposta sia nella strutturazione delle Centrali operative regionali, dotandole di apposito personale e di apparecchiature specifiche e "collocando gli interventi, oggi forniti separatamente da Asl, Comuni e Inps, ecc. all'interno di un sistema di cure domiciliari organico, che sappia offrire una risposta unica e coerente attraverso il budget di salute/ comunità". Il budget di salute è definito dall'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità quale "strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto". E' un esempio concreto per utilizzare risorse in modo non frammentato tra diversi soggetti istituzionali (ASL, Comuni, terzo settore, paziente e famiglia) e nelle sperimentazioni si è mostrato capace di dare una risposta per costruire "sistemi territoriali dove il welfare e la sanità concorrano a formare un diffuso sistema di servizi di comunità" e dove "ogni cittadino possa permanere nel proprio ambiente abitativo, relazionale e culturale anche in presenza di malattia o disabilità".

Inoltre gli auditi hanno posto l'attenzione sulla necessità di creare una stretta connessione fra didattica (Università, ecc.), ricerca (IRCCS ecc.), assistenza (ospedale-territorio), implementando le attività di collaborazione tra Servizio sanitario, le Università, le Società Scientifiche e altri organi istituzionali e di promuovere la formazione e l'aggiornamento professionale mettendo in campo alcune azioni contemporanee con targets diversi:

- il sistema di formazione universitario delle Scuole di Medicina, Scienze Infermieristiche, Fisioterapia/Logopedia, Farmacia ecc., deve dotarsi di strumenti didattici innovativi e adeguati ai nuovi bisogni che prevedano sia nel livello base che in quello specialistico l'insegnamento delle tecniche di cura delle cronicità e della comunicazione medico-paziente;
- il sistema di formazione continua degli operatori (ECM) del Servizio sanitario deve prevedere costanti aggiornamenti obbligatori destinati alla gestione della persona con cronicità, con particolare attenzione alle condizioni di fragilità sociale, all'assistenza domiciliare, all'impiego di tecnologie di e-Health;



*Camera dei Deputati*



Senato  
della Repubblica

- la Comunità di pratica, costituita già in alcune realtà a livello aziendale e/o distrettuale e che ha, tra le altre funzioni, quella di definire i piani di gestione della cronicità/fragilità, individuando modelli di clustering della popolazione, condividendo/implementando i PDTA, monitorando le attività in particolare per la popolazione fragile e cronica.



## Raccomandazioni per l'equità nelle politiche per la cronicità

1	Attuare e aggiornare il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) alla luce delle novità intercorse in termini di politiche del personale, modelli organizzativi e investimenti/riforme PNRR e integrando le patologie ricomprese (es. sclerosi multipla, psoriasi, cefalea cronica, poliposi nasale, asma anche nell'adulto,...)
2	Finanziare l'attuazione e l'aggiornamento del PNC con lo stanziamento e la finalizzazione di risorse specifiche in Legge di Bilancio 2023.
3	Realizzare e pubblicare una Relazione Annuale al Parlamento sullo stato di attuazione del PNC.
4	Inserire l'applicazione del PNC nel Nuovo Sistema Nazionale di Garanzia dei LEA.
5	Accelerare la realizzazione di un modello nazionale di stratificazione della popolazione da utilizzare in tutte le Regioni, basato non solo sul consumo di prestazioni sanitarie ma anche su determinanti di salute socioeconomici e culturali e su stili e abitudini di vita.
6	Recuperare e rilanciare l'impegno del livello centrale e delle Regioni nella definizione, nell'implementazione, nell'attualizzazione (rispetto alle innovazioni organizzative del PNRR) e nella misurazione degli esiti dei PDTA, anche in termini di qualità di vita dei pazienti.
7	Emanare il Decreto Tariffe per l'attuazione in tutte le Regioni dei LEA (2017).
8	Inserire esplicitamente la telemedicina nei LEA, sfruttando l'opportunità degli stanziamenti previsti in Legge di Bilancio 2022 per il loro aggiornamento.
9	Adeguare il personale socio-sanitario dal punto di vista quali-quantitativo per garantire l'effettiva esigibilità dei LEA in tutte le Regioni; investire nell'innovazione delle competenze del personale per attuare il cambiamento organizzativo funzionale alla garanzia della migliore presa in carico dei cittadini. Basare la scelta sulle evidenze e superare gli interessi di parte.
10	Agire su liste di attesa e cure mancate per limitare l'impatto su prevenzione, diagnosi tardive, aumento delle complicanze, aderenza al percorso di cura e alle terapie, costi sociali. Servono dati aggiornati per gli anni 2020-2021-2022 e sistemi stringenti di verifica dell'utilizzo da parte delle Regioni delle risorse stanziato ( 1 MLD di euro).
11	Definire strategie per favorire la diffusione della cultura della pianificazione comunicazionale che ha tra gli obiettivi quello di rispondere alla necessità di condividere termini, linguaggi e significati e di stimolare il confronto a livello pluralistico e interdisciplinare ma soprattutto fornire quegli strumenti per superare la difficoltà di comunicazione tra interlocutori di diverse aree, tra i diversi setting assistenziali e tra medico/ equipe e paziente
12	11 Potenziare il ruolo del distretto procedendo ad una specifica formazione dei professionisti, che dovranno svolgere la funzione di capo distretto e dei coordinatori di tutte le aree sanitarie coinvolte e individuare strategie ed azioni che creino una efficace integrazione tra SSN, Comuni e terzo settore favorendo la piena attuazione della

legislazione sui servizi sociali, ( legge 328/2000; Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023) quale snodo fondamentale per rafforzare il sistema integrato dei servizi sociali nell'ambito di una rete di collaborazione istituzionale e sociale, sulla base del principio di sussidiarietà verticale e orizzontale.

## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. *Recovery Plan italiano (PNRR – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), i cui interventi sono stati definiti dal Governo e approvati in CdM il 12 gennaio 2021.*
2. *Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025*
3. *Patto per la salute 2019-2021*
4. *dPCM 2017 recante “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”*
5. *Decreto Ministeriale 2 Aprile 2015 n. 70: regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi elativi all’assistenza ospedaliera*
6. *Piani d’azione WHO 2008-2013 e 2013-2020*
7. *Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria. Piano Nazionale della Cronicità. 2016.*
8. *Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell’assistenza del paziente complesso - Quaderni del Ministero della salute, n. 23 settembre-ottobre 2013*
9. *La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali- Quaderni del Ministero della Salute, n. 8 marzo - aprile 2011*
10. *Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell’assistenza all’anziano- Quaderni del Ministero della Salute, n. 6 novembre - dicembre 2010*
11. *“Rivoluzione Covid: cambiamenti e riforme del sistema sanitario nazionale ai tempi della pandemia “ a cura di Fosco Foglietta-TABedizioni-Roma 2019*
12. *Covid e fragilità- a cura di Fosco Foglietta-Paola Pisanti 2021*
13. *Dm77/2022*
14. *Ministero della Salute. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano 2016, Piano nazionale della cronicità.*
15. *Osservasalute 2019. <https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2019/02/Focus-1-Osservasalute-La-cronicita%C3%A0-in-Italia-feb-2019.pdf>*
16. *ISTAT 2021*
17. *Salutequità. 6° Report “Il Piano Nazionale della Cronicità per l’Equità”, nov. 2021*
18. *Salutequità., 4° Report “Le cure mancate nel 2020”, giugno 2021*
19. *Istituto Superiore di Sanità. Indicatori Passi d’argento 2016-2019*
20. *Corte dei conti. Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2021*
21. *Agenzia per l’Italia Digitale. <https://www.fascicolosanitario.gov.it/it>*
22. *Ministero della Salute. [https://www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioContenutiEHealth.jsp?lingua=italiano&id=2515&area=eHealth&menu=telemedicina telemedicina](https://www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioContenutiEHealth.jsp?lingua=italiano&id=2515&area=eHealth&menu=telemedicina%20telemedicina)*
23. *Ministero della Salute. Monitoraggio LEA, Metodologia e Risultati dell’anno 2019*
24. *Ministero della Salute. Annuario SSN 2019*



*Camera dei Deputati*



Senato  
della Repubblica

**SI RINGRAZIANO PER LA COLLABORAZIONE: PAOLA PISANTI E TONINO ACETI**