

# *Cittadini e cura delle cronicità:*

*come ricostruire l'accesso ai servizi  
e alle terapie nel post-pandemia*



Il presente Report è stato realizzato da Cittadinanzattiva tra luglio e agosto 2021.

Per il supporto alla realizzazione si ringraziano in ordine alfabetico le **colleghe e i colleghi**: Lorenzo Blasina, Alessandro Cossu, Valeria Fava, Maria Eugenia Morreale e Alessia Squillace.

**A cura di:** Carla Mariotti

Per l'elaborazione delle proposte civiche finali si ringraziano **FIMMG** (*Federazione Italiana Medici di Medicina Generale*), **FOCE** (*Confederazione Oncologi, Cardiologi e Ematologi*) e **SID** (*Società Italiana Diabetologia*). Senza il loro contributo e la loro disponibilità, non sarebbe stato possibile mettere a fuoco le questioni centrali sul futuro del Servizio Sanitario Nazionale.

**Realizzato con il contributo non condizionato di:**  
Egualia, Industrie Farmaci Accessibili

**Ultima revisione:** Settembre 2021

**Disclaimer:** I contenuti del presente report possono essere utilizzati o riprodotti su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autori e citazione originale. Per informazioni: [mail@cittadinanzattiva.it](mailto:mail@cittadinanzattiva.it)

## **L'impatto del Covid-19 sulla salute pubblica**

1.1 Malattie croniche: un'emergenza nell'emergenza .....	4
1.2 La rinuncia "forzata" alle prestazioni sanitarie .....	7
1.2.1 Misure di sistema .....	9

## **Focus su alcune malattie croniche**

2.1 Malattie respiratorie .....	10
2.2 Malattie cardiovascolari .....	11
2.3 Diabete .....	13
2.4 Oncologia e Screening .....	13

## **L'accesso alle terapie farmacologiche**

3.1 Ricetta dematerializzata e proroga dei Piani Terapeutici .....	16
3.2 Uso dei farmaci durante Covid-19 .....	17

## **Rifondare la sanità: le proposte**

4.1 Prestazioni sanitarie: "quello che è perso non è perso" .....	22
4.2 Il PNRR .....	23
4.2.1 La prevenzione .....	24
4.2.2 La rete ospedaliera .....	25
4.2.3 Sanità di prossimità .....	25
4.2.4 L'assistenza domiciliare .....	27
4.2.5 La medicina Generale .....	28
4.2.6 La telemedicina .....	29
4.2.7 Il Parco tecnologico .....	29

## **Considerazioni conclusive**

## **Fonti di riferimento**

## **Allegato 1 – Nota metodologica**

## L'impatto del Covid-19 sulla salute pubblica

**A**gli inizi del 2020 si apprendono le prime notizie su una malattia infettiva individuata a Wuhan. La malattia causa severe polmoniti e presenta un'eziologia sconosciuta. I livelli di gravità e la diffusione globale dell'infezione da SARS-CoV-2 (*agente responsabile del Covid-19*) sono talmente preoccupanti ed elevati, che nel marzo dello stesso anno **l'OMS dichiara il Covid-19 pandemia**.

Da allora l'Italia ha avuto il proprio "caso indice" e una diffusione dell'epidemia, che ha visto **una prima fase**<sup>1</sup> caratterizzata da un imponente numero di contagi e di decessi concentrati nel Nord Italia, con le regioni del Sud che invece beneficiavano di un tempo di latenza più lungo tra i primi casi e la diffusione del virus. Tra giugno e settembre 2020 si assiste ad una **fase di transizione**, durante la quale le misure di contenimento (lockdown) vengono allentate, poiché i dati sulla diffusione del virus lasciano ben sperare. Alla fine di settembre sono identificati nuovi focolai; i contagi tornano a crescere e questa volta interessano l'intero territorio nazionale; è l'inizio della **seconda fase**, conosciuta anche come *seconda ondata* che, solo dalla metà di novembre 2020, vede un lieve calo dell'incidenza dei contagi con una curva che nei mesi successivi tenderà a risalire.

**La terza ondata** prende piede dalla fine di febbraio 2021; il picco della pandemia si osserva a marzo 2021 con una differenza rispetto al mese dell'anno precedente: ci sono meno contagi ma questi sono distribuiti su un più lungo intervallo di tempo.

Al momento della presente scrittura<sup>2</sup> la curva dei nuovi contagi evidenzia un andamento variabile, ci sono segni di una decrescita, ma l'andamento è incerto. La campagna vaccinale contro il Covid-19 sta iniziando a dare i propri frutti, tuttavia, si scontra con un numero ancora troppo basso di persone che hanno completato il ciclo vaccinale (60,01%)<sup>3</sup> e con le mutazioni del virus (es. variante Delta) verso le quali, il vaccino pare non riuscire a garantire una copertura completa.

Così narrato **il Covid-19 sembra avere colto tutti di sorpresa**. In realtà la pandemia era prevedibile e prevenibile poiché dopo l'influenza Aviaria (virus H5N1) e la SARS-COV 1, le probabilità di un nuovo evento erano piuttosto elevate e gli scienziati, che circa vent'anni prima si erano occupati del problema, avevano lanciato più volte un allarme, volto quantomeno a rendere i cittadini consapevoli dei rischi futuri che avrebbero interessato l'Occidente e non più solo i Paesi Asiatici.

Nel sottovalutare i rischi e non disponendo di un aggiornato *Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale*, le azioni per contrastare il Covid-19 non sono state prive di errori: fin da subito sono mancati il **precoce riconoscimento** dei pazienti contagiati, le strategie mirate volte al loro **isolamento** e a quello dei familiari o ancora, la creazione di **corridoi alternativi** per la diagnosi e la cura da dedicare al trattamento di casi gravi<sup>4</sup>.

Tali errori affondano le loro radici su un **modello organizzativo di SSN** volto all'eradicazione della malattia e meno alla prevenzione e promozione della salute; inoltre hanno trovato terreno fertile, quando nei primi mesi del 2020 si è pensato di arginare la pandemia solo all'interno degli ospedali, concentrandosi esclusivamente sui casi gravi, mettendo completamente da parte il **territorio**<sup>5</sup> e

<sup>1</sup> Febbraio - Maggio 2020.

<sup>2</sup> Luglio - Agosto 2021.

<sup>3</sup> Cfr. **Il Sole 24 Ore**, *Vaccini in tempo reale* in Lab24, 2021 – ultimo accesso in data 16 agosto 2021.

<sup>4</sup> I casi di media gravità avrebbero potuto essere trattati in strutture extraospedaliere o a domicilio del paziente così come è stato fatto in Veneto e in misura minore in Emilia Romagna.

sperando che il **taglio dei posti letto**, degli anni precedenti e il ridotto numero di **personale medico e infermieristico** (*all'inizio alle prese anche con la carenza di misure di protezione*), influisse marginalmente. Proprio sul territorio, la pandemia ha aperto il "vaso di Pandora" mostrando come, aldilà delle intenzioni di considerare il legame ospedale-territorio la **condizione necessaria** per ottimizzare il coordinamento tra i diversi setting sanitari, poco è stato fatto concretamente per organizzare processi trasversali di presa in carico della cronicità.

## 1.1 Malattie croniche: un'emergenza nell'emergenza

I contagiati più gravi necessitano di **cure intensive** accompagnate da ausili per la respirazione assistita e pertanto, la predisposizione di posti di terapia intensiva risulta essere la strategia elettiva per garantire appropriata assistenza<sup>6</sup>. Presto la **carenza di posti letto** diverrà tale da dover ipotizzare, oltre ad un incremento della disponibilità di letti dedicati ai pazienti Covid, l'individuazione di **strutture alternative agli ospedali** che per ragioni diverse, vengono "attivate" con importante ritardo e di fatto sottoutilizzate.

In Italia fin dagli esordi, il Covid-19 si è innestato su una **popolazione con età media elevata** e ad alta **prevalenza di patologie croniche**; l'effetto sulla mortalità è stato devastante poiché in molti casi, ha acuito *le condizioni di fragilità della popolazione, soprattutto anziana*<sup>7</sup>.

Nella fase iniziale della pandemia, **l'incremento della mortalità** per polmoniti e altre malattie respiratorie è verosimilmente legato alla difficoltà di diagnosticare correttamente il Covid-19, mentre nel caso di decessi per **cardiopatie, tumori e diabete** è molto probabile che il virus abbia avuto un ruolo indiretto: da un lato potrebbe aver determinato l'accelerazione dei processi morbosi già in atto e dall'altro, aver provocato un aumento dei decessi, poiché la maggior parte dei pazienti non ha avuto accesso a visite e accertamenti diagnostici con regolarità e tempestivamente.

Per queste persone, in mancanza di un vaccino, era indispensabile predisporre specifiche misure di protezione, che limitassero al massimo il contagio, ma soprattutto, andavano promossi interventi tali da permettere in totale sicurezza di continuare a monitorare il loro stato di salute, già precario indipendentemente dal rischio elevato di essere contagiati dal Covid-19.

Fin da subito Associazioni di pazienti<sup>8</sup> e di cittadini e Società Scientifiche sono stati in prima linea: *Cittadinanzattiva per tutto il periodo del lockdown e nelle fasi successive ha avviato numerose iniziative politiche e di mobilitazione, accompagnate da un'intensa attività di comunicazione*<sup>9</sup>.

La scienza intanto si è impegnata nella ricerca di un vaccino e in Italia sono intervenute le **misure di contenimento**: lockdown, distanziamento sociale e uso di dispositivi di protezione individuale sono entrati nel quotidiano delle persone, modificandone comportamenti, abitudini e atteggiamenti<sup>10 e 11</sup>.

---

<sup>5</sup> Cfr. **FIMMG**, I protocolli per il trattamento dei pazienti contagiati sono arrivati al MMG molto in ritardo. Lo scenario si presenta con un "completo scollamento tra struttura territoriale e Aziende...il sistema si concentra negli ospedali con tutti i problemi che stanno venendo fuori".

<sup>6</sup> L'incremento dei posti letto all'interno degli ospedali prevede una rigorosa riorganizzazione dei servizi e una conoscenza della tipologia delle strutture. Non è chiaro ad esempio come siano stati gestiti i rapporti tra i reparti di terapia intensiva e gli altri reparti all'interno dell'ospedale.

<sup>7</sup> **ISTAT**, *Lo shock da pandemia: impatto demografico e conseguenze sanitarie* in Rapporto 2021, Cap. 2, 2021

<sup>8</sup> Cfr. **Cittadinanzattiva**, *Rapporto CNAMC*, paragrafo "Con l'arrivo del Covid-19 i servizi chiudono", 2020.

<sup>9</sup> Tra le Campagne di comunicazione: "*Insieme senza paura, keep calm*" in collaborazione con FIMMG e "#Io resto a casa" in collaborazione con Egualia.

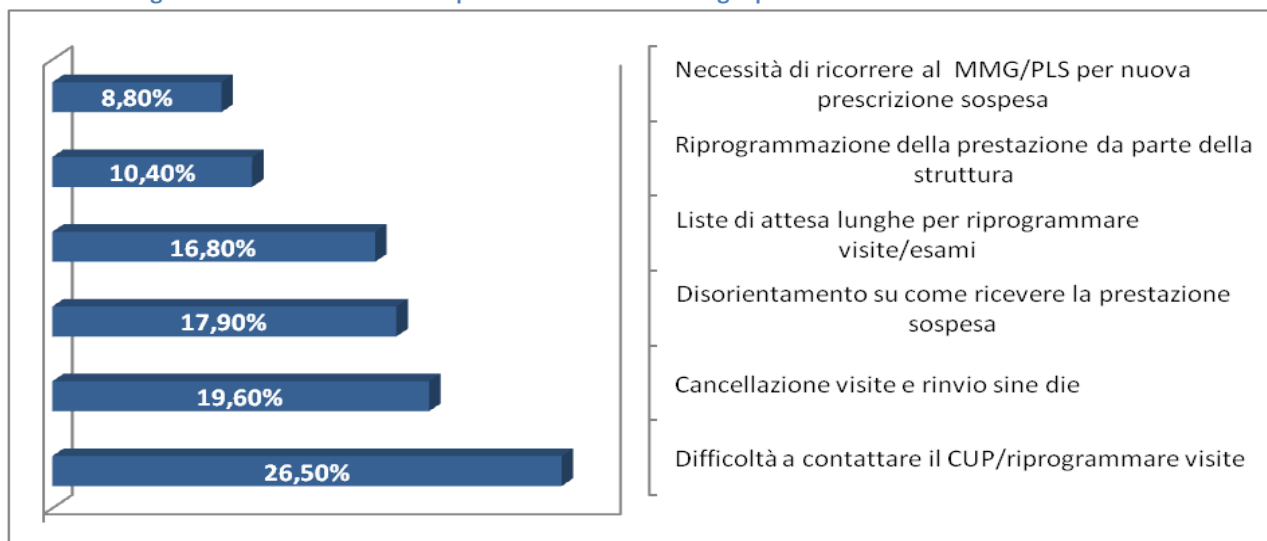
<sup>10</sup> Cfr. **Fondazione Italia Salute**, *Rapporto Gli italiani e il Covid*, 2021. "Ancora a un anno dall'inizio della pandemia, infatti solo il 13,8% dichiara che non ha nessun timore a frequentare strutture di tipo sanitario... l'86,2%...ha timore di frequentare i luoghi sanitari. Più in particolare, il 22,6% evita in assoluto di frequentarli ... Rimane un 22,3% che non ha timore, ma fa una certa attenzione. In buona sostanza, il 63,9% della popolazione italiana, se può, evita di frequentare tutto ciò che ha a che fare con la sanità".

<sup>11</sup> Cfr. Nota n°7

Le limitazioni imposte fanno degli anziani e delle persone fragili bersagli involontari: le misure di contenimento dovrebbero scongiurare il rischio di ammalarsi di Covid-19, ma al contempo impediscono alla popolazione, malati cronici in particolare, di accedere alle strutture (ambulatori, ospedali) poiché **le politiche sanitarie sono concentrate sul contrasto al virus** ed è particolarmente frequente assistere a sospensioni dell'erogazione dei servizi sanitari o a rinvii di prestazioni a data da destinarsi.

Con la pandemia il **livello di accessibilità** al Servizio Sanitario Nazionale viene fortemente condizionato: da subito si registrano **ritardi e cancellazioni**<sup>12</sup> (Graf. 1) di prestazioni sanitarie finalizzate alla cura di patologie già diagnosticate e vengono meno anche le attività di **prevenzione**.

**Grafico 1 – Segnalazioni dei cittadini su sospensione visite ed esami già prenotati**



Fonte: Cittadinanzattiva, XIII Rapporto PIT, 2020, rielaborazione Cittadinanzattiva, 2021

I **ricoveri e gli interventi chirurgici** per i malati cronici "non Covid" sono ridotti al minimo, perché gli ospedali sono "sovraccarichi" per le ragioni sopra anticipate (es. riconversione dei reparti) e dispongono di un ridotto numero di professionisti sanitari; l'annoso mancato potenziamento dell'assistenza territoriale si mostra in tutti i suoi limiti, contribuendo a contrarre ulteriormente le prestazioni. L'inadeguatezza della **rete territoriale** rende gli ospedali il principale (e a volte l'unico) punto di riferimento per l'assistenza in gran parte del Paese.

A farsi strada è un **nuovo profilo di iniquità nell'accesso ai servizi sanitari**, contraddistinto dall'incapacità del SSN di farsi carico dei pazienti "non Covid" (cronici in particolar modo), con conseguenze ad oggi non ancora concretamente quantificabili ma senza dubbio preoccupanti.

Se nella prima fase della pandemia l'incapacità di rispondere alla domanda di cura di "tutti i pazienti" è comprensibile, già dalla seconda ondata, è ingiustificabile aver assistito a inefficienze, scelte organizzative regionali e rinvii di prestazioni sanitarie<sup>13</sup> per le quali "saltano" le visite di controllo, le attività di diagnostica strumentale, gli screening oncologici organizzati e tutti gli interventi chirurgici non urgenti. Va da sé l'acuirsi delle **disuguaglianze di salute**<sup>14</sup>, con un importante accumulo di ulteriori ritardi e allungamenti delle liste d'attesa.

<sup>12</sup> Cittadinanzattiva, XIII Rapporto PIT, 2020.

<sup>13</sup> SalutEquità, Equità di accesso alle cure e Covid-19, 1°Report, 2020

<sup>14</sup> Le disuguaglianze dello stato di salute dipendono da diversi fattori. Il 15 settembre 2021, AIFA ha presentato il primo **Atlante delle disuguaglianze sociali nell'uso dei farmaci per la cura delle principali malattie croniche**. - <https://www.aifa.gov.it/atlane-disuguaglianze-sociali-uso-farmaci> - Lo studio confronta e descrive l'uso dei farmaci prescritti per le principali patologie croniche in Italia tra gruppi di popolazione tenendo conto dei diversi livelli di posizione socioeconomica. Quest'ultima viene misurata attraverso un indice di privazione che tiene conto di diversi fattori quali istruzione, disoccupazione, composizione del nucleo familiare, densità e condizione abitativa.

All'interno di questo scenario è discutibile anche la qualità dell'informazione: i pazienti cronici, ad esempio, non solo assistono impotenti alla sospensione o al rinvio del proprio **diritto di accesso alle cure**, ma in molti casi sono costretti a ricorrere alla **sanità privata non convenzionata**, l'unica alternativa che conoscono.

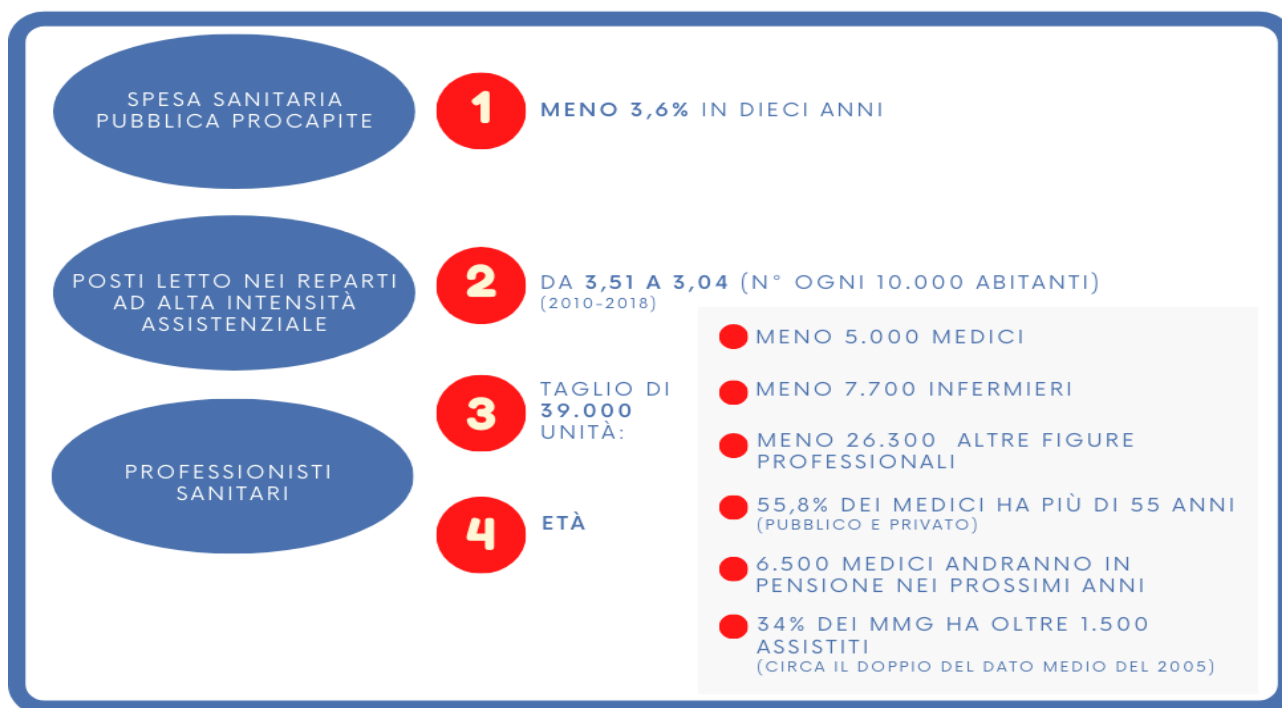
Il Covid-19 ha pertanto un **impatto indiretto** non trascurabile anche su tutti i percorsi assistenziali, in particolare, su quelli dei pazienti affetti da patologie croniche. I pazienti cronici "non Covid" sono particolarmente **suscettibili al contagio** e rimandare loro una prestazione può avere potenzialmente un beneficio superiore rispetto a quello di esporli al virus.

Il problema, però, si pone quando gli stessi pazienti spinti "impropriamente" al rispetto delle norme per paura del contagio o, conoscendo le difficoltà organizzative delle strutture sanitarie, non solo esitano a ricorrere alle visite e ai controlli per scarsa consapevolezza, ma faticano a riconoscere i sintomi e le complicanze della propria patologia, rinunciando ad una tempestiva diagnosi e al trattamento e non rivolgendosi al Pronto Soccorso.

Si è detto come, nelle fasi apicali dell'emergenza sanitaria, il maggior numero di **posti letto** in ospedale sia riservato ai pazienti Covid; proprio la scelta di concentrarsi su quest'ultimi e in misura nettamente inferiore su i "non Covid" metterà presto in evidenza **i limiti preesistenti del SSN** (Fig. 1).

Lo squilibrio più evidente è determinato dalla mancanza di un **bilanciamento, tra la domanda di cure intensive** causata dal Covid-19 e **la domanda di assistenza di chi è già affetto da una patologia**, oltretutto di chi ne avrebbe bisogno per la prima volta, da quando è scoppiata la pandemia.

Figura 1 - Limiti del SSN (prima della pandemia)



Fonte: CENSIS, Report "I Cantieri per la Sanità del Futuro", 2021 – Rielaborazione Cittadinanzattiva

Durante la pandemia però è da riconoscere al Servizio Sanitario Nazionale la capacità di aver trasformato *un reparto da una specialità all'altra in poco tempo*<sup>15</sup>, riutilizzato velocemente le sale operatorie come terapie intensive a costo di enormi sforzi da parte del personale sanitario.

<sup>15</sup> CERGAS, Bocconi, *Rapporto OASI*, 2020.

## 1.2 La rinuncia "forzata" alle prestazioni sanitarie

Nel 2020 per le prestazioni **ambulatoriali e specialistiche** si registra a livello nazionale una riduzione del **20,3%** rispetto al 2019<sup>16</sup>. Tra le Regioni si osservano marcate differenze che rafforzano le preesistenti disuguaglianze: **Basilicata e Provincia Autonoma di Bolzano** sono i territori maggiormente in sofferenza con un calo delle prestazioni rispettivamente del **50%** e del **42%**. Una riduzione del **30%** si osserva in **Valle d'Aosta, Calabria, Sardegna e Liguria** mentre una flessione tra l'**11%** e il **15%** interessa la **Campania, la Sicilia, e la Toscana**.

L'evidente eterogeneità dei dati è da annoverare alle diverse scelte organizzative che le regioni hanno messo in atto in risposta all'emergenza sanitaria. La rinuncia "forzata" alle prestazioni tocca in egual misura **uomini e donne**; differenze si rintracciano invece, analizzando le **fasce di età**: per quella pediatrica il calo è del **33%**, per quella tra i 35 e i 54 anni è del **22%**; per le altre fasce di età, la riduzione si situa tra il **18%** e il **22%**.

Il fenomeno si modifica anche sulla scorta della tipologia di prestazione: le più penalizzate sono quelle relative ad una minore urgenza e gravità.

Nel 2020, sono **2 milioni in meno (-7%)** le **prestazioni indifferibili** erogate (es. TAC, RM, biopsie): il dato più significativo riguarda il **Nord (-9,4%)**; segue il **Centro (-4,9%)** con una minore riduzione anche se il dato è in linea con l'anno precedente e infine il **Sud (-4,9%)** che perde all'incirca la medesima percentuale di incremento guadagnata nel 2019<sup>17</sup>.

A dare contezza dei cittadini cui il **diritto alle cure è rimasto "appeso" all'andamento della pandemia**, è anche la Corte dei Conti<sup>18</sup> secondo la quale nel 2020, sono oltre **1,3 milioni i ricoveri in meno** rispetto al 2019 (-17%): di questi circa **682 mila (52,4%)** sono ricoveri con DRG medico e poco meno di **619 mila (47,6%)** con DRG chirurgico (Tab. 1). Più in generale, il 42,6% si riferisce a prestazioni urgenti mentre il 57,4% a ricoveri programmati.

Tabella 1 – Riduzione ricoveri (Variazione 2019 vs 2020)

Ricoveri	DRG medici	DRG chirurgici	Totale
Urgenti	-460.599	-93.524	-554.123
Programmati	- 221.253	-525.758	-747.011
<b>Totale (n° in migliaia)</b>	<b>-681.852</b>	<b>-619.282</b>	<b>-1.301.134</b>

Fonte: Corte dei Conti, *Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica, 2021* – Rielaborazione Cittadinanzattiva

Per comprendere la portata del mancato accesso alle prestazioni, si consideri che i ricoveri di **chirurgia oncologica** si sono **ridotti del 13%**, mentre in **ambito cardiovascolare** il **calo** è di circa il **20%** degli impianti di defibrillatori, pacemaker ed interventi cardiocirurgici maggiori.

Per quanto riguarda i ricoveri medici la riduzione è importante, sia per i trattamenti di malattie cardiovascolari sia di quelli volti alla gestione del paziente oncologico.

Una flessione significativa è stata evidenziata anche sui ricoveri per la gestione di pazienti con comorbidità (es. paziente geriatrico affetto da BPCO).

Per quanto riguarda la **specialistica ambulatoriale** (visite ed esami), la **riduzione complessiva** delle prestazioni è di oltre **144,5 milioni** di cui **14.233 (9,8%)** sono prestazioni non eseguite nel privato.

Il 90,2% interessa le strutture pubbliche così declinate: **-67,2%** rispetto al 2019 per gli esami di laboratorio, **-12,5%** per la diagnostica, **-13%** per le visite, **-3,5%** per la riabilitazione e **-3,8%** per l'area terapeutica<sup>19</sup> (Tab. 2).

<sup>16</sup> ISTAT, *Lo shock da pandemia: impatto demografico e conseguenze sanitarie* in Rapporto 2021, Cap. 2, 2021

<sup>17</sup> Ibidem.

<sup>18</sup> Corte dei Conti, *Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica, 2021*.

<sup>19</sup> Ibidem.



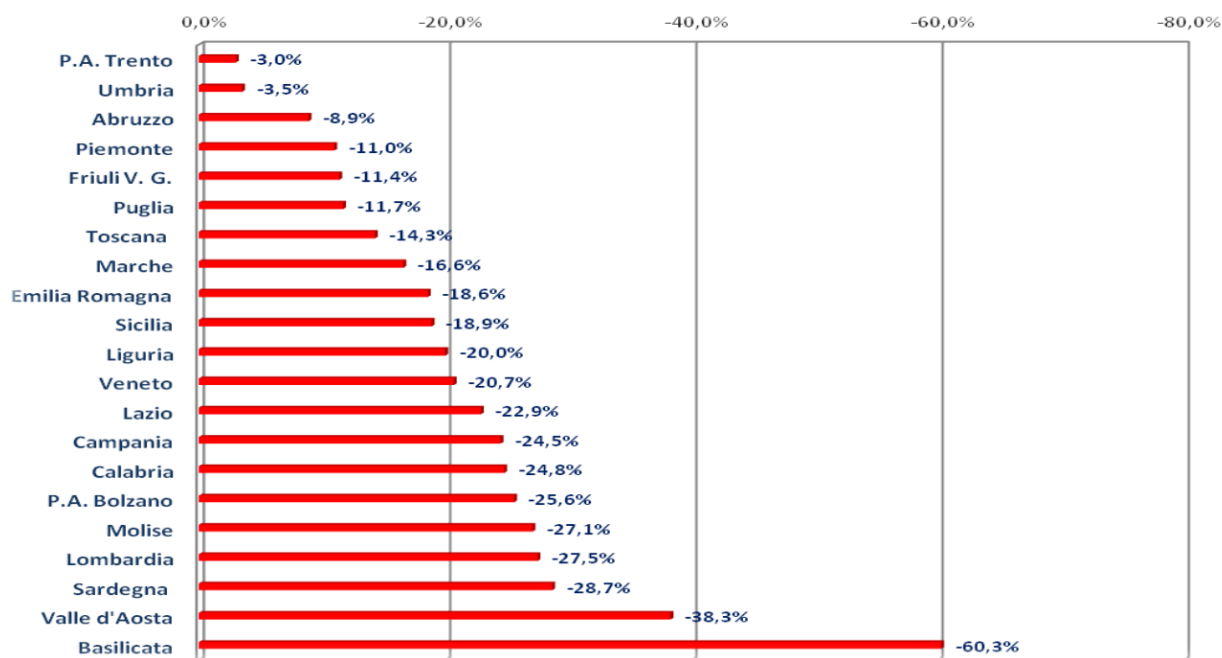
Tabella 2 – Riduzione della specialistica ambulatoriale (Variazione 2019 vs 2020)

Prestazioni	Strutture pubbliche	% Strutture pubbliche	Strutture private	
Diagnostica	-16.238	-12,5%	(-9,8%)	
Laboratorio	-87.556	-67,2%		
Riabilitazione	-4.519	-3,5%		
Terapeutica	-5.068	-3,8%		
Visite	-16.948	-13%		
<b>Totale (n° in migliaia)</b>	<b>-130.330</b>	<b>100%</b>	<b>-14.233</b>	<b>-144.563</b>

Fonte: Corte dei Conti, Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica, 2021 – Rielaborazione Cittadinanzattiva

I dati del Portale Covid-19 di AGENAS<sup>20</sup>, per le **visite specialistiche di controllo in ambito oncologico**, segnalano una robusta riduzione. Il successivo grafico (Graf. 2) mette in evidenza l'andamento del fenomeno su base regionale.

Grafico 2 - Visite di controllo codice esenzione 048 (oncologia) - Confronto 2019-2020



Fonte: AGENAS, Portale Covid-19 – Rielaborazione Cittadinanzattiva, 2021

<sup>20</sup> AGENAS, Portale Covid-19 in <https://www.agenas.gov.it/Covid19/web/index.php> - ultimo accesso 24 agosto 2021.

## 1.2.1 Misure di sistema

**A**l fine di continuare a garantire l'accesso alle prestazioni, il Ministero della Salute già da marzo 2020 emanava linee di indirizzo per **riprogrammare le attività**. A giugno 2020 interveniva con le *"Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19"*<sup>21</sup> allo scopo di riattivare i servizi sospesi a causa dell'emergenza sanitaria e per ripristinare i LEA.

A novembre dello stesso anno, promuoveva le *"Linee di indirizzo organizzative per la gestione dell'emergenza COVID-19 nell'attuale fase epidemica"* con nuove indicazioni a fronte dell'aggravamento della situazione epidemiologica, richiamando la progressiva **necessità di incrementare i ricoveri ospedalieri in area critica e in area medica, a minore impegno assistenziale**.

Il grande cambio di passo si assiste con il **DL n°104/20 "Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia"**<sup>22</sup> ove all'art. 29 alle Regioni e alle Province Autonome venivano messi a disposizione **478,2 milioni** di euro per il **recupero delle liste di attesa**, previo invio al Ministero della Salute e al Ministero dell'Economia e delle Finanze, di un Piano Operativo Regionale con indicati i modelli organizzativi prescelti, i tempi di realizzazione e la destinazione delle risorse.

Per tale incremento del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), **riconfermato anche nel 2021**, la Corte dei Conti ha rilevato che *"...guardando all'utilizzo .... l'impressione è che, complice la ripresa a fine anno della crisi sanitaria, la misura non sia riuscita a cogliere i risultati sperati..."*.

Infatti, il **67%** delle risorse stanziato nel 2020 per il recupero delle liste di attesa non è stato speso dalle Regioni. *L'accantonamento delle risorse è stato pari a circa il 96% nelle Regioni meridionali e insulari, di circa il 54% al Nord e del 45% al Centro*<sup>23</sup>.

A luglio 2021, considerato il fallimento della strategia di recupero delle prestazioni, Cittadinanzattiva ha inviato agli Assessorati Salute Regionali la **richiesta di accesso agli atti**, per comprendere come sono state utilizzate le risorse.

## Focus su alcune malattie croniche

**A**nche l'"*Osservatorio sull'impatto della pandemia Covid-19 sull'accesso alle cure*"<sup>24</sup> di IQVIA ha segnalato l'impatto negativo del Covid-19 sulla sanità in Italia, confermando un fenomeno caratterizzato dalla **forte contrazione nell'accesso a diagnosi e cure**.

Secondo lo studio durante il 2020 il virus ha avuto un effetto significativo su alcune **principali aree terapeutiche**, quali le **patologie respiratorie, cardiovascolari, metaboliche e oncologiche**.

L'indice è puntato, oltreché sulla saturazione degli ospedali e dei reparti di terapia intensiva, sulla necessità di ridefinire procedure e percorsi dedicati ai pazienti Covid-19 e sulla gestione domiciliare dei contagiati meno gravi.

Per quanto riguarda le **nuove diagnosi**, in tutte le aree terapeutiche analizzate, la riduzione complessiva rispetto al 2019 è pari a **-13%**. L'ambito delle malattie respiratorie è stato il più colpito:

<sup>21</sup> Ministero della Salute, Portale Trova Norme Salute in:

<https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=74374&parte=1%20&serie=null> – ultimo accesso in data 10 agosto 2021.

<sup>22</sup> Gazzetta Ufficiale, DL n°104/20 in <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/08/14/20G00122/sg> - ultimo accesso in data 10 agosto 2021.

<sup>23</sup> SalutEquità, *Le cure mancate nel 2020, 4° Report, 2021*.

<sup>24</sup> IQVIA, *Osservatorio sull'impatto della pandemia COVID-19 sull'accesso alle cure*, (periodo di riferimento 2020), 2021.

per la BPCO e l'Asma le diagnosi si sono ridotte rispettivamente del 25% e del 19%, la Fibrillazione Atriale registra un -13%, lo scompenso e l'ipertensione -10%. Chiude il diabete con -9%.

Sul versante dei **nuovi trattamenti** il calo complessivo è del **-10%**: BPCO (-23%) e Asma (-18%) restano le patologie più impattate dalla pandemia, seguono la Fibrillazione Atriale (-11%) e il diabete (-5%). Meno colpite invece l'ipertensione (-4%) e lo scompenso cardiaco (-2%).

Anche le **visite dallo specialista** hanno subito un significativo calo in tutte le aree terapeutiche (**-31%**); crollano del 38% le visite per le patologie respiratorie, di oltre il 30% quelle di area cardiologica mentre le meno colpite, ma senza alcun dubbio degne di nota, sono le visite relative al diabete (-22%). Infine, le **richieste di esami specialistici** (spirometria, glicemia, ECG) hanno subito un impatto complessivo del **-23%** rispetto al 2019 (Tab. 3).

Nell'ordine le più colpite sono le malattie respiratorie (-46%), le patologie cardiologiche (-29%) e il diabete (-15%).

**Tabella 3 – Scostamento principali aree terapeutiche 2020 vs 2019**

Nuove diagnosi	Nuovi trattamenti	Visite dallo specialista	Richieste di esami
-613.000	-350.000	-2.230.000	-2.860.000
<b>-13%</b>	<b>-10%</b>	<b>-31%</b>	<b>-23%</b>

**Fonte:** IQVIA, Osservatorio sull'impatto della pandemia COVID-19 sull'accesso alle cure - Rielaborazione Cittadinanzattiva, 2021

Tra **marzo e aprile 2021** alcuni ritardi sono stati parzialmente arginati<sup>25</sup>; non è però abbastanza, dato che ancora **non sono state recuperate le diagnosi e i trattamenti persi**.

Tra le diverse aree terapeutiche si osservano evidenti differenze: la velocità di recupero, l'attenzione alla cura delle persone e il diritto alla salute viaggiano con tempistiche e modalità diverse, a seconda delle Regioni. Tuttavia le difficoltà sperimentate, in piena emergenza sanitaria, hanno accelerato lo sviluppo di **nuove soluzioni e modelli di presa in carico e gestione del paziente** (es. telemedicina) nel tentativo di ripristinare l'accesso precoce alle prestazioni e garantire la continuità delle cure. Tali sviluppi non sono di sistema, piuttosto riguardano alcune aree del Paese.

## 2.1 Malattie respiratorie

**P**er la **BPCO** non si osservano variazioni rilevanti nell'impatto tra **le due ondate di Covid-19**, che nel 2020 hanno provocato **complessivamente** un calo delle nuove diagnosi (**-25%**), dei nuovi trattamenti (**-23%**), delle visite dallo pneumologo (**-38%**) e di richieste di spirometria (**-46%**) rispetto al 2019 (Tab.4).

**Tabella 4 - BPCO: confronto gennaio-dicembre 2020 vs 2019**

	Nuove diagnosi	Nuovi trattamenti	Visite dallo pneumologo	Richieste di esami
<b>Feb. - Giu. 2020</b>	-31%	-28%	-48%	-55%
<b>Ott. - Dic. 2020</b>	-30%	-27%	-51%	-62%
<b>Riduzione complessiva</b>	<b>-25%</b>	<b>-23%</b>	<b>-38%</b>	<b>-46%</b>

**Fonte:** IQVIA, Osservatorio sull'impatto della pandemia COVID-19 sull'accesso alle cure . Rielaborazione Cittadinanzattiva, 2021

<sup>25</sup> **IQVIA**, I. Cecchini (a cura di) *Accesso alle diagnosi e alle cure: l'impatto della pandemia e le prospettive per il futuro*, (periodo di riferimento primi mesi 2021), 2021.

Per l'**ASMA** la contrazione annua per nuove diagnosi è stata di **-19%**; per i nuovi trattamenti di **-18%**; per le visite dallo pneumologo di **-42%** e per le richieste di spirometrie di **-45%** rispetto al 2019 (Tab.5).

**Tabella 5 - ASMA: confronto gennaio-dicembre 2020 vs 2019**

	Nuove diagnosi	Nuovi trattamenti	Visite dallo pneumologo	Richieste di esami
<b>Feb. - Giu. 2020</b>	-20%	-16%	-54%	-56%
<b>Ott. - Dic. 2020</b>	-23%	-27%	-53%	-59%
<b>Riduzione complessiva</b>	<b>-19%</b>	<b>-18%</b>	<b>-42%</b>	<b>-45%</b>

**Fonte:** IQVIA, Osservatorio sull'impatto della pandemia COVID-19 sull'accesso alle cure. Rielaborazione Cittadinanzattiva, 2021

## 2.2 Malattie cardiovascolari

Durante la pandemia sia i cardiopatici elettivi, sia gli acuti hanno visto **modificare il proprio percorso di cura**. I pazienti con patologie cardiovascolari sono particolarmente a rischio: se contagiati dal Covid-19 possono sviluppare forme gravi di infezione, seguite spesso da complicanze cardiologiche (es. *embolia polmonare, ictus, scompenso cardiaco*). Avere all'interno dell'ospedale un ingente numero di persone contagiate dal virus può influire sull'erogazione e sul trattamento dei pazienti "non Covid", ma con patologie cardiovascolari acute.

Le terapie per la cura del Covid-19 possono avere effetti avversi sul sistema cardiovascolare e lo stesso personale sanitario che fornisce cure cardiologiche può rappresentare un vettore dell'infezione, in quanto non esente dal rischio di contagio. Durante l'emergenza sanitaria per tali pazienti, così come per altri pazienti affetti da patologie croniche, il **medico di medicina generale** ha raffigurato un **essenziale punto di riferimento**, rappresentando "praticamente" l'anello di congiunzione tra la medicina ospedaliera e la medicina territoriale.

Sempre secondo i dati IQVIA, la successiva tabella (Tab. 6) evidenzia nel dettaglio la riduzione dell'accesso alle cure nel 2020 per **Fibrillazione Atriale, Scompenso cardiaco** e **Ipertensione**, prendendo sempre a riferimento le due ondate di Covid-19.

**Tabella 6 – Malattie cardiovascolari: confronto gennaio-dicembre 2020 vs 2019**

	Nuove diagnosi	Nuovi trattamenti	Visite dal cardiologo	Richieste di esami (ECG)
<b>Fibrillazione Atriale</b>				
<b>Feb. - Giu. 2020</b>	-26%	-23%	-43%	-39%
<b>Ott. - Dic. 2020</b>	-7%	-4%	-42%	-34%
<b>Scompenso cardiaco</b>				
<b>Feb. - Giu. 2020</b>	-18%	-6%	-41%	-37%
<b>Ott. - Dic. 2020</b>	-12%	-6%	-45%	-39%
<b>Ipertensione</b>				
<b>Feb. - Giu. 2020</b>	-23%	-14%	-45%	-43%
<b>Ott. - Dic. 2020</b>	-5%	-2%	-43%	-40%

**Fonte:** IQVIA, Osservatorio sull'impatto della pandemia COVID-19 sull'accesso alle cure . Rielaborazione Cittadinanzattiva, 2021

Le **prestazioni cardiologiche**, pur registrando tutte una riduzione su base annua, mostrano, invece, tra la prima e la seconda ondata una migliore gestione nell'ambito delle **nuove diagnosi** e dei **nuovi trattamenti** (eccetto lo scompenso cardiaco che resta stabile a -6%).

Preoccupante è la situazione delle **visite cardiologiche** e dell'esame **ECG** che resta, durante l'intero 2020, pressoché invariata; lo scompenso cardiaco si contrae ulteriormente nella visita cardiologica (+4%) e nella richiesta di ECG (+2%).

Sul fronte dei **ricoveri** per le **patologie tempo-dipendenti** GIMBE<sup>26</sup>, relativamente agli andamenti regionali, evidenzia come tutte Regioni abbiano registrato una variazione percentuale in negativo del volume dei **ricoveri per infarto miocardico acuto** (marzo-giugno 2020) rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente.

L'analisi nel dettaglio evidenzia come le notevoli **differenze regionali**, in alcuni casi, **non siano giustificabili alla luce della situazione epidemiologica** della prima ondata pandemica (Tab.7).

**Tabella 7 – Patologie tempo-dipendenti: riduzione volumi ricoveri per infarto miocardico e ictus ischemico (mar. – giu. 2020)**

Regione	Tasso grezzo positivi COVID-19 per 100.000 residenti	Ricoveri per infarto miocardico acuto	Ricoveri per ictus ischemico
		Variazione % volumi erogati	Variazione % volumi erogati
Periodo di riferimento	Mar.- Giu. 2020	Mar.- Giu. 2019 vs Mar.- Giu. 2020	Mar.- Giu. 2019 vs Mar.- Giu. 2020
Abruzzo	251	-14,9%	-25,5%
Basilicata	71	-32,1%	-23,20%
Calabria	61	-15,4%	-22,40%
Campania	81	-28,8%	-27,50%
Emilia Romagna	634	-21,3%	-20,30%
Friuli Venezia Giulia	272	-11,8%	-11,90%
Lazio	138	-23,6%	-25,00%
Liguria	641	-22,2%	-32,90%
Lombardia	927	-24,0%	-20,80%
Marche	444	-41,9%	-42,50%
Molise	146	-43,5%	49,70%
P.A. Bolzano	496	-10,3%	-30,80%
P.A. Trento	827	-31,9%	-25,70%
Piemonte	719	-22,1%	-21,50%
Puglia	112	-34,9%	-35,10%
Sardegna	84	-10,0%	-20,30%
Sicilia	69	-20,3%	-22,10%
Toscana	275	-25,2%	-18,50%
Umbria	163	-30,9%	-10,40%
Valle d'Aosta	951	-9,3%	-54,20%
Veneto	389	-16,1%	-14,40%
Mediana	272	-22,2%	-23,20%

Fonte: GIMBE, Report *Impatto della pandemia COVID-19 sull'erogazione di prestazioni sanitarie* - Rielaborazione Cittadinanzattiva

In pratica, ci sono Regioni ove la riduzione dei volumi erogati è stata più cospicua nonostante l'incidenza dei casi positivi al Covid-19 fosse inferiore (Basilicata, Campania, Lazio, Molise, Puglia, Umbria). Per l'**ictus ischemico**, sempre nel periodo marzo-giugno 2020, la precedente descrizione è sovrapponibile, con la sola differenza che le Regioni, ove si sono ridotti significativamente i volumi dei

<sup>26</sup> GIMBE, Report *Impatto della pandemia COVID-19 sull'erogazione di prestazioni sanitarie*, 2021

ricoveri nonostante l'incidenza dei casi positivi al Covid-19 fosse inferiore, sono Abruzzo, Basilicata, Campania, Lazio, Molise, Puglia.

## 2.3 Diabete

**T**ra le malattie metaboliche, al diabete è associato il maggior carico in termini di morbilità, comorbidità e mortalità. La prevalenza riscontrata nella popolazione italiana è del 5,7%, con oltre il 90% dei casi sostenuti dal diabete di tipo 2. Coloro che hanno ricevuto una diagnosi di diabete, necessitano di **essere correttamente gestiti onde evitare una serie di complicanze**, che possano peggiorare non solo la qualità di vita dei pazienti, ma aumentarne il rischio di morte.

Il dati del 2020, confrontati con l'anno precedente, lasciano intendere il diabete come la patologia cronica che ha subito il minore impatto dalla pandemia.

Durante le due ondate la riduzione di **visite dal diabetologo** e di **esami per la glicemia** indica una lieve ripresa (+6%), mentre per **nuove diagnosi e trattamenti** si osserva un recupero quasi completo dopo la prima ondata e che ha mitigato l'impatto annuale (Tab. 8)

Tabella 8 - DIABETE: confronto gennaio-dicembre 2020 vs 2019

	Nuove diagnosi	Nuovi trattamenti	Visite dal diabetologo	Richieste di esami
Feb. - Giu. 2020	-26%	-19%	-36%	-26%
Ott. - Dic. 2020	-1%	-2%	-30%	-20%

Fonte: IQVIA, Osservatorio sull'impatto della pandemia COVID-19 sull'accesso alle cure . Rielaborazione Cittadinanzattiva, 2021

## 2.4 Oncologia e Screening

**L'**impatto della seconda ondata è stato minore della prima per **nuove diagnosi e nuovi trattamenti**, mitigando la riduzione annua rispettivamente del **-11%** e **-13%** ma è maggiore per **interventi chirurgici** e **ricoveri** con un conseguente peggioramento su base annua, rispettivamente del **-18%** e del **-16%** (Tab.9).

Tabella 9 - ONCOLOGIA: confronto gennaio-dicembre 2020 vs 2019

	Nuove diagnosi	Nuovi trattamenti	Interventi chirurgici	Ricoveri per terapie
Feb. - Giu. 2020	-15%	-18%	-20%	-16%
Ott. - Dic. 2020	-14%	-11%	-24%	-37%
Riduzione complessiva	<b>-11%</b>	<b>-13%</b>	<b>-18%</b>	<b>-16%</b>

Fonte: IQVIA, Osservatorio sull'impatto della pandemia COVID-19 sull'accesso alle cure . Rielaborazione Cittadinanzattiva, 2021

I dati riportati, fino a questo momento, presentano comunque dei **limiti** (es. criteri di analisi, target rispondenti) poiché i report pubblici di cui si dispone non offrono informazioni consolidate e tali da

considerarsi definitive. Questo è il motivo per il quale, all'interno del presente documento, alcune voci presentano degli **scostamenti importanti**.<sup>27</sup>

Tra febbraio e giugno 2020, l'approfondimento sugli **screening oncologici** (confronto gen. - dic. 2020 vs 2019)<sup>28</sup> vede **ridotte del 22%** le **mammografie** per l'individuazione del tumore al seno. La riduzione maggiore si è registrata tra marzo e aprile con un **-64%** (Tab.10).

Tra giugno e settembre 2020, si osserva un **recupero del 28%** rispetto ai mesi precedenti, mentre tra ottobre e dicembre 2020 si registra un'altra volta un **calo del 17%**.

Per le **TAC polmonari** la contrazione più evidente è relativa alla prima ondata (-41%); una minima ripresa riguarda il periodo di transizione (+10%) per registrare, di nuovo, una riduzione negli ultimi mesi dell'anno (-13%). La finestra tra marzo e aprile 2020 è il periodo più buio anche per le richieste di colonscopia (-66%).

**Tabella 10 - Variazione prestazioni oncologiche: confronto gennaio-dicembre 2020 vs 2019**

	Screening Mammografico	Richieste TAC polmonari per tumore	Richieste colonscopia
<b>Feb. - Giu. 2020</b>	-22%	-7%	-34%
<b>Mar. - Apr. 2020</b>	-64%	-41%	-66%
<b>Giu. - Sett. 2020</b>	+28%	+10%	+29%
<b>Ott. - Dic. 2020</b>	-17%	-13%	-13%

**Fonte:** IQVIA, Osservatorio sull'impatto della pandemia COVID-19 sull'accesso alle cure. Rielaborazione Cittadinanzattiva, 2021

Le criticità sulla **gestione della popolazione oncologica** sono state evidenziate anche dall'Osservatorio Nazionale Screening (ONS)<sup>29</sup> e da AGENAS (Tab. 11 e Tab. 12).

Secondo l'ONS, in termini di prevenzione secondaria, nei mesi tra gennaio-maggio e giugno-settembre 2020 (rispetto al 2019) si è assistito ad una **complessiva riduzione di oltre 2.000.000 di screening**, con una stima di circa **13.000 lesioni tumorali** non individuate: *2.800 carcinomi mammari, 2.400 lesioni alla cervice, 1.200 carcinomi coloretali e oltre 6.600 adenomi avanzati del colon retto.*

Con la riduzione degli **screening**, di fatto si è perso il grande vantaggio della diagnosi precoce.

**Tabella 11 - Variazione Volumi Screening Effettuati - 2020 vs 2019**

SCREENING	Variazione %
<b>Mammografico</b>	-37,66
<b>Coloretale</b>	-46,01
<b>Cervicale</b>	-43,44

**Fonte:** AGENAS, Portale Covid-19 – Rielaborazione Cittadinanzattiva, 2021

La riduzione degli screening ha riguardato tutte le Regioni (in misura diversa) e verso la fine del 2020, il ritardo si è accentuato. Tra le cause sono segnalati *il maggior carico di lavoro dei laboratori, in gran parte riconvertiti a supporto delle diagnosi Covid-19 e la minor disponibilità di personale spostato verso mansioni più urgenti e che, a fine settembre 2020, non risultava ancora completamente riallocato allo screening, riducendo quindi la capacità di ripresa dei programmi.*

<sup>27</sup> Ad esempio il -18% degli interventi chirurgici in oncologia riferito da IQVIA, è registrato come -13% nel Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica, 2021 della Corte dei Conti.

<sup>28</sup> **IQVIA**, Osservatorio sull'impatto della pandemia COVID-19 sull'accesso alle cure, (periodo di riferimento 2020), 2021

<sup>29</sup> **ONS**, Secondo Rapporto sui ritardi accumulati dai programmi di screening italiani in seguito alla pandemia da Covid-19, 2020.



Tabella 12 - Variazione Volumi Interventi Chirurgici - 2020 vs 2019

Classe priorità A	Variazione %
Tumore alla mammella	-10,11
Tumore alla prostata	-14,11
Tumore al colon	17,74
Tumore al retto	-8,43
Tumore al polmone	-10,27
Tumore all'utero	-5,77

L'analisi di AGENAS restituisce invece il quadro sugli interventi chirurgici, per il quale le misure per il recupero delle prestazioni oncologiche non possono assolutamente più essere rimandate.

Fonte: AGENAS, Portale Covid-19 – Rielaborazione Cittadinanzattiva, 2021

Il Patto per la Salute 2019-2021 prevedeva, scontrandosi con una carenza di risorse economiche, un aumento dell'impegno di Stato e Regioni sulla prevenzione. L'Italia è il Paese che investe in prevenzione **mediamente il 4,2%** della spesa sanitaria, un dato inferiore al 5% previsto dalla programmazione nazionale ed estremamente significativo, poiché dimostra come l'obiettivo della strategia sanitaria complessiva non sia la misurazione degli esiti di salute in termini di cure evitate piuttosto quella delle cure somministrate.

Ciò ha rafforzato il modello della **medicina d'attesa azzerando quello della medicina di iniziativa** per cui, non c'è da stupirsi come anche nel corso della pandemia, per i soggetti più vulnerabili *il sistema ha atteso che si ammalassero prima di prendersi cura di loro.*

Alcuni ricercatori<sup>30</sup> hanno valutato l'impatto della posticipazione degli screening sul *tempo di diagnosi e, a catena, sulle cure e sulla sopravvivenza dei pazienti con il cancro*, stimando che ritardi nello screening del cancro colon-rettale oltre i *4-6 mesi aumenterebbero significativamente i casi avanzati di tumore del colon-retto e, anche la mortalità se durassero oltre i 12 mesi.* Medesime conclusioni potrebbe essere valide anche per i tumori che progrediscono più lentamente se, il ritardo nella diagnosi e nell'intervento fossero troppo prolungati<sup>31</sup>.

## L'accesso alle terapie farmacologiche

In piena pandemia sono state prese importanti decisioni: dal rifinanziamento del **FSN** che ha inciso positivamente anche sulla spesa farmaceutica (+500 milioni di euro), alla **semplificazione delle procedure** di sperimentazione clinica, che ha reso essenziali e velocizzato i protocolli di approvazione e conduzione degli studi clinici, dall'implementazione della **ricetta elettronica** e del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), alla proroga dei **Piani Terapeutici** e alla modifica dei processi di **distribuzione del farmaco**<sup>32</sup>.

Fin dall'inizio l'emergenza sanitaria ha messo a rischio i pazienti con cronicità e multi-morbilità, sia sotto il profilo del contagio, sia rispetto agli effetti connessi alla pandemia. Nonostante non sia possibile escludere che le "soluzioni digitali" siano risultate complicate per i pazienti più anziani, privi di familiarità con i dispositivi elettronici, si è parlato delle misure avviate come vera e propria

<sup>30</sup> Ricciardiello L, Ferrari C, Cameletti M, et al. *Impact of SARS-CoV-2 Pandemic on Colorectal Cancer Screening Delay: Effect on Stage Shift and Increased Mortality.* Clinic Gastroenterol Hepatol, 2020.

<sup>31</sup> Vigano M, Mantovani L, Cozzolino P, Harari S. *Treat all COVID 19-positive patients, but do not forget those negative with chronic diseases.* Intern Emerg Med, 2021.

<sup>32</sup> Cittadinanzattiva, *Raccomandazione civica sulla Governance del farmaco*, 2020.



**sburocratizzazione del sistema sanitario**, dalla quale non tornare indietro e che, a livello nazionale, ha permesso di assicurare la continuità terapeutica.

### 3.1 Ricetta dematerializzata e proroga dei Piani Terapeutici

Per ciò che concerne la prescrizione dei farmaci, il ritiro di persona del **promemoria cartaceo veniva sostituito da una prescrizione “virtuale”**, grazie alla quale l’assistito avrebbe potuto chiedere al medico il rilascio del promemoria dematerializzato *ovvero l’acquisizione del Numero di Ricetta Elettronica (NRE)* nei modi e nei tempi, disciplinati dal Governo<sup>33</sup> (Tab. 13).

**Tabella 13 - Modalità alternative di comunicazione individuate dalla norma**

Trasmissione del promemoria attraverso posta elettronica (dal medico prescrittore verso posta elettronica certificata (PEC) o ordinaria dell’assistito).

Comunicazione del codice NRE tramite SMS o altra applicazione mobile (dal medico prescrittore verso il numero di telefono dell’assistito).

Comunicazione telefonica del codice NRE attraverso colloquio telefonico tra medico prescrittore e assistito.

La norma inoltre prevedeva l’uso della ricetta dematerializzata anche per i farmaci distribuiti in modalità diverse dall’assistenza convenzionata, come ad esempio la prescrizione dei farmaci in Distribuzione per Conto (DPC).

**Fonte:** Cittadinanzattiva, *Osservatorio Civico sul Federalismo in Sanità*, 2020

La dematerializzazione ha riguardato un’ampia fetta di farmaci anche se, per alcuni, è stato mantenuto comunque il ritiro della prescrizione direttamente in ambulatorio previo appuntamento. Non era possibile, invece, l’invio della ricetta dematerializzata direttamente alla farmacia.

L’implementazione del processo di dematerializzazione, durante il Covid-19, ha consentito a tutti i cittadini di **evitare gli spostamenti per recarsi dal medico di famiglia**, riducendo al contempo il rischio di contagio e al minimo lo stazionamento nella sala d’attesa dell’ambulatorio.

Limitatamente al periodo emergenziale, **per i pazienti già in trattamento con medicinali classificati in fascia A soggetti a prescrizione medica limitativa ripetibile e non ripetibile (RRL e RNRL), non sottoposti a Piano Terapeutico o Registro di monitoraggio AIFA, la validità della ricetta** veniva prorogata per una durata massima di ulteriori 30 giorni dalla data di scadenza<sup>34</sup>.

Infine, per quanto riguarda i **piani terapeutici (PT)**, allo scopo di tutelare i pazienti cronici, l’AIFA adottava specifiche misure regolatorie per estendere la validità degli stessi e dei registri di monitoraggio:

**1.** La validità dei piani terapeutici (PT) compilati dagli specialisti e in scadenza tra marzo e aprile 2020 veniva estesa di 90 giorni;

**2.** La compilazione dei Registri di monitoraggio era prorogata di 90 giorni.

Le misure erano da considerarsi valide per il tempo strettamente necessario alla gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19 e sono state inserite nella Legge n°77/20.

**A settembre 2020 l’AIFA per il restante periodo di emergenza raccomandava di ricorrere per quanto possibile, a modalità di monitoraggio e rinnovo del PT AIFA a distanza, anche attraverso l’acquisizione in formato elettronico di documentazione sanitaria, o consultazione telefonica del**

<sup>33</sup> Cfr. **Ministero della Salute**, *Ricetta Elettronica*, in “Trova norme” -

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=73790&completo=true> e Dipartimento Protezione Civile, Ordinanza n° 651 del 19 marzo 2020.

<sup>34</sup> Cfr. **Legge n°77/2020**, art. 8 e successive modificazioni.

paziente, o del suo caregiver e di estendere la validità dei piani terapeutici AIFA, **eccezionalmente**, per i casi in cui, per criticità locali legate alla pandemia, non sarebbe stato possibile seguire i percorsi di ordinario monitoraggio delle terapie soggette a PT.

Al di là delle misure regolatorie adottate durante il pieno periodo di pandemia, è opportuno ricordare che, il **medico di medicina generale può prescrivere soltanto alcuni tipi di farmaci** per il diabete mentre altri sono riservati al diabetologo, il quale, così come tutti gli specialisti autorizzati, compila il piano terapeutico (PT su template AIFA). Si tratta solitamente di farmaci di uso orale, indicati per la cura del diabete di tipo 2, la cui **prescrizione (la limitazione interessa anche alcuni farmaci per la BPCO, l'asma e le malattie cardiovascolari) è stata limitata ai medici di medicina generale** da alcuni anni, sulla base di una norma discutibile e vigente solo in Italia, rispetto agli altri Paesi Europei.

La decisione ha avuto ricadute importanti sulla salute dei cittadini, i quali oltre a dover ricorrere allo specialista per farsi prescrivere (o rinnovare) il piano terapeutico o addirittura una sola ricetta, in molti casi, hanno rinunciato alle cure.

Le associazioni di cittadini e pazienti concordano da tempo sulla necessità di restituire al MMG la piena prescrivibilità di tutti i farmaci per il diabete al fine di:

1. Assicurare la continuità assistenziale;
2. Superare la dissonanza per la quale il MMG può prescrivere farmaci sui quali grava un elevato rischio di ipoglicemia ma non può prescrivere farmaci con un migliore profilo di sicurezza ed efficacia;
3. Restituire in pieno al MMG una patologia cronica che, per prevalenza e incidenza, appartiene alla medicina territoriale.

A fronte di ciò, il PT su template AIFA per i **farmaci antidiabetici** dovrebbe essere "riconsiderato", conferendo la piena prescrivibilità ai MMG mediante ad esempio, l'adozione di una NOTA AIFA. Per le stesse ragioni anche la prescrizione dei **farmaci per la BPCO e per l'asma** dovrebbe essere, in toto, restituita ai MMG.

Una valida esperienza di prescrivibilità restituita ai MMG è stata quella dei NAO nel 2020 con **NOTA 97** e più recentemente quella della terapia inalatoria nei pazienti con BPCO con **NOTA 99**<sup>35</sup>.

## 3.2 Uso dei farmaci durante Covid-19

**N**el 2020 la **spesa farmaceutica**<sup>36</sup> nazionale totale è stata di 30,5 miliardi di euro mantenendosi stabile rispetto al 2019. La **spesa pubblica** è stata di 23,4 miliardi e rappresenta il 76,5% della spesa farmaceutica complessiva.

La **spesa farmaceutica territoriale complessiva** è diminuita del 2,6% rispetto al 2019 attestandosi sui 20,5 miliardi. Di questi, 11,9 miliardi di euro riguardano la **spesa territoriale pubblica**, comprensiva della spesa dei farmaci di classe A erogati in regime di assistenza convenzionata e in distribuzione diretta e per conto. La **spesa a carico dei cittadini**, comprendente la quota di compartecipazione per i medicinali (classe A acquistati privatamente e classe C), presenta una riduzione del 2,0% rispetto al 2019 ed è stata pari a 8,7 miliardi di euro. La flessione della spesa nel 2020 riguarda in particolare i farmaci per automedicazione (-10,8%) e la compartecipazione del cittadino (-6,0%). All'opposto si situa la spesa dei farmaci di classe C con ricetta (+6,6%).

Le **strutture sanitarie pubbliche** hanno speso circa 13,5 miliardi di euro mantenendo un trend pressoché stabile rispetto all'anno precedente (spesa=+0,9% e consumi=+1,5%).

<sup>35</sup> Cfr. **Gazzetta Ufficiale** n°207 del 30 agosto 2021.

<sup>36</sup> **AIFA, L'uso dei farmaci in Italia, Rapporto nazionale 2020, 2021.**

Circa 3 cittadini su 5 hanno ricevuto nel 2020 almeno una **prescrizione di farmaci**. La spesa pro capite e i consumi aumentano con l'avanzare dell'età; le persone con più di 64 anni hanno assorbito oltre il 60% della spesa e circa il 70% delle dosi.

Ogni **anziano** (entrambe i generi) ha speso mediamente **560 euro**, consumando in media oltre 3 dosi al giorno; quasi il 96% dell'intera popolazione anziana ha ricevuto, nel corso dell'anno, almeno una prescrizione farmacologica. Con l'aumentare dell'età si è inoltre assistito a un progressivo incremento del numero di diversi principi attivi assunti.

I **farmaci a brevetto scaduto** raffigurano il 67,6% della spesa e l'84,8% dei consumi in regime di assistenza convenzionata di classe A. La quota percentuale dei **farmaci equivalenti**, tranne quelli che beneficiano ancora di copertura brevettuale, ha rappresentato il 20,5% della spesa e il 30,7% dei consumi. La spesa di compartecipazione, per la quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto, è stata di **18,07 euro pro capite** (circa 1,1 miliardi di euro). Quest'ultimo dato è in linea con il 2019, così come quello, che vede le Regioni a più basso reddito presentare una maggiore compartecipazione.

Pur con una certa variabilità regionale, si conferma invece l'aumento del consumo di biosimilari.

Rispetto al 2019 è quasi raddoppiata la spesa totale per i **farmaci di classe C rimborsati dal SSN**; si è, infatti, passati da 19 milioni di euro a circa 39 milioni.

La spesa per i **farmaci erogati tramite distribuzione diretta (DD) e per conto (DPC)** è di 8,4 miliardi di euro, mentre quella per i farmaci erogati nell'ambito **dell'assistenza farmaceutica ospedaliera e ambulatoriale** è pari a 10 miliardi di euro.

Guardando ai consumi e alla **spesa per classe terapeutica**, i farmaci cardiovascolari rappresentano la classe terapeutica a maggiore spesa e consumo nel **canale della convenzionata**, mentre per quelli **acquistati direttamente** dalle strutture pubbliche spiccano i farmaci antineoplastici e immunomodulatori e i farmaci del sangue e organi emopoietici.

Nel canale della **farmaceutica convenzionata** i primi principi attivi che registrano la maggiore spesa sono rappresentati da atorvastatina, pantoprazolo e colecalciferolo. Le molecole che presentano la maggiore variazione di spesa rispetto all'anno precedente sono state: ezetimibe/rosuvastatina, dulaglutide e l'associazione perindopril/indapamide/amlodipina. Ramipril, atorvastatina e acido acetilsalicilico si confermano invece i principi attivi a maggior consumo.

Per i farmaci **acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche** i primi principi attivi per spesa sono stati i farmaci oncologici.

**Entrando più nel dettaglio**, durante la pandemia (confronto 2019/2020) si è visto<sup>37</sup> che **per i "Farmaci nel canale degli acquisti diretti"**, azitromicina e idrossiclorochina sono stati tra marzo e aprile 2020 i principi attivi maggiormente utilizzati. L'azitromicina ha registrato su base annua un incremento dell'**11,5%** rispetto al 2019, molto probabilmente perché utilizzata nel *trattamento delle sovrainfezioni batteriche nei pazienti affetti da COVID-19*.

Nel corso del 2020, venendo meno le indicazioni sul trattamento con idrossiclorochina per i pazienti COVID-19, la curva dei consumi per questo principio attivo si riduce già a partire da maggio 2020<sup>38</sup>.

Nelle regioni più impattate dal COVID-19 e sempre in regime ospedaliero, tra il 2019 e il 2020, si segnala un incremento statisticamente significativo di **curari iniettivi, acido ascorbico iniettivo, ipnotici e sedativi iniettivi e ossigeno**, di prevalente uso nelle terapie intensive.

Per i **"Farmaci nel canale della territoriale"**<sup>39</sup> ed in particolar modo per alcune categorie di farmaci associati alle terapie croniche, una **riduzione dei consumi** si è verificata nel mese di febbraio 2020, rispetto al mese precedente, ma nel marzo 2020 si riscontra un considerevole incremento.

---

<sup>37</sup> AIFA, *Rapporto sull'uso dei farmaci durante l'epidemia Covid-19, 2020*

<sup>38</sup> AIFA, *Monitoraggio sull'uso dei farmaci durante l'epidemia COVID-19* in <https://www.aifa.gov.it/monitoraggio-uso-farmaci-durante-epidemia-covid-19> - ultimo accesso 6 agosto 2021

<sup>39</sup> Cfr. Nota n°36.

La spiegazione è verosimilmente da rintracciare nel fatto che, all'inizio del *lockdown*, il medico prescrittore ha ritenuto **utile far approvvigionare i pazienti** in vista di potenziali problemi.

Nell'aprile 2020 i valori dei consumi sono tornati nella media tant'è che, per le principali patologie croniche, l'ultimo Rapporto OsMed non ha evidenziato importanti differenze di spesa e di consumo rispetto al 2019, quasi a confermare l'efficacia degli strumenti di governo messi in campo per garantire la continuità terapeutica e il contenimento dei contagi da COVID-19.

Sempre nello stesso periodo di tempo l'aumento dei consumi è registrato per: anticoagulanti, antipsicotici, antidiabetici e antiaggreganti piastrinici, mentre una **riduzione interessa i farmaci per l'asma e BPCO**. Considerato, inoltre, il rischio di sviluppare disturbi della sfera psichica durante la pandemia, un'interessante movimentazione di farmaci ha riguardato quelli attivi sul sistema nervoso. Un aggiornamento sull'andamento mensile dei consumi nel canale farmacia per categorie terapeutiche è visibile nella successiva tabella (Tab. 14).

Il picco dei consumi è confermato a marzo 2020 con un incremento significativo così come già segnalato dall'AIFA, mentre nel maggio 2020 tutte le categorie considerate registrano un fortissimo crollo dei consumi; ad eccezione degli inibitori della pompa protonica, che per quasi tutto il 2020 presentano un decremento dei consumi, le altre categorie, escludendo il mese di maggio, registrano un trend che vede tornare i valori gradualmente nella norma negli ultimi tre mesi dell'anno 2020.

**Tabella 14 – Variazioni % mensile dei consumi nel canale farmacia per le prime 15 categorie terapeutiche (confronto 2019/2020)**

PRIME 15 ATC CANALE FARMACIA	gen-20	feb-20	mar-20	apr-20	mag-20	giu-20	lug-20	ago-20	set-20	ott-20	nov-20	dic-20
A02B2 INIBITORI POMPA PROTONICA	↓ -13,4	↓ -10,6	→ -1,6	↓ -13,1	↓ -25,6	↓ -9,5	↓ -10,5	↓ -13,2	↓ -9,3	↓ -10,0	↓ -6,8	→ -1,5
N02B0 ANALGESICI NON NARCOTICI + ANTIPIRETTICI	→ -1,8	↑ 17,3	↑ 47,5	↓ -20,1	↓ -34,3	↓ -13,7	↓ -8,1	→ -0,5	↓ -5,4	↑ 7,2	→ 3,5	↓ -17,2
C07A0 BETA-BLOCCANTI SEMPLICI	→ 3,8	↑ 8,9	↑ 23,8	→ 3,9	↓ -13,7	↑ 5,2	→ 2,7	→ -0,7	→ 3,5	→ 4,0	→ 3,1	↑ 7,9
C10A1 STATINE(HMG-COA REDUTTA)	→ 0,8	↑ 6,1	↑ 20,3	→ 1,4	↓ -14,7	→ 3,5	→ 0,1	↓ -2,3	→ 3,0	→ 2,0	→ 1,0	↑ 6,8
N05C0 TRANQUILLANTI	→ 0,2	→ 2,3	↑ 21,3	↓ -3,9	↓ -9,1	↑ 6,8	→ 0,8	↓ -2,8	→ -0,1	→ 1,4	→ 2,1	↑ 6,4
C09A0 ACE-INIBITORI SEMPLICI	↓ -5,3	→ -0,5	↑ 10,2	↓ -5,5	↓ -19,9	↓ -2,2	↓ -4,9	↓ -8,3	↓ -4,6	↓ -3,9	↓ -4,2	→ 1,4
B01C1 ANTIAGGREGANTI PIASTRINICI	→ -0,2	↑ 5,0	↑ 25,1	→ -1,3	↓ -14,1	→ 2,5	→ -1,0	↓ -4,8	→ 0,3	→ 2,0	→ 1,6	↑ 6,5
M01A1 ANTI REUMATICI NON STEROIDEI SEMPLICI	→ 1,8	↑ 5,9	→ -0,5	↓ -22,9	↓ -26,5	↓ -5,2	↓ -4,0	↓ -6,0	↓ -5,4	→ 1,3	→ -1,0	↓ -5,9
A11C2 VITAMINA D SEMPLICE	↓ -16,4	↓ -14,4	↓ -12,1	↓ -15,1	↓ -31,2	↓ -15,6	↓ -14,5	↓ -15,3	↓ -13,6	↓ -8,4	↑ 31,2	↑ 29,0
C08A0 CALCIO-ANTAGONISTI SEMPLICI	↓ -5,2	→ -1,1	↑ 13,7	↓ -3,0	↓ -18,1	→ 0,3	↓ -2,1	↓ -5,2	→ -0,9	→ -0,6	↓ -2,2	→ 3,9
C09C0 ANTAGONISTI ANGIOTENSINA SEMPLICI	→ 1,8	↑ 5,3	↑ 21,4	→ 1,6	↓ -14,4	→ 3,4	→ 1,6	↓ -2,7	→ 2,2	→ 2,6	→ 1,1	↑ 6,7
A10J1 BIGUANIDI SEMPLICI	→ -0,3	→ 3,5	↑ 20,2	→ -0,4	↓ -17,4	→ 1,6	→ -1,3	↓ -5,4	→ 0,3	→ -0,7	→ -0,4	↑ 4,7
N03A0 ANTIEPILETTICI	→ 2,4	↑ 7,4	↑ 16,6	→ -0,5	↓ -13,4	↑ 5,2	→ 1,7	→ -1,1	→ 3,5	→ 2,5	→ 3,0	↑ 7,0
C03A2 DIURETICI DELL'ANSA SEMPLICE	→ 0,4	↑ 4,7	↑ 19,0	→ 1,5	↓ -12,5	→ 1,2	↓ -2,3	↓ -5,9	→ -0,2	→ -0,5	→ 1,3	↑ 5,4
H03A0 PREPARAZIONI DI TIROIDE	→ 3,3	↑ 9,3	↑ 29,2	→ 3,3	↓ -15,8	→ 3,0	→ 0,5	→ -0,3	↑ 4,7	↑ 5,4	↑ 4,7	↑ 7,2

Fonte: Ufficio Studi Egualia sui dati IQVIA, rielaborazione grafica Cittadinanzattiva, 2021

Per i **“Farmaci nel canale degli acquisti privati in farmacia”<sup>40</sup>** (farmaci di classe C) l'approvvigionamento ha riguardato in modo significativo **l'idrossiclorochina** (pur essendo un farmaco di classe A, può essere erogato direttamente al paziente a proprio carico), **farmaci a base di acido ascorbico (vitamina C)**, **ansiolitici** per uso non parenterale. All'opposto si situano, invece, gli **antiinfiammatori non steroidei e gli antipiretici**.

E' molto probabile che, l'importante erogazione di alcuni farmaci, sia da correlare alle notizie da parte dei media sulla possibile efficacia nel trattamento del Covid-19 da parte di alcune sostanze<sup>41</sup>.

<sup>40</sup> AIFA, Rapporto sull'uso dei farmaci durante l'epidemia Covid-19, 2020

<sup>41</sup> Se sull'idrossiclorochina nel periodo di riferimento sono stati avviati studi clinici per verificarne l'efficacia, diversamente è avvenuto per la vitamina C, tant'è che, come già per la vitamina D, il Ministero della Salute ha specificato la mancanza di evidenze scientifiche a supporto di un loro impiego per il trattamento del COVID-19.

Infine tra gli antipiretici, il **paracetamolo** è stato in tutte le regioni il principio attivo di maggiore movimentazione da parte delle farmacie, nel periodo compreso tra dicembre 2019 e maggio 2020, presentando un'impennata a marzo 2020 in corrispondenza del picco dell'epidemia da Covid-19.

## Rifondare la sanità: dai dati alle proposte

**P**er la stesura del presente capitolo è stata chiesta a **FIMMG, SID e FOCE** una riflessione sui limiti e sulle opportunità del PNRR (*vedi allegato n°1 – Nota Metodologica*).

Nei seguenti box sono riportati gli interventi dei professionisti sanitari, mentre nelle successive pagine Cittadinanzattiva elabora le **proprie proposte civiche**, tenendo in considerazione anche le riflessioni ricevute dalle organizzazioni sopracitate.

Nel futuro post Covid-19, oltre a migliorare i processi di governance e i piani di preparazione e risposta alle pandemie, le politiche devono puntare a colmare la **carezza di investimenti pubblici** nell'assistenza sanitaria. Lo sviluppo di un piano strategico di investimenti sarà indispensabile per migliorare la resilienza del SSN e per garantire continuità di accesso alle prestazioni.

Sul punto, il PNRR rappresenta il contributo elettivo. Nell'immediato, invece, le soluzioni passano per la semplificazione e la facilitazione di accesso e attraverso linee guida, che possano supportare i professionisti sanitari in questa fase ancora complessa.

Ad oggi, non hanno ricevuto alcuna **applicazione a livello regionale** le otto azioni del documento di Foce<sup>42</sup>. Queste, a distanza di tempo, risultano essere estremamente attuali ed orientate alla tutela dei pazienti. Il primo box (Box.1) contiene il contributo di **FOCE**.

### Box. 1 – Il contributo di FOCE (Federazione di Oncologi, Cardiologi ed Ematologici Italiani)

*In questo ultimo anno e mezzo di pandemia tutto è sembrato abbastanza sotto controllo ma nessuno si è preoccupato di **mettere giù un programma che rispondesse alle esigenze di tutti i pazienti.***

*Sollecitazioni ce ne sono state tantissime, incluse quelle della nostra Federazione. Ad oggi non abbiamo dati precisi sulle ripartenze degli esami strumentali; **poco sappiamo** sul ritorno alla normalità degli interventi chirurgici, arrestati o rallentati in molte Regioni. Ancor meno si conosce della reale situazione degli screening oncologici e dell'impatto che le mancate prestazioni genereranno in futuro.*

*Intanto abbiamo assistito all'aumento di **mortalità** per malattie cardiovascolari che sono tempo-dipendenti e continuiamo a vedere tumori in fase più avanzata poiché la diagnosi precoce non è stata possibile. L'aumento della mortalità dei pazienti Covid e non Covid ci restituisce una fotografia di come il nostro SSN non abbia reagito in modo adeguato alla pandemia. Abbiamo però osservato la "perdita" di medici e infermieri che si sono applicati fino allo stremo.*

*I **motivi principali** per i quali il nostro Paese non ha reagito alla pandemia è che dopo il DM70 sono stati sacrificati ulteriori **posti letto** (es. terapia intensiva); il **numero di specialisti** era ed è nettamente inferiore alla media Europea. L'entità del **finanziamento alla sanità** ha inciso notevolmente così come il blocco dell'affluenza alle **facoltà di medicina.***

*Occorre una rivisitazione completa della medicina territoriale e un **rafforzamento degli ospedali**: chi è malato di una patologia grave non si rivolge all'ospedale di prossimità. Chiamare alcune entità sul territorio "ospedali" può essere pericoloso poiché non risponde alla complessità delle cure e non appare in linea con i tempi. Bisogna entrare in una logica di **riforma vera** che risponda alle esigenze dei pazienti. Abbiamo **ospedali** che sono talmente **vecchi** e per i quali è impossibile operare in termini di ristrutturazione. Tanto*

<sup>42</sup> **FOCE** (Confederazione di Cardiologi, Oncologi ed Ematologici Italiani), *Stato della Gestione delle Patologie Oncoematologiche e Cardiologiche durante la Pandemia da Covid In Italia, 2020*



*sono vecchi che è impossibile installare nuove tecnologie. E sono circa il 45% .*

*Il PNRR nasce su un'emergenza sanitaria e buona parte dei finanziamenti sono destinati al territorio. La questione "territorio" si risolve se si pone attenzione anche all'evoluzione del ruolo dei MMG. Sono questi che insieme agli specialisti **operano insieme**.*

*Il **PNRR lascia intatto il DM70** , non lo discute e il rischio è di permanere nella situazione attuale o di aggiungere ulteriori difficoltà: ad esempio prevedere posti letto negli OdC potrebbe significare una riduzione di ulteriori posti letto negli ospedali? Mi auguro che la politica ascolti e si renda conto della **responsabilità di certe scelte**: è' necessario un programma mirato; c'è bisogno di **ascoltare coloro che conoscono la situazione nei minimi particolari** (Società Scientifiche, Associazioni di Malati) poiché la materia è delicata e la pandemia lo ha dimostrato. Non possiamo continuare a depauperare gli ospedali; questi vanno potenziati pur sapendo che le risorse del PNRR sulla sanità sono insufficienti. Senza dubbio, ci sono attività che possono essere svolte in strutture residenziali o in ambulatori periferici: si possono fare i follow up dei pazienti oncologici, gli screening ma è necessario **creare le situazioni** e le condizioni.*

*Infine per quanto riguarda il **doppio percorso di assistenza** dei malati Covid e non Covid e che FOCE ha chiesto fin da subito, permane il dubbio sul perché, nonostante alcuni ospedali (a padiglione) si prestassero per conformazione strutturale alla divisione dei percorsi, ciò non è stato fatto.*

Ai **MMG** è dedicato un paragrafo ad hoc nelle pagine successive, laddove sono poi state inserite le proposte di Cittadinanzattiva. Sotto invece il box con l'intervento da parte di **FIMMG** (Box.2).

#### Box. 2 – Il contributo di FIMMG (Federazione Italiana Medici di Medicina Generale)

*La missione 6 del PNRR affronta il tema dell'organizzazione dei servizi in modo limitato e distorto, individuando una **prospettiva di natura gerarchica e verticale, con prevalenza dell'aspetto epidemiologico - statistico** e di fatto ad impronta strutturale (logica ospedaliera e della medicina di attesa) senza lasciare spazio ad un approccio di natura professionistica che si colloca come **terza via centrata sulla flessibilità, prossimità, proattività** e che si individua in quell'area intermedia tra privato e managerialismo.*

*Le possibilità e le opportunità definite dal PNRR rischiano di vanificarsi e non produrre quegli effetti positivi necessari per una profonda innovazione del sistema di welfare perché di fatto **rispondenti a logiche oramai vecchie e superate** di una impostazione troppo orientata all'ospedale e alla struttura intesa come verticalità e gerarchia decisionale. Invece che **costruire una rete orizzontale complessa e collaborativa**, si preferisce investire sempre sulle strutture (Case della Comunità), impoverendo il territorio e riducendo la prossimità senza considerare una terza logica definita da caratteristiche quali: responsabilità, autonomia e sapere specifico. L'approccio strutturalista e gerarchico di fatto ha inficiato a suo tempo le possibilità aperte dalla Legge n°833/78, impedendo un ampio dispiegamento dei suoi contenuti innovativi. Il rischio è che si ricada negli **stessi errori**, compromettendo già dalle basi, sostenibilità dei sistemi e innovazione, cedendo alla tentazione epidemiologico - statistica di definire un quadro troppo rigido e scarsamente resiliente della assistenza territoriale.*

Il contributo di **SID**, oltre a rispondere alle eventuali criticità della Missione 6 del PNRR, affronta il tema del recupero delle prestazioni e dell'e-health (Box. 3).

#### Box. 3 – Il contributo di SID (Società Italiana Diabetologia)

*La principale criticità relativa alla Missione 6 è, a mio avviso, la **mancanza di un chiaro riferimento a meccanismi ed interventi che possano almeno ridurre, se non abolire, la palese difformità di accesso alle cure** e di efficacia ed efficienza delle stesse che si riscontra **nelle diverse zone del Paese**.*

*In effetti, la prima criticità che viene messa in evidenza è: " significativa disparità territoriale nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio". Poi però **mancano indicazioni (anche di massima) su come questa disparità possa essere contenuta**.*

*Dovrebbe essere precisato che le indicazioni in tema di riorganizzazione dei servizi discendono da direttive NAZIONALI e che queste **DEBBANO** essere applicate a prescindere dalla autonomia decisionale*

delle singole regioni.

*Il **recupero delle liste di attesa** non solo DEVE essere possibile, ma è certamente **irrinunciabile**. Questo tuttavia non può non passare per la linea M6C2 del PNRR, relativa ad innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale. Solo attraverso una "efficientamento" del sistema sarà infatti possibile non solo questo "recupero", ma anche **dare risposta al problema delle liste di attesa per esami e prestazioni che è una delle principali spine nel fianco della organizzazione della sanità territoriale**.*

*La RETE, che non deve essere solo una rete fisica, ma dovrà essere soprattutto una **RETE TELEMATICA**, è lo strumento che potrà consentire snellimento delle procedure, che potrà evitare ripetizione di esami, che potrà, in definitiva, realmente "avvicinare" la sanità al cittadino.*

*In tema con appena sottolineato, la prima esigenza è proprio la finalizzazione di un **FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO**, realmente efficiente ed utilizzabile nella pratica clinica, che sia **UNICO e non differente nelle varie regioni, che sia aggiornabile in automatico "attingendo" dati dai gestionali informatizzati della Medicina Generale, della Medicina Specialistica, della rete Ospedaliera, dai centri erogatori esami di laboratorio e strumentali**. Con gli strumenti della informatica moderna questo è pienamente realizzabile (ed è tra gli obiettivi del PNRR). Tuttavia, come dicono gli americani, "You can take a horse to water but you can't make it drink!". Questo significa che se è indispensabile "apparecchiare la tavola" e **dotarsi di strumenti intelligenti, agili e coerenti**, è altrettanto necessario **mettere in pratica una capillare azione di formazione per operare un drastico cambiamento culturale** che metta in grado il sistema, i cittadini, gli assistiti, gli operatori sanitari e tutti gli stakeholder di sfruttare appieno le necessarie innovazioni offerte dalla tecnologia.*

## 4.1 Prestazioni sanitarie: “quello che è perso non è perso”

I Decreto Legge n°73/2021<sup>43</sup> ha stanziato **2,8 miliardi di euro** e gli interventi riguardano la riduzione delle liste di attesa (art. 26) e le prestazioni di specialistica ambulatoriale, senza compartecipazione della spesa per i pazienti ex Covid-19 (art. 27).

Fermo restando che le Regioni hanno la possibilità, di recuperare le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali non erogate nel 2020, di acquistare delle prestazioni sanitarie da strutture private accreditate e che è indispensabile monitorare attentamente nei pazienti ex Covid le possibili conseguenze di salute a lungo termine, **è urgente realizzare un Piano Nazionale di Recupero delle Liste di Attesa**, fornendo mirate indicazioni ai professionisti sanitari su come gestire quanto non erogato. A fine 2021 esiste l'elevato rischio che, sul recupero delle prestazioni, il **diritto all'accesso precipiti ulteriormente** e che le risorse a disposizione delle Regioni non siano del tutto utilizzate o peggio ancora, utilizzate per altri scopi.

### Proposta n°1 – Liste di attesa

Realizzare un **Piano Nazionale di recupero delle Liste di Attesa** invitando le Regioni a rendere trasparenti le informazioni su quali modelli organizzativi attualmente sono applicati per garantire il ripristino delle prestazioni, con quali tempistiche e criteri di priorità sono messi in campo gli interventi e come sono state (per chi ne ha usufruito) e come saranno destinate le risorse stanziare (478,2 milioni di euro).

Prevedere **azioni correttive di livello nazionale** su tutte le Regioni e in particolare su quelle in cui il recupero delle liste di attesa è fortemente deficitario, inefficace e soprattutto non in linea con la situazione epidemiologica da Covid-19.

Vigilare attraverso un costante **monitoraggio lo stato di assistenza** garantita ai pazienti “non Covid-19” e centrare l'analisi della rilevazione sulle criticità di accesso alle cure e soprattutto sulle **possibili soluzioni**.

<sup>43</sup> **Gazzetta Ufficiale** del 25 maggio 2021 - “Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali”.

Inserire nel Nuovo Sistema Nazionale di Garanzia dei LEA uno o più **indicatori "di adempimento"** che permettano di misurare la capacità di ogni Regione di recuperare le liste di attesa, con particolare riferimento alle prestazioni correlate alle malattie croniche.

Porre attenzione sulla **pratica della "sospensione" delle attività di prenotazione** (*liste di attesa bloccate, agende chiuse*) a fronte della quale, al momento della prenotazione non è rilasciato al cittadino alcun promemoria con la data in cui sarà possibile effettuare la prestazione. Al contempo, le informazioni sulla **lista di attesa per i ricoveri** devono essere comunicate al cittadino per iscritto, contenere la classe di priorità e i relativi tempi massimi d'attesa, così come già previsto dall'attuale normativa nazionale.

Tutte le informazioni sullo stato delle prenotazioni devono essere contestualmente **inserite e aggiornate all'interno del FSE** di ogni cittadino.

**Inoltre, a fronte dell'impatto della pandemia sui redditi delle famiglie, si suggerisce di:**

Uniformare su tutto il territorio nazionale il **superamento, ai fini dell'esenzione dal ticket, della distinzione tra disoccupati ed inoccupati** che ancora, nonostante la sentenza n°33627/16 del Tribunale Civile di Roma e la Circolare del Ministero del lavoro n°5090/16, vede una differente prassi applicativa tra le Regioni.

Prevedere un intervento di **revisione della disciplina del ticket e delle esenzioni**, per garantire una maggiore equità nell'accesso dei cittadini all'assistenza sanitaria così come previsto originariamente nel Patto per la Salute 2019-2021.

## 4.2 II PNRR

I Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è lo strumento programmatico di riforme e investimenti richiesto dall'UE per ottenere i fondi della NGEU ed è articolato in 6 missioni.

**La missione 6 (M6) affronta il tema della "salute" ed è articolata su 2 componenti:**

1. **M6C1:** Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;
2. **M6C2:** Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN<sup>44</sup>.

Con le risorse del PNRR l'Italia possiede l'opportunità di trasformare gli assetti del SSN. Quando il Covid-19 lascerà nuovamente spazio alle emergenze epidemiologiche di sempre (*es. cronicità, disabilità, fragilità*), non ci saranno più scuse. Lo scorso agosto è arrivata la prima tranche di **24,9 mld** di euro cioè il **13% dei 191,5 mld** totali destinati al Paese fino al 2026.

Il tempo a disposizione per realizzare la M6, cui sono destinati **circa 20 mld di euro**, è di **solli 5 anni**; un periodo molto breve rispetto ai tempi di trasformazione che da sempre caratterizzano il nostro SSN. Inoltre bisognerà tenere conto delle **forti eterogeneità regionali, i cui modelli diversi di governance sanitaria** potrebbero essere d'ostacolo al raggiungimento degli obiettivi.

<sup>44</sup> Con misure che prevedono il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali, la messa a sistema del FSE, una maggiore attenzione ai LEA, l'investimento di risorse destinate alla ricerca scientifica, il rafforzamento delle competenze dei professionisti sanitari, attraverso la formazione del personale.



#### Proposta n°2 – PNRR: Cooperare e monitorare

Gestire le risorse avviando un **processo “partecipativo e su più fasi”**, che sia rappresentativo della parte istituzionale di livello nazionale e regionale, sociale e professionale. Tale coinvolgimento dovrà mettere le Regioni in condizione di definire obiettivi e indicatori di esito e di declinare la programmazione sanitaria del proprio territorio, con particolare riferimento al potenziamento dell’assistenza territoriale, attraverso le tecnologie e le infrastrutture, così come indicato nella M6 del PNRR.

Nel medio - lungo termine, tale fase di progettazione auspicata, raggiunta e misurata, contribuirà a **individuare azioni concertate tra le Regioni**, al fine di fissare per l’assistenza territoriale standard qualitativi, tecnologici, organizzativi e soprattutto uniformi su tutto il territorio nazionale.

Fondamentale in tutto il percorso sarà il **monitoraggio degli investimenti**, per scongiurare sprechi e ritardi; per fare ciò è necessario che, la valutazione sia fatta in totale trasparenza e condotta da organismi di terzietà, riconoscendo, a pieno titolo, il contributo dell’[Osservatorio Civico sul PNRR](#)

### 4.2.1 La prevenzione

Investire nella prevenzione è decisivo a fronte del previsto incremento di malattie croniche nei prossimi anni e a fronte delle conseguenze di salute strettamente connesse all’attuale situazione pandemica.

La promozione di corretti stili di vita (prevenzione primaria) è divenuta un livello di adempimento LEA, tuttavia allo stato attuale, **non sembrano essere previste strutture e numero di professionisti adeguati a rispondere al nuovo indicatore.** Il PNRR, considerata l’attenzione riposta sull’assistenza territoriale, dovrebbe pertanto prevedere un investimento mirato alla promozione della salute e alla prevenzione delle malattie croniche, potenziando i Dipartimenti di Prevenzione. Ciò aiuterebbe anche sul versante della prevenzione secondaria, riducendo la probabilità che, a fronte di una nuova futura emergenza sanitaria, le strutture non siano pronte a rispondere efficacemente all’erogazione dei programmi di screening, così come accaduto.

#### Proposta n°3 - Investire e recuperare i programmi di screening persi durante il Covid-19

In linea a quanto suggerito dall’ONS, prevedere **azioni mirate a ripristinare il livello di attività** necessario per la copertura della popolazione bersaglio, **assicurando il recupero del ritardo accumulato.**

Ripensare agli screening, potenziandone la capacità di erogazione dei programmi, sia in termini di infrastrutture (es. sistemi informativi), sia di professionisti sanitari, allocando le risorse in modo efficiente, stabile e commisurate alle necessità.

Tornare a **coinvolgere la popolazione sul valore degli screening oncologici**, al fine di aumentare la partecipazione ai programmi e prevedendo, all’attenuarsi della curva epidemica, mirate campagne di comunicazione, in collaborazione con Società Scientifiche e Associazioni di Pazienti.

## 4.2.2 La rete ospedaliera

L'ospedale rappresenta il fulcro del SSN; lo era da prima della pandemia e lo è stato durante, con tutte le conseguenze descritte nei precedenti paragrafi (*sospensione e ritardi nell'accesso*).

La rete ospedaliera nazionale è ancora caratterizzata dalla presenza di un gran numero di **"piccoli ospedali"**, che molto spesso non rispondono alla totalità degli standard previsti nel DM 70/2015 e sono inoltre privi di legami funzionali con altri presidi della rete<sup>45</sup>. I **grandi ospedali** (aziende ospedaliere) sono, invece da decenni, alle prese con problemi di natura infrastrutturale, logistica, tecnologica ed organizzativa: la maggior parte si presenta ancora "a padiglioni", tipologia che non facilita i percorsi integrati di cura e che non è certo consona a concentrare su di sé le risorse e le iniziative previste dal PNRR all'ultimo momento<sup>46</sup>. L'investimento nella rete ospedaliera implica, pertanto, la "ridefinizione" dei piccoli ospedali tenendo conto della "contestualizzazione" geografica del Paese e l'affermazione di una politica sanitaria che valorizzi le grandi strutture sotto il profilo organizzativo, funzionale e professionale, allo scopo di offrire al paziente la cura migliore nel posto migliore, in base alle sue condizioni di salute.

### Proposta n°4 – Interventi sulla Rete Ospedaliera

Intervenire con azioni di **rafforzamento dell'intera rete ospedaliera**, ripensando potenzialmente ai "piccoli ospedali" come luoghi da riconvertire in strutture territoriali (es. Ospedale di comunità)<sup>47</sup>. Per i **grandi ospedali** puntare l'attenzione sull'ammodernamento delle strutture, non limitandosi a supportare il solo adeguamento antisismico e la sostenibilità ambientale.

Al pari, adottare un modello di ospedale che sia funzionale per il territorio (orizzontale), ma anche di alta specialità (verticale), in un'ottica di *cura migliore nel posto migliore* per garantire efficacia e tempestività delle cure.

Rivedere la logica adottata dal DM 70/2015, che definiva **tre modelli di ospedale** (di base, di I livello e di II livello) e sforzarsi ad individuare soluzioni logistiche basate sulla complessità dello stato di salute dei pazienti, sulla tipologia (acuto, media e bassa intensità) e sul fabbisogno tecnologico e di competenze professionali.

## 4.2.3 Sanità di prossimità

I PNRR si pone l'obiettivo di rafforzare l'assistenza territoriale attraverso la creazione di **Case della Comunità e Ospedali di Comunità (OdC)** (Tab. 15), oltretutto di rafforzare l'assistenza domiciliare per una più concreta integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

<sup>45</sup> **CERGAS**, Bocconi, *Rapporto OASI*, 2020.

<sup>46</sup> Cfr. **Quotidiano Sanità**, *I Forum di QS* in: [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=96327](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=96327) e in [http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=96337](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=96337) – ultimo accesso il 17 agosto 2021.

<sup>47</sup> Considerato che l'Ospedale di Comunità è uno strumento di integrazione ospedale-territorio, che non è da intendersi come struttura ex novo ma frutto della riconversione di posti letto per la degenza in strutture già esistenti, che il PNRR prevede la "apertura" di 381 nuovi OdC, ottimo sotto il profilo dei costi sarebbe che alcuni piccoli ospedali divenissero OdC.

Tabella 15 – Ospedali di Comunità e Case della Comunità previste nel PNRR<sup>48</sup>

Regione/Provincia Autonoma	Ospedali di Comunità previsti dal PNRR	Case della Comunità previste dal PNRR
	n°	n°
Valle d'Aosta	1	3
P.A. Bolzano	3	11
Trentino	3	12
Piemonte	27	93
Lombardia	64	216
Veneto	31	105
Friuli Venezia Giulia	8	26
Emilia-Romagna	28	95
Liguria	10	33
Toscana	24	80
Marche	10	32
Abruzzo	8	28
Lazio	37	125
Umbria	6	19
Molise	2	6
Basilicata	4	12
Puglia	25	86
Campania	37	124
Calabria	12	41
Sicilia	31	106
Sardegna	10	35
<b>Totale</b>	<b>381</b>	<b>1288</b>

L'OdC sarà in prevalenza a gestione infermieristica e contribuirà a ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso o, il ricorso ad altre prestazioni specialistiche ospedaliere; sarà la struttura **rappresentativa delle cure intermedie**, che faciliterà la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio. Le **Case della Comunità** sono luoghi in cui si applica un **modello di intervento multidisciplinare** e pertanto strutture in cui coordinare i servizi offerti ai pazienti cronici. All'interno lavoreranno in equipe il Medico di Medicina Generale e i PLS<sup>49</sup>, gli infermieri di famiglia, gli specialisti ambulatoriali, altri professionisti sanitari e gli assistenti sociali.

Infine, sul versante delle **strutture ambulatoriali** sul territorio, che pagano il prezzo dell'insufficiente dotazione tecnologica o obsoleta e che spesso mancano di integrazione con la specialistica di secondo livello, è necessario decidere se queste

confluiranno all'interno delle Case della Comunità o in alternativa, andranno chiarite le rispettive funzioni e definite modalità e responsabilità di coordinamento.

<sup>48</sup> Camera dei Deputati, *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*, 2021

<sup>49</sup> **AGENAS**, (Bozza) *Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale*, 2021 – Sul punto si segnala come la formulazione del documento AGENAS apra ad uno scenario che segna la fine del sistema degli studi dei medici di famiglia.

#### Proposta 5 - La prossimità non solo sulla carta

Definire un **modello di assistenza sul territorio**, che risponda concretamente alla **domanda di presa in carico della cronicità** così come già previsto nel Piano Nazionale delle Cronicità, chiarendo ruoli, funzioni, criteri e strumenti che sostengano e identifichino la collaborazione fra professionisti sanitari e socio-sanitari, ponendo attenzione in modo particolare **all'evoluzione della figura del MMG**.

Stabilire se le Case della Comunità saranno il luogo in cui si concentreranno le **strutture ambulatoriali** territoriali, ma in ogni caso, **superare** la sottodimensionata dotazione di spazi, tecnologie e professionalità, tenendo in considerazione l'incidenza di alcune patologie su uno specifico territorio e rendendo le strutture pienamente fruibili al cittadino.

Considerare gli investimenti sugli OdC come un **input per rivedere e riqualificare la rete complessiva delle cure intermedie**, cercando in primis di attenzionare anche le RSA e gli Hospice, sulla base delle esigenze di ogni singola regione. Tali strutture e non solo gli OdC dovranno essere collegate funzionalmente con gli ospedali, con i servizi territoriali e con i MMG allo scopo di garantire la piena continuità assistenziale.

Sulla scorta di ciò, velocizzare dunque la **definizione degli standard** strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale così come previsto dal PNRR e **rendere partecipata** alle Associazioni di Cittadini e Pazienti e alle Società Scientifiche, la discussione sulla riforma dell'assistenza territoriale.

Rilanciare il ruolo del **distretto come ambito naturale dell'erogazione delle cure primarie** e restituirgli in pieno la competenza di individuare gli obiettivi di salute, di sviluppare realmente la "sanità d'iniziativa" e di organizzare le risposte assistenziali per i cittadini, prima che la patologia si manifesti o si aggravi.

Costruire e monitorare su tutte le Regioni **l'infrastruttura digitale di comunicazione tra le diverse strutture**, al fine di garantire un sistema integrato con il sociale, permettere ai professionisti la lettura dei percorsi (PDTA), monitorare e valutare l'assistenza erogata al paziente cronico e liberare completamente i pazienti dall'onere di far circolare personalmente le informazioni che lo riguardano.

Puntare **all'utilizzo del FSE**, con particolare riferimento alla possibilità da parte del cittadino di veder caricati al suo interno tutte le informazioni in **tempo reale**.

#### 4.2.4 L'assistenza domiciliare

**L'**assistenza domiciliare è del tutto insufficiente e distribuita in modo diseguale nelle Regioni. Caregiver e adeguamento strutturale del domicilio del paziente (es. domotica) sono aspetti centrali per la tutela della dell'autosufficienza e della qualità di vita dei pazienti. Non è più sostenibile pensare di aumentare solo le ore di assistenza al domicilio del paziente, ma è necessario **favorire tutte le condizioni** che permettano lui di mantenere un idoneo livello di autosufficienza, prevedendo ad esempio un'assistenza domiciliare supportata dall'utilizzo di strumenti digitali, riducendo così gli spostamenti fisici evitabili.

#### Proposta 6 – Domicilio come luogo di cura elettivo

Ripensare all'ADI perseguendo una **logica di integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali**, ridisegnando pertanto un sistema di Welfare che **superi la netta separazione di competenze** tra i vari attori del sistema, giungendo all'erogazione di prestazioni socio-sanitarie e servizi alla persona, guidate da un'unica regia nazionale. Per la riforma dell'assistenza per gli anziani non autosufficienti prendere a riferimento le richieste del *“Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza”*<sup>50</sup>

### 4.2.5 La medicina Generale

**L'**attività dei MMG, erogata in forma singola (ancora tipica delle zone rurali) o associata (AFT), ha rivestito un ruolo strategico e di supporto ai pazienti durante l'emergenza da Covid-19.

I MMG **sono liberi professionisti convenzionati** la cui attività è disciplinata da accordi collettivi, sottoscritti dalle rappresentanze sindacali e dalla Conferenza Stato-Regioni. Attualmente l'accordo in vigore prevede che lo studio debba essere aperto 5 giorni a settimana e il numero di ore dipende dal numero di assistiti (es. 500 pazienti=5 ore settimanali; 1500 pazienti=15 ore settimanali).

All'interno della riforma dell'assistenza territoriale e in virtù dello stanziamento del PNRR, si è parlato molto di rivedere le **regole di ingaggio dei MMG**: uno degli **scenari possibili** vede i MMG diventare dipendenti del SSN, l'altro pare veda trasferire il loro studio dentro le Case della Comunità.

**La questione è spinosa**: se dovessimo avere una Casa della Comunità ogni 160 Km, con all'interno l'ambulatorio di medicina generale, è oggettivo che l'offerta di una prossimità delle cure lascerebbe il campo ad una logica di assistenza territoriale “concentrata in strutture”. Tra l'altro, se così fosse, sarebbero tagliati fuori tutti i piccoli centri abitati, le zone rurali e il cittadino sarebbe costretto a spostamenti lunghi.

Cittadinanzattiva ritiene che una riforma dell'assistenza territoriale debba puntare ad evolvere gli studi medici dal punto di vista tecnologico e a renderli più confortevoli ai pazienti che vi accedono.

#### Proposta 7 – Il ruolo strategico della medici di medicina generale

Adeguare il **comfort degli studi di medicina generale** (e PLS) e fornire ai MMG una **minima apparecchiatura tecnologica** (es. ECG), al fine di migliorare la percezione dei pazienti in termini di qualità dell'assistenza e per far ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso. Sul punto è auspicabile anche una revisione della disponibilità oraria di tali professionisti.

Rendere omogenei i modelli organizzativi e assistenziali della medicina generale, puntando ad **azzerare le formule di erogazione** (es. associazione semplice), che molto spesso non riescono a garantire un'interdipendenza tra gli stessi MMG e tra MMG e altri professionisti.

Per fare ciò **mettere a disposizione dei MMG** tutta le tecnologie disponibili, che possono avvicinarli al cittadino, lasciando loro la possibilità di restare presenti capillarmente sul territorio, ma al contempo investendo sulla capacità di **mettere in rete tutte le attività territoriali**: ambulatori specialistici, Case della Comunità, nodi delle cure intermedie, Ospedali di Comunità e studi di medicina generale.

<sup>50</sup> Cittadinanzattiva, *“Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza”* in [https://www.cittadinanzattiva.it/files/comunicati/attivismo\\_civico/documentopatto.pdf](https://www.cittadinanzattiva.it/files/comunicati/attivismo_civico/documentopatto.pdf) - ultimo accesso 22 agosto 2021.

## 4.2.6 La telemedicina

Con la pandemia l'uso delle tecnologie ha ricevuto una forte accelerazione, quasi a voler accogliere "finalmente" la grande sfida della informatizzazione della sanità e della telemedicina. **La forte espansione registrata non ha interessato tutte le Regioni**, ma sono stati comunque avviati servizi quali ad esempio televisita, teleconsulto e telemonitoraggio che di fatto hanno rappresentato nuove modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie.

*Nei pazienti affetti da asma e BPCO, gli strumenti di telemedicina hanno dimostrato efficacia nel migliorare l'aderenza terapeutica e la capacità di gestione dei sintomi, con un conseguente impatto positivo sulla qualità di vita<sup>51</sup>.* Il tema è pertanto di grande attualità: nel PNRR la telemedicina è configurata come **vettore qualitativo dell'assistenza** sul territorio e al domicilio del paziente.

### Proposta 8 – Digitalizzazione sanitaria

Promuovere una governance nazionale delle **iniziative di telemedicina**, al fine di dare impulso a scelte mirate, guidate da un'unica regia nazionale che definisca, in accordo con le Regioni, obiettivi comuni, requisiti tecnologici unitari, tariffe e rigorosi processi di progettazione e implementazione, prevedendo anche ove necessario, una revisione dell'organizzazione dei servizi sanitari.

Riorganizzare i **processi assistenziali** tra i diversi livelli con il **supporto dell'innovazione tecnologica** al fine di garantire il trasferimento progressivo dell'assistenza dall'ospedale al territorio e al domicilio della persona, capitalizzando le esperienze vincenti in corso da anni e quelle nuove praticate durante la pandemia.

Continuare ad allargare il campo delle attività di telemedicina a tutta l'area delle patologie croniche ed a tutti i cittadini che potrebbero trarre beneficio dall'innovazione tecnologica e dai servizi offerti.

**Monitorare** sistematicamente i benefici e il valore aggiunto dei servizi di telemedicina, anche in termini di prevenzione delle complicanze, ivi comprese le ricadute relazionali su caregiver e familiari, il grado di facilità d'uso delle tecnologie, quello di accettazione e di soddisfazione sia del paziente sia del professionista sanitario.

Investire in percorsi di **formazione per la digitalizzazione** rivolti ai professionisti sanitari e orientare i contenuti di apprendimento sia sotto il profilo tecnico, sia gestionale.

Agire sull'aspetto culturale delle nuove metodiche, anche investendo **sull'informazione e sull'educazione** ai cittadini in merito, a come l'innovazione tecnologica si integra alla qualità della cura e dell'assistenza, rafforzando la relazione tra medico e paziente.

## 4.2.7 Il Parco tecnologico

I PNRR destina 1,9 miliardi al rinnovo del parco tecnologico: circa **3000 apparecchiature** (es. TAC, RM, mammografo, acceleratori lineari per la radioterapia), con più di 5 anni di età saranno sostituite. In Italia tra ospedali pubblici e privati convenzionati il **36% dei macchinari** ha infatti più di 5 anni e almeno **1 su 3 oltre 10 anni<sup>52</sup>**. Le apparecchiature obsolete espongono il paziente a più radiazioni e a diagnosi meno precise; l'obsolescenza condiziona anche i tempi di indisponibilità delle

<sup>51</sup> **Portacci A. et altri**, *COVID-19 e gestione delle patologie respiratorie croniche: criticità e possibili soluzioni* in Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio, 2021.

<sup>52</sup> **Corte dei Conti**, *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*, 2018.

apparecchiature, poiché queste sono più facilmente soggette a guasti e malfunzionamenti. Di conseguenza crescono i costi di manutenzione e il numero di prestazioni rimandate. L'Associazione italiana degli ingegneri clinici (AIIC) ha precisato però che: *non esiste un riferimento univoco su quella che dovrebbe essere l'età di riferimento dei macchinari e che, per ciascuna tipologia, occorre fare valutazioni specifiche*<sup>53</sup>.

#### Proposta 9 – Rinnovo delle apparecchiature

Superare la logica della **mera sostituzione**, fissando criteri che rispondano ad una programmazione basata sui fabbisogni dei pazienti, sull'allocazione delle apparecchiature e sul loro inserimento all'interno dei processi assistenziali, tenendo conto pertanto dei contesti organizzativi e dell'evoluzione dei percorsi di diagnosi e cura che tali apparecchiature andranno a sostenere.

Per fare ciò, è necessario un puntuale processo di **Health Technology Assessment (HTA)** dei dispositivi medici da effettuarsi anche su base regionale, così come già accade da anni per i farmaci.

Investire nelle **competenze** tecnico professionali per l'HTA indispensabili per sorreggere il processo di valutazione.

---

<sup>53</sup> **Gabbanelli M., Ravizza S.**, *Sanità: TAC, Risonanze ed Ecografi Obsoleti. Cosa si rischia e quali macchine evitare*, Corriere della Sera, Data Room in [https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabbanelli/ricerca.shtml?testo=parco%20macchine&type\\_search=buca\\_ricerca](https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabbanelli/ricerca.shtml?testo=parco%20macchine&type_search=buca_ricerca) – ultimo accesso 28 agosto 2021.

## Considerazioni conclusive

C'è bisogno di recuperare la dimensione umana delle cure, di un sistema che "prenda in carico" i singoli individui a cominciare dai soggetti fragili e dai malati cronici. Il sistema non deve attendere gli "acuti" e poi tentare di sbrogliare la matassa dei costi sanitari e sociali; occorre lavorare sulla **prevenzione** prima che ci sia bisogno dell'ospedalizzazione, concentrarsi meno sull'eradicazione della malattia e prevedere **servizi sanitari e sociali integrati**, in grado di anticipare l'acuirsi o l'insorgere di nuove patologie mettendo davvero al centro il paziente, questa volta non come bersaglio.

Per "anticipare potenzialmente" le malattie croniche, serve anche investire sull'empowerment del paziente e prevedere programmi di educazione alla salute e di prevenzione su tutti i livelli.

Considerato che nella prima fase della pandemia si è registrato un allontanamento volontario di molti cittadini dal ricorso alle prestazioni sanitarie, e che nel 2020, a fronte della *diminuzione della speranza di vita alla nascita*, ***l'indicatore della buona salute percepita è invece migliorato***, bisogna iniziare a distinguere, attraverso un'approfondita analisi, tra coloro che ad oggi non hanno ancora accesso ai servizi per inefficienze del sistema e coloro che invece rinunciano alle prestazioni, perché ansia, timori generalizzati o un calo di fiducia nei confronti del SSN hanno "preso il sopravvento", costringendo le persone a ricorrere ancora meno ai controlli necessari a valutare il proprio stato di salute.

Tenendo conto di ciò, è comunque indispensabile mettere mano subito alle **liste di attesa**, rilanciando anche il Piano Nazionale delle Cronicità, e inserendo nei LEA un **indicatore** che misuri la capacità di risposta delle Regioni a recuperare il diritto all'accesso.

Il Covid-19 è stato decisivo per comprendere come il SSN non debba più **subire ulteriori tagli** lineari; nel 2020, dopo circa un decennio, il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) ha raggiunto i 120,8 miliardi di euro con un **incremento di 1.410 milioni**, che solo per la farmaceutica ha significato una disponibilità pari a circa 500 milioni di euro.

Tale incremento di risorse **non dovrebbe essere straordinario**, piuttosto, è da leggersi dentro una auspicata cornice di programmazione sanitaria che guarda lontano, ove la salute non è esclusivamente un costo e le azioni da mettere in campo sono volte a qualificare la spesa sanitaria, a contrastare le inefficienze, la corruzione e gli sprechi in sanità.

A fronte di quanto accaduto in questo ultimo anno e mezzo, ancora più centrale diventa il **tema dell'assistenza territoriale** (e del riordino della rete ospedaliera), unitamente alla necessità di aggiornare i modelli di organizzazione sanitaria, restituendo al **distretto** il proprio ruolo naturale, colmando le lacune che interessano da tempo l'assistenza domiciliare (ADI), anche attraverso l'utilizzo dei servizi da remoto e fissando gli **standard** qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza territoriale.

Con il **PNRR**, il SSN ha concretamente un'ulteriore opportunità di trasformare la realtà: tentativi simili, prima dell'arrivo delle risorse europee, furono avviati dall'allora Ministro della Salute Livia Turco poi con la "Legge Balduzzi" e, oggi come allora, il principale nodo da sciogliere è quello delle diverse **politiche regionali**. Paradossale sarebbe arrivare al 2026 senza che il processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale abbia risolto "efficacemente" le evidenti disomogeneità tra le Regioni e "azzerato" le disuguaglianze tra cittadini, in termini di **esiti di salute** e di cure evitate.

Peggio ancora sarebbe ritornare ad una politica di controllo della spesa sanitaria, perché i fondi del PNRR si sono esauriti o, non sono stati utilizzati coerentemente. Stavolta è prevista una regia nazionale, quantomeno perché il finanziamento europeo ricadrà come **debito** sulle generazioni future;



sarà quindi il livello centrale a dettare alle Regioni i tempi e gli obiettivi, oltretutto monitorare i risultati raggiunti con i fondi del PNRR. Tutto ciò lascia ben sperare a fronte di un ennesimo fallimento.

E ancora, è auspicabile pensare che il **reclutamento di personale medico e delle professioni sanitarie**, cui si è assistito durante la pandemia, non resti circoscritto alla fase di emergenza; questa è stata la cartina tornasole che ha *travolto gli ospedali già in profonda sofferenza di organico*. Bisogna investire nella formazione degli specialisti, garantire loro prospettive di carriera e abbassare **l'età media della popolazione medica**, liberando il Paese dal poco invidiabile record europeo di **medici over cinquanta**. Al contempo è da rafforzare la **cultura dell'integrazione** tra i professionisti sanitari, una leva che aiuta a leggere i cambiamenti, non come una svalutazione della singola professione dentro l'organizzazione sanitaria, ma come una sfida nel rispetto di ruoli e competenze che restituisce valore alle professioni sanitarie diverse da quelle mediche.

Si è detto come all'interno della riforma dell'assistenza territoriale, ancora poco chiara, sia **l'evoluzione della figura del MMG**; proprio in questi ultimi giorni sono state messe a fuoco alcune proposte: dal far diventare MMG/PLS da subito dipendenti del SSN, a quella di prevedere un doppio corridoio con possibilità di rendere dipendenti i giovani professionisti; mentre chi ha già da anni avviato la professione, potrebbe mantenere il proprio studio. L'ultima proposta prevede forme di accreditamento per la gestione delle Case della Comunità, anche se su quest'ultimo fronte c'è molto scetticismo.

Aldilà delle strade che saranno percorse è indispensabile promuovere **un'assistenza primaria continuativa, realmente di prossimità**, sviluppata sotto il profilo tecnologico e infrastrutturale e soprattutto vicina ai bisogni delle persone, onde evitare l'enorme rischio di desertificare ulteriormente il territorio.

L'attenzione alla prossimità delle cure, però, non si esaurisce costruendo solo nuove infrastrutture e strutture; queste ultime dovranno "dialogare tra loro" ed essere interconnesse con la rete ospedaliera. Agli ospedali di secondo livello sono da dedicare, in particolare, interventi di ammodernamento strutturale ed è essenziale rivedere la logica del **DM 70/2015**, operando non più solo in base al bacino d'utenza, al livello delle specialità e delle dotazioni, ma con soluzioni basate sulla complessità della condizione clinica del paziente.

Con ruoli e responsabilità diverse, siamo tutti chiamati a fare i conti con quanto ci stiamo lasciando alle spalle. La sfida da affrontare si giocherà sulla capacità di mettere al centro della governance sanitaria la salute dei cittadini, percorrendo una strada di sviluppo equo, tempestivo, partecipato e sostenibile.

## Fonti di riferimento

- AGENAS**, *Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale* (Bozza documento), 2021.
- AGENAS**, Portale Covid-19 in <https://www.agenas.gov.it/Covid19/web/index.php>, 2021
- AIFA**, *Monitoraggio sull'uso dei farmaci durante l'epidemia COVID-19* in <https://www.aifa.gov.it/monitoraggio-uso-farmaci-durante-epidemia-covid-19>, 2021
- Camera dei Deputati, XVIII Legislatura**, *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*, 2021
- CENSIS**, *"I Cantieri per la Sanità del Futuro"*, 2021
- CERGAS, SDA Bocconi**, *Rapporto OASI*, 2020.
- Cittadinanzattiva**, *Rapporto CNAMC*, 2020.
- Cittadinanzattiva**, *XIII Rapporto PIT*, 2020.
- Cittadinanzattiva**, *Rapporto 2019, Osservatorio Civico sul Federalismo in Sanità*, 2020.
- Cittadinanzattiva et al.**, *"Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza"*, 2021
- Corte dei Conti**, *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica*, 2018 e 2021.
- FOCE**, *Stato della Gestione delle Patologie Oncoematologiche e Cardiologiche durante la Pandemia da Covid In Italia*, 2020
- Gabbanelli M., Ravizza S.**, *Sanità: TAC, Risonanze ed Ecografi Obsoleti. Cosa si rischia e quali macchine evitare*, Data Room, Corriere della Sera.
- Gazzetta Ufficiale**, Serie Generale n.123 del 25 maggio 2021, *Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali"*.
- Gazzetta Ufficiale**, Serie Generale n.203 del 14 agosto 2020, *Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia*.
- Gazzetta Ufficiale**, Serie Generale n°207 del 30 agosto 2021.
- Fondazione Italia Salute**, *Rapporto Gli italiani e il Covid*, 2021
- GIMBE**, *Report Impatto della pandemia COVID-19 sull'erogazione di prestazioni sanitarie*, 2021
- Il Sole 24 Ore**, *Vaccini in tempo reale* in Lab24, 2021
- IQVIA**, *Osservatorio sull'impatto della pandemia COVID-19 sull'accesso alle cure*, (periodo di riferimento 2020), 2021
- IQVIA**, I. Cecchini (a cura di) *Accesso alle diagnosi e alle cure: l'impatto della pandemia e le prospettive per il futuro*, (periodo di riferimento primi mesi 2021), 2021.
- ISTAT**, *Rapporto 2021, Lo shock da pandemia: impatto demografico e conseguenze sanitarie*, 2021
- IIS, PASSI e PASSI d'Argento e la pandemia COVID-19**, 2021
- Ministero della Salute**, *Portale Trova Norme Salute*
- Osservatorio Nazionale Screening (ONS)**, *Secondo Rapporto sui ritardi accumulati dai programmi di screening italiani in seguito alla pandemia da Covid-19*, 2020.
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza**, testo trasmesso all'Unione Europea, 2021
- Portacci A. et altri**, *COVID-19 e gestione delle patologie respiratorie croniche: criticità e possibili soluzioni* in *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio*, 2021.
- Quotidiano Sanità**, *I Forum di QS: Quale ospedale per l'Italia?*, 2021.
- Ricciardiello L, Ferrari C, Cameletti M, et al.** *Impact of SARS-CoV-2 Pandemic on Colorectal Cancer Screening Delay: Effect on Stage Shift and Increased Mortality*. *Clinic Gastroenterol Hepatol*, 2020.
- SalutEquità**, *Equità di accesso alle cure e Covid-19, 1°Report*, 2020.
- SalutEquità**, *Le cure mancate nel 2020, 4° Report*, 2021.
- Ventoruzzo G., Caremani M.** (a cura di), *La Sanità che Vorrei, Pubblica, Equa, Efficace: Costruita Insieme Ai Professionisti*, 2021.
- Vigano M, Mantovani L, Cozzolino P, Harari S.**, *Treat all COVID 19-positive patients, but do not forget those negative with chronic diseases*. *Intern Emerg Med*, 2021.

## Allegato 1 – Nota metodologica

Per la stesura del presente report si è fatto riferimento ad una serie di dati ufficiali, fondamentali per dimensionare il fenomeno. Tuttavia non disponendo di informazioni consolidate capaci di **descrivere con precisione il quadro** del mancato accesso alle prestazioni sanitarie, si è ritenuto opportuno concentrarsi sui dati del 2020 e parzialmente su alcuni dati del primo trimestre 2021.

Per mettere invece in campo **le proposte**, come anticipato nel capitolo quattro, sono stati raccolti alcuni contributi di esperienza e competenza da parte di **FOCE, FIMMG e SID**, attraverso un'**intervista semi-strutturata**.

La tipologia di strumento individuato, non prevedendo standardizzazione delle risposte, ha lasciato ai rispondenti un elevato livello di libertà in termini di ampia riflessione, autonomia di giudizio, capacità di intercettare i nodi da sciogliere e/o proporre soluzioni, rispetto ai temi suggeriti.

Di seguito le domande formulate ai professionisti sanitari.

### Box. 4 – Intervista semi-strutturata rivolta ai professionisti sanitari

#### DOMANDA n° 1

*Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) è lo strumento programmatico di riforme e investimenti richiesto dall'UE per ottenere i fondi della NGEU ed è articolato in 6 missioni. La missione 6 affronta il tema della SALUTE ed è articolata su 2 componenti:*

*1. Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*

*(con interventi volti a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio attraverso il potenziamento e/o la creazione di strutture e presidi territoriali, implementare l'Assistenza Domiciliare, la telemedicina e integrare efficacemente tutti i servizi socio-sanitari.*

*2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale*

*(con misure che prevedono il rinnovamento e l'ammmodernamento delle strutture tecnologiche e digitali, la messa a sistema del FSE, una maggiore attenzione ai LEA, l'investimento di risorse destinate alla ricerca scientifica, il rafforzamento delle competenze dei professionisti sanitari, attraverso la formazione del personale.*

***Premesso ciò, diversi esperti della materia e professionisti sanitari hanno pubblicamente dichiarato, in più occasioni, come la missione 6 del PNRR affronti il tema dell'organizzazione dei servizi in modo limitato....***

*(continuare indicando se e cosa non convince della missione 6, se ci sono questioni aperte che andrebbero attenzionate, proposte.... )*

#### DOMANDA n° 2

*Il Decreto Legge n°73/2021 – “Misure urgenti connesse all'emergenza da COVID-19, per le imprese, il lavoro, i giovani, la salute e i servizi territoriali” - pubblicato in G.U. lo scorso 25 maggio e conosciuto come Decreto Sostegni Bis, prevede dall'art. 26 all'art. 35 le MISURE PER LA TUTELA DELLA SALUTE. Lo stanziamento finanziario è pari a 2,8 miliardi di euro e gli interventi riguardano:*

*1. La riduzione delle liste di attesa (art. 26);*

*2. Prestazioni di specialistica ambulatoriale senza compartecipazione della spesa per i pazienti ex Covid-19 (art. 27).*

***Fermo restando che Le Regioni hanno la possibilità di recuperare le prestazioni ospedaliere e ambulatoriali non erogate nel 2020 (DL 104/2020), di acquistare delle prestazioni sanitarie da strutture private accreditate e che è indispensabile monitorare attentamente nei pazienti ex Covid le possibili conseguenze a lungo termine, ritiene plausibile ipotizzare un intervento di sistema “mirato” al recupero delle liste di attesa di tutti i pazienti “non covid-19”, attualmente gravati da una condizione di fragilità e/o cronicità e che durante l'intera fase emergenziale hanno visto rimandate visite ed esami?***

