



CITTADINANZATTIVA ONLUS - SEDE NAZIONALE
VIA CEREA TE 6 - 00183 ROMA
TEL.: +39 06367181 - FAX: +39 0636718333
WWW.CITTADINANZATTIVA.IT

riqualificazione “vera” dei servizi e dell’offerta sanitaria delle Regioni che vivono situazioni di particolare difficoltà.

4. Rivedere il **sistema di valutazione delle performance delle Regioni**, in particolare rispetto alla capacità di garantire l’effettività dei LEA. Praticamente, affiancare agli attuali indicatori economici, quantitativi, indicatori più sostanziali in grado di registrare le effettive dinamiche tra cittadini e Servizi Sanitari Regionali. Per far questo è necessario che siano coinvolti **rappresentanti dei cittadini nel Comitato di Verifica dei LEA**.
5. **Contemporaneità della riorganizzazione della rete ospedaliera con quella dell’assistenza territoriale**, affiancando agli standard nazionali ospedalieri, quelli per “l’assistenza territoriale”. Non si può accettare che periodicamente si riduca l’offerta ospedaliera, lasciando inalterata o nebulosa l’assistenza territoriale. Per la prevenzione, garantire che il 5% del fondo sia effettivamente dedicato a questo scopo, incentivando i programmi vaccinali e di screening, promozione corretti stili di vita.
6. Prevedere una **nuova governance a tutela dei principi fondanti del SSN**: equità, universalità e solidarietà. Al Ministero della Salute, e non a quello dell’Economia e Finanze, la responsabilità sulle politiche pubbliche sanitarie. A tal fine sono necessari strumenti più efficaci che consentano al Ministero della Salute, anche attraverso un rafforzamento di enti vigilati come Agenas ed AIFA, l’esercizio del ruolo di garante dei LEA. Al governo centrale deve essere riconosciuta la competenza su fissazione e garanzia dei LEA.
7. Innovare il governo della sanità, verso **forme più avanzate di partecipazione**, che prevedano accanto a Governo (Ministeri) e Regioni, un ruolo per cittadini e professionisti sanitari.
8. Le **patologie croniche e rare siano priorità** nella programmazione sanitaria nazionale, che ancora è ferma al PSN 2006-2008, attraverso un Piano nazionale sulle cronicità uno sulle malattie rare, nonché messa a punto, adozione e implementazione su tutto il territorio nazionale dei PDTA.

3. La prevenzione vaccinale e gli screening organizzati

La quota percentuale del Fondo Sanitario destinata alla prevenzione in Italia è il 5%; di fatto, stando ai dati più recenti ed aggiornati disponibili, nel 2011 ne è stato impiegato solo il 4,2%. In termini di “*investimenti in prevenzione*” nelle Regioni è possibile rilevare che ai due estremi (chi spende di più e di meno) ci sono regioni a statuto speciale; sono in maniera evidente al di sopra della media nazionale (4,2%) Valle d’Aosta, Sardegna, Calabria, Umbria, ma anche Sicilia e Abruzzo; sono notevolmente al di sotto Friuli Venezia Giulia, PA di Trento, Lazio, Liguria e Puglia. Nel 2011 tuttavia alcune di queste Regioni, che investono molto in prevenzione, non sono riuscite a rispettare i LEA correlati. E’ il caso ad esempio di Sicilia e Abruzzo, che nella valutazione rispetto al “**mantenimento dell’erogazione dei LEA**” sono risultate adempienti “con impegno su alcuni indicatori”, con il richiamo per la Sicilia a “bassa copertura vaccinale per influenza negli anziani e scarsa adesione ai programmi organizzati di screening”; per l’Abruzzo “criticità: vaccinazioni per MPR ed antinfluenzale per anziani, screening e prevenzione veterinaria”. La Calabria mostra carenze relative alla vaccinazione Morbillo-Parotite-Rosolia, quella anti-influenzale nell’anziano e relative all’adesione agli screening di primo livello in programma organizzato; Sardegna e Lombardia presentano un basso tasso di adesione alla vaccinazione anti influenzale nell’anziano e agli screening.

Il **Piano nazionale Prevenzione** è stato recepito dalla maggior parte delle Regioni nel 2012; fanno eccezione Puglia, Marche e Sardegna che hanno recepito il Piano con tempi più lunghi, nel 2013.

Vaccinazioni obbligatorie e facoltative infanzia

8 regioni (Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Umbria, Marche, Lazio e Puglia) hanno visto un calo di adesione vaccinale in caso di vaccinazioni obbligatorie, nonostante siano adempienti rispetto alla percentuale di copertura considerata accettabile (>95%). In Campania, nonostante sia una regione che ancora non rispetta i LEA, si rileva un miglioramento nell’ultimo anno (non nella vaccinazione antipolio).



CITTADINANZA ATTIVA ONLUS - SEDE NAZIONALE
VIA CEREATE 6 - 00183 ROMA
TEL.: +39 06367181 - FAX: +39 0636718333
WWW.CITTADINANZAATTIVA.IT

utilizzano i codici DRG 359 o 359 e 365 o entrambi (a rischio di non appropriatezza). La regione di residenza dunque sostiene i costi per le coppie che migrano in strutture pubbliche o private convenzionate di altre Regioni; quelle che non hanno previsto sostegni alle coppie pagano di più in sede di compensazione.

“Classificazione delle regioni”

Virtuose (inseriscono la PMA nel proprio Servizio Sanitario): Toscana, Piemonte, Veneto, Friuli Venezia Giulia, PA Trento, PA Bolzano, Valle d'Aosta, Umbria. Costi variabili da 500 a 1000 euro.

Parzialmente virtuose: Emilia Romagna e Lombardia

Regioni in ritardo: Liguria, Marche, Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata, Sardegna, Molise*.

Regioni in situazione paradossale: Lazio e Sicilia

6. Il riordino dell'Assistenza territoriale

AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali)

Le Regioni hanno avviato le attività in tempi diversi rispetto alle AFT. Differenze sono state rilevate nella terminologia utilizzata, ma gli obiettivi risultano omogenei: distribuzione capillare sul territorio; presa in carico di soggetti con cronicità o fragilità; garanzia delle prestazioni anche in situazioni di forte disagio finanziario. Rispetto alla diffusione al livello regionale: 7 regioni le hanno avviate o si muovono verso sperimentazioni di associazionismo complesso; 2 regioni avevano già aggregazioni assimilabili (Nuclei di Cure Primarie); 5 regioni non hanno indicato nei documenti una chiara valutazione; 7 regioni non le hanno menzionate o pianificate.

La **Lombardia** si è dotata di **CreG** (Chronic related Group), che prevedono una tariffa applicata alla cura territoriale di una malattia cronica, con la definizione di un nuovo modello di presa in carico del paziente, la continuità del percorso assistenziale e la valutazione periodica.

La **Puglia** sta organizzando la rete di assistenza territoriale tramite l'istituzione di **Centri Polifunzionali Territoriali**, ad oggi in numero di 2.

L'**Emilia Romagna** ha istituito **216 Nuclei di Cure Primarie** a partire dal 2008 e ha assimilato i nuclei delle AFT previste dall'ACN del 2009. La **Provincia Autonoma di Trento** ha previsto l'istituzione di **25 AFT entro il 2017**. Il Veneto ha previsto il passaggio da UTAP a **AFT**, ipotizzandone la costituzione di **20 entro la fine del 2014**. Il **Piemonte** identifica il **Centro di Assistenza Primaria (CAP)** come forma organizzativa del nuovo sistema di cure primarie, intorno al quale devono ruotare le AFT.

Unità di cure complesse (UCCP) e Case della salute

10 regioni le hanno già realizzate o hanno progetti in corso; **3 regioni** non hanno indicato nei documenti una chiara valutazione; **8 regioni** non le hanno menzionate o pianificate. E' importante sottolineare che i servizi sanitari e socio – sanitari presentano diversità di carattere organizzativo-gestionale, nonostante **medesimi obiettivi**: strutture polifunzionali e multi professionali, con assistenza h24 e integrazione delle attività svolte a livello distrettuale.

Gli orientamenti per singole Regioni possono essere consultati all'interno del Rapporto.

Assistenza domiciliare integrata

Stando ai dati ISTAT, la percentuale di anziani trattati in ADI risulta in crescita anche nel 2012, anno in cui ha raggiunto l'84%. Per quanto concerne la situazione regionale, a fronte di una media nazionale del 4% (in leggero calo rispetto al 4,12% del 2011), rimangono indietro la Campania (2,8%, anche se si riscontra un lieve aumento rispetto ai 2,42 punti percentuali dell'anno precedente), le Marche (3% nel 2012 contro 3,43% nel 2011), il Piemonte (2,0%), la Puglia (2,3%) e la Toscana (2,0%).

7. I percorsi di cura e presa in carico per le persone affette da patologia cronica

La maggior parte delle Regioni risulta adempiente nell'implementazione dei PDT; solamente la Calabria, la Campania ed il Lazio non hanno fornito (o hanno fornito solo in parte) le informazioni richieste dal Questionario LEA 2011 o non hanno concluso il lavoro di implementazione delle Linee guida cliniche attraverso i PDT.



CITTADINANZATTIVA ONLUS - SEDE NAZIONALE
VIA CEREA TE 6 - 00183 ROMA
TEL.: +39 06367181 - FAX: +39 0636718333
WWW.CITTADINANZATTIVA.IT

La Regione Toscana effettua il monitoraggio sia in ambito ospedaliero che territoriale e le attività riguardano, a seconda della patologia, varie strutture sanitarie della Regione stessa. I dati pervenuti non sono però soddisfacenti: pertanto la Regione viene considerata adempiente con impegno a trasmettere chiarimenti circa la qualità dei dati del monitoraggio dei PDT complessi. Una nota di riguardo per la Sicilia: è l'unica Regione che in ogni distretto delle ASP risulta aver costituito il **registro dei pazienti cronici**.

I percorsi assistenziali per le patologie croniche infiammatorie intestinali

Per le patologie croniche infiammatorie intestinali, molte Regioni (13 su 21) presentano ampi spazi di vuoto normativo, non avendo previsto e non prevedendo al momento alcuno strumento, percorso, piano clinico che possa migliorare la qualità della presa in carico e dell'assistenza per i pazienti affetti da questo tipo di patologie.

In particolare hanno emanato linee guida: Campania, Emilia Romagna, Lazio, Piemonte, Veneto. Il Lazio all'interno del Decreto 73/2009 "Razionalizzazione uso farmaci biologici".

Due Regioni in particolare, il Piemonte e la Sicilia, hanno adottato e realizzato strumenti efficaci per le MICI.

Le malattie reumatiche

L'Italia è tra i Paesi in cui risulta maggiormente elevata la condizione di disabilità delle persone affette da Artrite Reumatoide: il **24,1 %** dei pazienti vive in una condizione di disabilità severa contro il 8,7% dell'Irlanda, il 9,5% degli Stati Uniti, il 10% dell'Olanda e il 3,9% della Francia.

Solo al termine del 2008 alcune Regioni hanno messo a punto interventi operativi mirati per l'implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici che coinvolgano la medicina primaria e quella specialistica per le patologie reumatiche (con particolare riferimento all'Artrite reumatoide, malattia più frequente e più studiata di questo gruppo). In particolare nella programmazione regionale è stata conferita rilevanza a queste patologie da Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Veneto.

Ancora meno sono le regioni che hanno messo in campo la definizione di percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali (PDTA). Tra di esse sono da menzionare **Puglia** e **Lombardia**. Anche il Piemonte nel 2013 ha adottato un "*Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale in Reumatologia - l'Artrite reumatoide diagnosi precoce*" ma non si tratta di un documento implementato.

Le Patologie Cardio-cerebrovascolari

Lo sviluppo delle reti assistenziali nei territori regionali presenta differenze nei modelli organizzativi e nella capacità di rispondere ai bisogni effettivi delle persone; talvolta le differenze sono tali non solo tra Regioni, ma anche tra territori di una stessa Regione.

Alcune Regioni hanno iniziato molti anni addietro ad attivare ed organizzare le reti cardiovascolari e cerebrovascolari (per es. l'Emilia Romagna, il Veneto, la Toscana); altre, come ad esempio la Puglia, il Lazio, la Sicilia, si sono messe in marcia più lentamente.

Nelle regioni del nord, le reti per la cura delle patologie cardiovascolari e cerebrovascolari risultano avviate. Al centro, Toscana ed Emilia Romagna presentano reti avviate; nella Regione Lazio la rete per l'emergenza cardiologica e la rete ictus risultano ancora parzialmente avviate; in Abruzzo – in particolare a causa delle restrizioni causate dai piani di rientro - dall'indagine FIASO risulta formalmente approvata, ma non avviata. Nelle Regioni del sud si può osservare una situazione opposta a quella presentata per le Regioni del nord: in questa area del Paese soltanto la Regione Basilicata sta implementando la rete per l'infarto, quella per l'ictus, e sta avviando la rete per lo scompenso cardiaco. In Puglia la rete dell'infarto si sta avviando, in Calabria, Sicilia e Campania, lo studio FIASO riporta "reti annunciate", ma non avviate.

Prendendo ad esempio l'ictus e la capacità di risposta in emergenza dei servizi sanitari, risulta disomogenea la distribuzione sul territorio delle stroke units, che consentono di ridurre il tasso di invalidità. Buona la copertura raggiunta in Valle D'Aosta (con il 166% rappresentato dall' unico centro ictus in relazione ad una popolazione di 120.mila abitanti), Umbria (120%), Liguria (120%),



CITTADINANZA ATTIVA ONLUS - SEDE NAZIONALE
VIA CEREA 6 - 00183 ROMA
TEL.: +39 06367181 - FAX: +39 0636718333
WWW.CITTADINANZAATTIVA.IT

Veneto (102%). Per altre Regioni, invece, la copertura non raggiunge il 40%. E' il caso di Sardegna (37,5%), Trentino (37%), Basilicata (33%), Calabria (30%), Sicilia (24%), Lazio (22%) e Campania (10,5%).

Rispetto ai farmaci per la prevenzione dell'ictus in fibrillazione atriale, dopo l'autorizzazione alla rimborsabilità dei nuovi anti-coagulanti dell'AIFA orali agosto 2011, sono state rilevate differenze Regionali rispetto a tempi e modi delle Regioni nell' individuazione dei centri prescrittori e limiti ulteriori rispetto alle indicazioni dettate da AIFA (es. Friuli Venezia Giulia, Veneto).

8. Il caso dell'Epatite C: l'accesso all'innovazione

Sono occorsi due anni per completare l'inserimento dei farmaci per la cura dell'Epatite C in Triplice terapia in tutti i prontuari regionali: l'Agenzia europea del farmaco ha dato il via libera alla commercializzazione in Europa al luglio 2011 e solo a maggio 2013 l'Emilia Romagna, ultima regione in Italia, li ha inseriti nel proprio prontuario. Le variabilità regionali si sono registrate anche nei criteri con cui le Regioni hanno individuato i Centri prescrittori: ne sono evidenza i tempi e i criteri attraverso i quali i centri abilitati sono stati selezionati e abilitati. Rispetto ai tempi per la definizione delle realtà sanitarie abilitate a prescrivere e gestire la triplice terapia, il Veneto ha provveduto nel mese di dicembre 2012; l'Umbria, Lombardia, Liguria e Toscana hanno deliberato nel gennaio 2013; Sicilia e Marche nel mese di aprile; l'Emilia Romagna a maggio dello stesso anno.

Il numero di Centri abilitati alla prescrizione in triplice terapia sono 353, inferiore di oltre un terzo rispetto al totale dei Centri per la cura dell'epatite esistenti sul territorio nazionale. Le differenze sono consistenti: ad esempio, in due Regioni con popolazione sostanzialmente analoga, come Lazio e Campania, si ha un Centro ogni 407.000 abitanti nel primo caso rispetto ad uno ogni 116.000 abitanti nel secondo. Marcata resta la disomogeneità dei centri/reparti per abitanti e Km²: si va da un rapporto di 65.000 abitanti per Centro (in Valle d'Aosta) ad un massimo di 509.000 abitanti per Centro (nella provincia autonoma di Bolzano). Solo 9 regioni hanno previsto appositi PDTA (Emilia Romagna, Lazio, Marche, Sicilia, Veneto, Umbria, Basilicata, Abruzzo, Friuli Venezia Giulia) ed hanno definito criteri differenziati tra le Regioni per l'eleggibilità alla triplice terapia.

9. Acquisizione di beni e servizi: il caso dei farmaci biologici e biosimilari

13 su 21 Regioni/Province Autonome sono dotate di Centrali di acquisto. Non sempre la catalogazione presentata risponde alla reale situazione sul territorio, dal momento che all'infuori di alcune Centrali collaudate e pienamente funzionanti quali gli ESTAV, l'Intercent-ER, la stessa SO.RE.SA e la SUA, le restanti hanno un'attività tendenzialmente focalizzata sull'aggregazione di prodotti merceologici molto limitati, in particolare farmaci e vaccini. La ragione va ricercata sia nella continua ristrutturazione delle strutture di acquisto, vedi le Regioni Piemonte, Liguria, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Puglia e Basilicata sia in difficoltà organizzative, per cui continuano a convivere Unioni di acquisto con ASL Capofila o si ritorna alle singole Aziende come il caso della Regione Umbria.

Le quattro Centrali (Estav, Intercent- ER, SO.RE.SA e SUA) sono anche quelle che concretamente sviluppano un livello di aggregazione della domanda a livello regionale, mentre le restanti, pur avendo istituito Centrali di acquisto stentano a decollare e di conseguenza mantengono in genere tre livelli aggregativi: regionale, limitata quasi sempre alla gara farmaci, area vasta o provinciale e aziendale.

Con riferimento alle aree di intervento, le forme di centralizzazione in genere coinvolgono solo la funzione di approvvigionamento, soltanto in qualche Regione, come ad esempio la Toscana, è possibile osservare un ampliamento della sfera di intervento anche alla gestione di servizi tecnico-amministrativi di supporto all'attività sanitaria, come la gestione del personale e la logistica.

