

Relazione di autovalutazione sul soddisfacimento della condizione abilitante

4.6 Quadro politico strategico per la sanità e l'assistenza di lunga durata

(Versione consolidata, luglio 2026)

Relativamente all'adempimento della condizione in oggetto si rappresenta quanto segue.

Il quadro normativo e organizzativo del Servizio sanitario nazionale.

Il servizio sanitario nazionale (SSN) italiano dispone di una solida struttura normativa, frutto di una lunga evoluzione, che trae origine nella stessa Costituzione della Repubblica e ha il suo pilastro fondante nella legge istitutiva del SSN stesso (legge n. 833 del 1978).

Nel corso dei decenni, numerosi interventi di riforma (i principali sono il decreto legislativo n. 512 del 1992 e il decreto legislativo n. 229 del 1999) hanno inteso perfezionare gli aspetti organizzativi del SSN, con la trasformazione delle Unità sanitarie locali in Aziende sanitarie, dotate di personalità giuridica con bilancio e contabilità propri; inoltre le riforme hanno mirato, tra le altre, (i) alla definizione dei meccanismi di *governance* delle Aziende, (ii) ad introdurre obiettivi di produttività ed efficienza oltreché di efficacia sanitaria, (iii) nonché specifiche procedure per la contabilità delle Aziende stesse, (iv) ed altresì a regolamentare i rapporti con i privati, e, successivamente, (v) a definire criteri e strumenti di valutazione e di misurazione delle *performance*.

Più di recente, la revisione costituzionale del 2001, ridefinendo il quadro delle competenze tra lo Stato e le Regioni - Province Autonome di Trento e Bolzano (PPAA), ha ampliato il ruolo di queste ultime e ha stabilito l'attuale assetto del SSN come un insieme di Servizi Sanitari Regionali (SSR) all'interno di un quadro complessivo nazionale di riferimento. Nel nuovo assetto costituzionale, infatti, la ripartizione delle competenze in tema di sanità (definite "concorrenti") tra lo Stato e le Regioni-PPAA, vedono un ruolo esclusivo dello Stato nella identificazione delle prestazioni "essenziali" (Livelli essenziali di assistenza - LEA, la cui ultima revisione è contenuta nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, *allegato I*), mentre la programmazione sanitaria, dal punto di vista normativo e finanziario, spetta alle Regioni e alle due Province Autonome di Trento e Bolzano ad esse equiparate.

In aderenza al dettato costituzionale, pertanto, la pianificazione di livello nazionale riguarda la fissazione di principi, di indirizzi e di raccomandazioni generali, mentre quella regionale, basata su appositi Piani sanitari regionali, indirizza e orienta la pianificazione delle Aziende sanitarie, che invece è di dettaglio e centrata sulla operatività dei singoli servizi, stabilendo altresì la allocazione delle risorse disponibili.

Un ulteriore fondamentale momento di raccordo tra il livello nazionale e quello regionale, sotto altro profilo, è quello relativo al processo di finanziamento del SSN e alle sue procedure. Come detto, il finanziamento del SSN, a carico della fiscalità generale, avviene tramite il Fondo sanitario nazionale (FSN), che viene annualmente ripartito, sempre previo Accordo in Conferenza Stato-Regioni-PPAA, tra le varie Regioni e PPAA, andando ad alimentare i Fondi sanitari regionali (FSR), che possono

essere incrementati, generalmente in misura molto modesta, anche da risorse locali. L'ammontare annuale del FSN è stabilito con la legge di bilancio dello Stato, che solitamente riserva una quota limitata del Fondo (c.d. finanziamenti aggiuntivi) all'adozione di particolari misure o al raggiungimento di specifici obiettivi; inoltre, una parte dei finanziamenti aggiuntivi sono di regola riservati al conseguimento da parte delle Regioni-PPAA dei LEA, misurato tramite una apposita griglia di indicatori raccolti e analizzati dal Ministero della salute.

L'autonomia regionale introdotta dalla riforma costituzionale ha richiesto l'introduzione di strumenti specifici di programmazione e pianificazione nazionali che consentano di indicare per l'intero SSN obiettivi e priorità coerenti fra i vari livelli e di favorire un'uniforme assistenza ai cittadini su tutto il territorio nazionale. La Conferenza Stato-Regioni è la sede istituzionale di confronto tra lo Stato e le Regioni-PPAA dove sono sottoscritte le intese per favorire l'armonizzazione delle legislazioni regionali e nazionale, il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni.

Gli strumenti ed i principali elementi della programmazione e pianificazione sanitaria

Tra gli strumenti di *policy* di livello nazionale, il Patto per la Salute (*sub* allegato 2 la vigente versione approvata con intesa Stato-Regioni-PPAA del 18 dicembre 2019, che rimarrà in vigore fino all'adozione del successivo) ha portata generale ed ha sostanzialmente assorbito le funzioni e gli obiettivi del "Piano sanitario nazionale" previsto dalla legge istitutiva del SSN n. 833 del 1978. Il Patto è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni e Province autonome (PPAA) finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni, anche per il miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e per l'efficientamento dei costi, nonché a garantire l'unitarietà del sistema. Il Patto affronta altresì alcuni punti fondamentali in merito alla spesa e alla programmazione del SSN: finanziamento del Fondo sanitario nazionale, garanzia dei LEA, budget disponibile per nuove assunzioni, mobilità sanitaria, riordino di AIFA, ISS e Agenas per superare la frammentazione e duplicazione di competenze, *governance* farmaceutica e dei dispositivi medici, interventi infrastrutturali necessari anche per l'ammodernamento tecnologico delle attrezzature, fondi integrativi, modelli previsionali, prevenzione.

Durante il percorso di preparazione del Patto per la salute attualmente vigente, su iniziativa del Ministero della Salute sono state organizzate una serie di consultazioni pubbliche durante le quali sono stati svolti incontri con diversi gruppi di stakeholder tra i quali: le federazioni degli ordini professionali, le società scientifiche, le associazioni professionali, i sindacati e le diverse associazioni tra cui imprese (farmaci, dispositivi, ricerca e sviluppo), associazioni di pazienti e attivismo civico.

Il Piano Nazionale della Prevenzione (vigente PNP *sub* allegato 3) e il Piano Nazionale Cronicità (vigente PNPC *sub* allegato 4) fungono da strumenti di raccordo tra i vari livelli di programmazione, ma propongono anche specifici obiettivi generali di cui poi la programmazione regionale e aziendale devono tenere conto.

In particolare, il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) rappresenta dal 2005 lo strumento fondamentale di pianificazione centrale degli interventi di promozione della salute e prevenzione da realizzare sul territorio. In accordo con la Legge Costituzionale 3 del 2001 il PNP stabilisce gli obiettivi da perseguire e prevede che, a seguito della sua adozione, ciascuna Regione o Provincia autonoma elabori e approvi un proprio Piano Regionale della prevenzione (PRP), in attuazione del PNP.

La *governance* della prevenzione è un elemento strategico per le scelte di *policy* e di programmazione degli interventi e si fonda sull'integrazione delle politiche nazionali/regionali/locali attraverso una pianificazione coordinata, condivisa e partecipata delle stesse. Per tutti i livelli (centrale, regionale e locale), fattori fondamentali nella *governance* sono il monitoraggio e la valutazione del PNP e dei PRP per misurarne l'impatto, sia nei processi, sia negli esiti.

Attualmente, mentre sono in fase di completamento le attività relative al PNP 2020-2025, che termineranno nel corso del corrente anno 2026 a conclusione del monitoraggio e della valutazione delle azioni realizzate con i PRP nel corso del 2025, sono state avviate le azioni del nuovo PNP 2026-2031, adottato con **Intesa Stato-Regioni del 21 maggio 2026** (Rep. atti n. 69/CSR).

Il sistema di monitoraggio dei PRP correlati sia al PNP 2020-2025 che del PNP 2026-2031 è legato ai programmi che li compongono, vengono definiti coerentemente alla specificità e alla analisi del contesto regionale (documentate nel profilo di salute, prerequisito di tutti i PRP). I programmi devono coprire tutti i macro-obiettivi e tutti gli obiettivi strategici del PNP al fine di declinarne i principi fondanti (ottica *One Health*, approccio *life-course* e per *setting*, trasversalità degli interventi rispetto ad obiettivi e *setting*).

Rispetto al PNP 2020-2025, che contemplava la possibilità per le Regioni di elaborare anche Programmi Liberi (PL), non obbligatori, il nuovo Piano prevede lo sviluppo dei PRP esclusivamente attraverso Programmi Predefiniti (PP), che hanno contenuti, obiettivi e indicatori di monitoraggio “predefiniti”, ovvero fissati a livello centrale, concordati con il livello regionale, in modo da avere caratteristiche uguali per tutte le Regioni. Tutti i programmi, fondati su azioni supportate da evidenze di efficacia, efficienza ed equità, prevedono sia obiettivi specifici riferiti ai rispettivi ambiti di intervento, sia obiettivi relativi alle azioni trasversali previste dal PNP (Intersettorialità, Formazione, Comunicazione, Equità) monitorati con relativi indicatori. Il PNP prevede, inoltre, il monitoraggio degli indicatori degli obiettivi strategici, ovvero indicatori, prevalentemente di *outcome/early outcome*, che misurano il raggiungimento degli obiettivi strategici a livello nazionale e regionale.

Questi indicatori sono derivati principalmente dai sistemi di sorveglianza e informativi nazionali (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017), da fonti ISTAT e includono quelli previsti per il monitoraggio degli obiettivi di sviluppo sostenibile (Agenda 2030), quelli stabiliti dal DM 12 marzo 2019 di adozione del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) e quelli già presenti nel sistema di verifica degli adempimenti LEA. Qualora i dati disponibili lo consentano, inoltre, vengono individuate le dimensioni sociodemografiche (es. livello di istruzione) per le quali gli indicatori possono essere stratificati, al fine di orientare il Piano verso una valutazione di impatto sulle disuguaglianze di salute.

Tutti i PRP sono oggetto di verifica sistematica e di certificazione della loro appropriatezza da parte del Ministero della salute, che monitora e valuta anche nel tempo la loro implementazione da alcuni anni attraverso una piattaforma web-based coordinata dall’Istituto superiore di sanità.

Il “Piano nazionale della Cronicità” – PNC (vigente PNC sub allegato 4) nasce dall’esigenza di armonizzare a livello nazionale tutte le attività nel campo della cronicità, con un documento condiviso, che individui un disegno strategico comune, centrato sulla persona ed orientato ad una migliore organizzazione dei servizi e una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell’assistenza. Il fine è quello di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull’individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza, ed assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

Il documento indica la strategia complessiva e gli obiettivi di Piano attraverso cui migliorare la gestione della cronicità, nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell’appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA). Infatti, un’adeguata gestione della cronicità necessita di un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale, multidisciplinare e multilivello, che possa permettere la realizzazione di progetti di cura personalizzati a lungo termine, la razionalizzazione dell’uso delle risorse e il miglioramento della qualità di vita, prevenendo le disabilità e la non autosufficienza. Inoltre, essa dovrà essere efficace, efficiente e centrata sui bisogni globali, non solo clinici. Il PNC promuove un sistema organizzato su tale visione.

Inoltre ogni Regione-PPAA, esercitando la propria autonomia nelle scelte organizzative e operative, ha tenuto conto delle potenzialità e delle criticità presenti nei contesti locali per disegnare progetti di gestione della cronicità in armonia con il disegno nazionale, sviluppando nuovi modelli per una gestione proattiva della cronicità sul territorio e una migliore presa in carico dei pazienti, con alcuni elementi di maggiore condivisione, quali la necessità di superare la frammentazione dell’assistenza sanitaria nel territorio e favorire la continuità dell’assistenza, che permette una risposta adeguata, in termini di efficacia, efficienza gestionale e appropriatezza, soprattutto per il trattamento di tutti quei pazienti affetti da patologie in cui la presenza di situazioni di comorbidità, fragilità e nonautosufficienza richiede l’adozione di un approccio integrato e multidisciplinare. Una assistenza basata sulle esigenze della popolazione, sulla stratificazione del rischio e su differenti livelli di intensità assistenziale è alla base dei flussi dell’assistenza territoriale e, ove presenti, dell’assistenza socio-assistenziale. Tra questi il Sistema informativo nazionale per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare (SIAD) e il Sistema Informativo nazionale per il monitoraggio dell’Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (FAR), con l’integrazione delle informazioni provenienti da altri flussi informativi quali a titolo esemplificativo farmaceutica, specialistica ambulatoriale, emergenza-urgenza.

Altri elementi di unitarietà sono il riconoscimento dell’assistenza primaria quale punto centrale dei processi assistenziali, con una maggiore caratterizzazione e definizione delle funzioni delle diverse figure professionali, mediche e non, a partire dalla figura centrale del Medico di Medicina Generale (MMG) e Pediatra di libera scelta; la possibilità di definire sedi fisiche di prossimità sul territorio per l’accesso e l’erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali; la presenza di sistemi informativi evoluti in grado di leggere i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) al fine di monitorare e valutare l’assistenza erogata al paziente cronico; l’utilizzo di linee guida in grado di tener conto della comorbidità e della complessità assistenziale.

Infine, risultano fondamentali la condivisione delle linee guida basate sull’evidenza, l’integrazione socio-sanitaria ed i team multiprofessionali mediante integrazione tra Medici di Medicina Generale (MMG), infermieri, specialisti, altre professioni sanitarie e sociali. Ciò ha comportato una diversa organizzazione della medicina generale, basata su modelli che privilegiano l’attività in associazione

Aggregazioni Funzionali Territoriali – AFT – e Unità Complesse di Cure Primarie – UCCP (come previste dalla Legge n. 189 del 2012 e già dal previgente Patto per la Salute).

Ad oggi, il Piano è stato formalmente recepito e/o implementato da tutte le Regioni/PPAA (cfr. allegato 7).

Per quanto concerne specificamente il tema della “assistenza continuativa”, o ciò che comunemente viene definita *long-term care*, quella relativa alla popolazione anziana comprende tre tipologie di assistenza che hanno come finalità comune la soddisfazione del bisogno assistenziale determinato dall’insorgere della condizione di non autosufficienza: (i) gli interventi domiciliari, (ii) gli interventi residenziali e (iii) le prestazioni monetarie. Le prime due forme di assistenza possono avere un carattere sanitario o sociale prevalente a seconda del bisogno assistenziale rilevato, mentre tra le prestazioni monetarie figurano l’indennità di accompagnamento, gli assegni di cura e i cosiddetti *voucher*, erogati dalle Aziende sanitarie o dai Comuni.

Ovviamente, tutti questi interventi non esauriscono integralmente le politiche di *long-term care*, in quanto, negli ultimi anni, accanto alle reti informali e a quelle fornite dal settore pubblico, anche l’assistenza domiciliare fornita da operatori privati, in particolare donne immigrate, è entrata a pieno titolo nelle politiche di *long-term care* (LTC).

L’Italia è un paese “anziano” e la domanda di servizi sanitari per soggetti con patologie croniche negli ultimi anni è diventata sempre più alta; di conseguenza, è cresciuto l’ammontare delle risorse sanitarie destinate a questa fascia di popolazione.

La stessa definizione OMS di malattia cronica (“problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni”) rappresenta un chiaro riferimento all’impegno di risorse umane, gestionali ed economiche, in termini di costi sia diretti (ospedalizzazione, farmaci, assistenza medica ecc.) sia indiretti (mortalità prematura, disabilità nel lungo termine, ridotta qualità di vita ecc.), necessari per il loro controllo.

Cronicità e disabilità, spesso associate a più complessive situazioni di esclusione sociale, comportano la necessità di un nuovo modello di welfare più prossimo ai cittadini e ai loro bisogni, imponendo la definizione di strategie di assistenza coordinate e integrate con azioni e prestazioni di natura socioassistenziale.

Gli obiettivi di cura nella LTC sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e funzionale, alla minimizzazione dei sintomi, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria la definizione di percorsi assistenziali in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l’integrazione degli interventi sociosanitari, con un sistema di assistenza centrato sui bisogni globali del paziente, caratterizzato da una assistenza multidimensionale, multidisciplinare e multilivello, con progetti di cura personalizzati a lungo termine, che persegua una razionalizzazione dell’uso delle risorse, con l’obiettivo di eliminare la discontinuità tra i classici livelli assistenziali (primaria, specialistica territoriale, degenza ospedaliera).

Aspetti fondamentali di tale sistema sono i seguenti:

- la costruzione di Percorsi assistenziali individuali (PAI), a garanzia di una effettiva presa in carico dei bisogni “globali” e di costruzione di una alleanza tra il team assistenziale e la persona in LTC e i suoi *caregiver* di riferimento;

- le cure domiciliari, che rappresentano una risposta efficace ai bisogni delle persone non autosufficienti, e, in generale, di tutti i pazienti in condizioni di fragilità per i quali l'allontanamento dall'abituale contesto di vita può aggravare la condizione patologica e destabilizzare l'equilibrio psico-fisico; tale assistenza è effettivamente "integrata" quando le professionalità sanitarie e sociali collaborano per realizzare progetti unitari, mirati alla soddisfazione di bisogni di diversa natura. Essa richiede la valorizzazione delle famiglie, e occorre considerare che una stretta collaborazione tra ospedale e distretto può consentire la permanenza al domicilio anche di persone con patologie complesse;
- la telemedicina, che rappresenta la modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle *Information and Communication Technologies* (ICT). Essa non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale nel rapporto medico-paziente, ma mette a disposizione del medico e del servizio una serie di strumenti utili a migliorare efficacia, efficienza e appropriatezza. La gestione della cronicità e la LTC si avvalgono fortemente del contributo dell'ICT per garantire la realizzazione di una modalità operativa a rete, che integri i vari attori deputati alla presa in carico e all'erogazione delle cure. In particolare, nella integrazione ospedale/territorio e nelle nuove forme di aggregazione, la telemedicina e la teleassistenza rappresentano esempi di come la tecnologia possa supportare un'efficace operatività, anche ai fini della gestione della cronicità.

Nelle Regioni-PPAA si stanno consolidando modelli per una gestione proattiva sul territorio e una migliore presa in carico del paziente in LTC. Tali modelli, ispirati ai principali standard della letteratura (*Chronic Care Model*, CreG, ACG), si inseriscono nell'ambito dei processi di riorganizzazione delle reti assistenziali ed in particolare dell'area territoriale (cfr. art. 1 della legge n. 189 del 2012 e art. 5 del Patto per la Salute 2014-2016).

Oltre a quanto già precedentemente evidenziato in relazione al "Piano Nazionale Cronicità", anche il vigente Patto per la salute (allegato 2) punta decisamente al rafforzamento della *governance* del sistema sociosanitario territoriale attraverso una programmazione concertata con le autonomie locali (piani territoriali integrati con gli ambiti sociali), per assicurare una migliore risposta assistenziale ai bisogni delle persone affette da patologie croniche, contribuendo anche a ridurre i tassi di ricovero e gli accessi impropri al pronto soccorso e intervenendo sulle liste di attesa come previsto nel Piano nazionale di governo delle liste di attesa (PNGLA) 2019-2021 (Intesa Stato-Regioni-PPAA del 21 febbraio 2019). Governo centrale e Regioni-PPAA si impegnano, inoltre, a promuovere la rilevazione e l'aggiornamento dei dati relativi all'assistenza territoriale sociosanitaria attraverso l'evoluzione dei sistemi informativi individuali pertinenti già disponibili nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute, al fine di ottimizzare le risorse già investite e favorire la diffusione delle informazioni per il monitoraggio dei servizi e l'identificazione delle priorità d'intervento. Si prevede, altresì, il completamento dei flussi per il monitoraggio delle prestazioni territoriali erogate nell'ambito delle cure primarie, della riabilitazione e degli ospedali di comunità.

I sistemi di monitoraggio del SSN e la valutazione dei fabbisogni: aspetti generali e sviluppi recenti.

Il Ministero della salute, al fine di esercitare la propria funzione di coordinamento e di indirizzo generale del SSN, dispone di una ampia gamma di flussi informativi relativi agli aspetti caratterizzanti il servizio stesso (strutture, personale, prestazioni, patologie trattate, risultati di salute, costi), tutte raggruppate nell'ambito della cornice complessiva del "Nuovo sistema informativo" NSIS (di cui alla legge n. 388 del 2000, art. 87 ed all'Accordo Quadro Stato-Regioni-PPAA del 22 febbraio 2001 e successivi provvedimenti modificativi ed integrativi -

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_4.jsp?area=sistemaInformativo&lingua=italiano).

L'NSIS, avviato a partire dal 2001 come strumento di supporto alla riforma costituzionale e ai suoi obiettivi di devoluzione del SSN, è un sistema complesso in continua progressiva evoluzione sia in termini di contenuti che tecnologici. Rappresenta lo strumento di riferimento per le misure di qualità, efficienza e appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), attraverso la disponibilità di informazioni che per completezza, consistenza e tempestività, supportano le Regioni-PPAA e il Ministero della Salute nell'esercizio delle proprie funzioni e, in particolare, il Ministero nella sua funzione di garante dell'applicazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sul territorio nazionale.

Operativamente, l'NSIS permette di rendere disponibile, a livello nazionale e regionale, un patrimonio di dati, di regole e metodologie per misure di qualità, efficienza, appropriatezza e costo a supporto del governo del SSN, del monitoraggio dei LEA e della spesa sanitaria, condiviso fra i vari livelli istituzionali e centrato sul cittadino. Coerentemente con questi obiettivi generali, la Conferenza Stato-Regioni-PPAA ha assegnato al NSIS:

- obiettivi di governo: (i) monitoraggio dello stato di salute della popolazione; (ii) monitoraggio dell'efficacia/efficienza del sistema sanitario; (iii) monitoraggio dell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni in rapporto alla domanda di salute; (vi) monitoraggio della spesa sanitaria;
- obiettivi di servizio/comunicazione: (i) disponibilità a livello nazionale di un sistema integrato di informazioni sanitarie individuali; (ii) facilitazione dell'accesso degli utenti alle strutture e alle prestazioni attraverso strumenti informatici; (iii) promozione della globalizzazione dell'offerta dei servizi.

All'NSIS si affianca la disponibilità di dati e di informazioni provenienti da altri sistemi, in parte gestiti dal Ministero della Salute e in parte da altri Enti (registri di mortalità ISTAT, registri di patologia e sistemi di sorveglianza gestiti dall'Istituto superiore di sanità - ISS) che completano il quadro delle fonti utilizzabili, sia ai fini del monitoraggio del funzionamento attuale del SSN (in particolare dei LEA) che, più in generale, delle azioni di programmazione di livello nazionale e/o strategico.

Al sistema nazionale contribuiscono analoghi sistemi informativi a livello delle Regioni-PPAA e delle Aziende sanitarie, che essendo responsabili direttamente della erogazione delle prestazioni ai singoli cittadini e, sopportandone i costi, possono, sempre nel rispetto delle regole vigenti di riservatezza dei dati sanitari, accedere ai dati individuali dei pazienti e disporre dei dati di dettaglio sulle prestazioni stesse, il che consente un'ulteriore implementazione dell'analisi e quindi una corretta valutazione dei bisogni della popolazione e dei risultati di salute conseguiti dal sistema.

Ai sistemi informativi routinari si aggiungono frequentemente analisi *ad hoc* che i singoli Uffici ministeriali conducono, ove necessario con il supporto tecnico dell'Istituto superiore di sanità - ISS e/o della Agenzia per i servizi sanitari regionali - AGENAS, tramite questionari o altri strumenti analoghi rivolti alle Regioni e Province Autonome, per rispondere a quesiti specifici o a supporto di proposte per interventi normativi. A titolo di esempio, le attività di potenziamento del SSN collegate alla erogazione delle risorse stabilite dalla legislazione emergenziale sono state definite e quantificate attraverso una apposita analisi tecnica che, partendo dalla preliminare definizione dei nuovi standard, e dagli elementi di base per il calcolo (costi di ristrutturazione e adeguamento strutturale, ammodernamento delle attrezzature, acquisto/sostituzione mezzi di soccorso, incrementi del personale e aumento di alcune delle voci della retribuzione), ha definito in dettaglio i fabbisogni di

ogni Regione e Provincia Autonoma per le diverse aree di potenziamento dei servizi e quantificato i relativi oneri, con ciò confermando che, anche in situazioni di urgenza, il sistema informativo del Ministero della salute, eventualmente integrato con specifiche informazioni fornite dalle Regioni PPAA, è in grado di supportare le decisioni di *policy* nel campo della programmazione/ri programmazione dei servizi, anche relativamente a operazioni di ampia portata economica e di alto impatto organizzativo.

Del resto, l'emergenza legata al COVID-19 ha reso necessario, da un lato, rispondere prontamente alla emergenza stessa assicurando una piena disponibilità delle tipologie di servizi e di prestazioni richieste, dall'altro lato, porre in essere in tempi brevi una programmazione tecnica e finanziaria appropriata e consentire un efficiente utilizzo delle risorse straordinarie messe via via a disposizione per far fronte all'emergenza. Mentre inizialmente l'obiettivo di rafforzamento ha riguardato le strutture ospedaliere maggiormente interessate (terapie intensive e semi-intensive), l'esigenza successiva è stata quella di rendere strutturale la capacità di risposta del sistema e di consentire un rafforzamento complessivo della offerta assistenziale, portando a regime la rete ospedaliera sul modello *hub & spoke*, integrandola organicamente con la offerta territoriale e rendendola per quanto possibile flessibile rispetto alle esigenze di risposta ai fabbisogni.

Per quanto riguarda specificamente la *long-term care*, l'NSIS include due specifiche fonti informative utili al monitoraggio dei servizi di LTC in Italia:

- il “Flusso Informativo Assistenza Residenziale per anziani” (FAR, comprende anche la assistenza semi-residenziale), che fa riferimento alle seguenti informazioni: (i) identificazione della struttura erogatrice; (ii) identificazione dell'assistito; (iii) dati amministrativi relativi all'accesso; (iv) dati amministrativi relativi alla dimissione; (v) dati relativi alla tariffa giornaliera applicata; (vi) valutazione sanitaria dell'assistito;
- il “Sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare” (SIAD), che mira a costruire una base dati integrata a livello nazionale, incentrata sul paziente, dalla quale rilevare informazioni in merito agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da operatori del SSN, nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

Le tabelle 1 e 2 di cui all'allegato 5 presentano i dati provenienti dai flussi della assistenza residenziale/semiresidenziale (FAR) e della assistenza domiciliare (SIAD) evidenziando, per ogni regione/PA, l'andamento nell'ultimo triennio consolidato a disposizione. In particolare, nella tabella 1 (FAR) vengono presi in esame il numero di assistiti in trattamento (residenziale/semiresidenziale) per 1000 abitanti, mentre nella tabella 2 (SIAD) vengono presi in esame le Prese In Carico erogate ed il relativo tasso standardizzato per 1000 abitanti.

Dall'esame dei dati sopracitati emerge un progressivo miglioramento negli anni sia nell'assistenza domiciliare che in quella residenziale. L'analisi dei dati, pur nella frammentarietà regionale, consente, in particolare, di esprimere alcune considerazioni a livello nazionale:

- per quanto attiene al flusso FAR, si riscontra un progressivo incremento, nel triennio considerato, del numero degli assistiti in trattamento residenziale/1000 abitanti che passa dal 4.64 del 2016 al 5.24 del 2018;
- il numero degli assistiti in trattamento semiresidenziale resta costantemente molto basso, rimanendo al di sotto dell'1/1000 abitanti nella media nazionale e nella maggior parte delle regioni/PPAA, ad eccezione della RER che presenta un numero di assistiti in trattamento semiresidenziale/1000 ab > 1 in tutto il triennio esaminato;
- per quanto attiene al flusso SIAD, si riscontra un progressivo incremento nel triennio, sia delle prestazioni erogate che del tasso di presa in carico standardizzato (riferito a 1000 ab).

La tabella 2 sub allegato 5 riporta invece la distribuzione regionale, aggiornata al 2017, del personale operante nelle strutture sanitarie extra-ospedaliere elaborata dall' ISTAT sulla base della propria rilevazione riguardante i presidi socio-assistenziali.

In un ulteriore specifico allegato (allegati 6a-6b, anche in formato excel) si riportano alcuni dei dati, aggiornati al 2018, con il livello di dettaglio regionale, trasmessi dall'Ufficio di statistica del Ministero della salute all'OCSE/OECD nell'ambito dei regolari flussi di dati con la suddetta Organizzazione internazionale e successivamente pubblicati, insieme a quelli di altri Paesi, nel documento OCSE *"Health at a glance"*. In particolare le tavole trasmesse sono le seguenti:

- distribuzione regionale delle strutture sanitarie extra-ospedaliere di tipo residenziale e semiresidenziale, per tipo di assistenza erogata;
- distribuzione regionale dei posti, degli utenti e delle giornate per utente, per tipo di struttura sanitaria e tipo di assistenza erogata;
- distribuzione regionale dei centri di riabilitazione di tipo residenziale e semiresidenziale e della relativa dotazione di posti;
- distribuzione regionale degli utenti, delle giornate di assistenza per utente, per tipo di centro di riabilitazione e numero di accessi di Assistenza ambulatoriale;
- distribuzione regionale dei casi trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) per tipologia di utente;
- distribuzione regionale dell'assistenza erogata in ADI per tipo di operatore sanitario.

I dati riportati nelle tabelle in questione evidenziano una ricchezza di strutture residenziali e semiresidenziali attive in Italia, con particolare riferimento a quelle dedicate alla assistenza agli anziani e ai disabili psichici con presenza di un numero significativamente più alto di strutture nel Nord del Paese; questo si traduce anche in un numero di utenti per 100.000 abitanti che varia da meno di 200-300 in varie Regioni del Sud a 3000-3500 nella maggior parte delle Regioni settentrionali (media nazionale 2.100). Un'importante variabilità si osserva anche nei posti destinati alla riabilitazione, che, in molte Regioni, vede un ruolo importante del settore privato accreditato (in cui il servizio pubblico copre i costi, ma l'Ente erogatore è un privato appositamente contrattualizzato). Leggermente diversa è la situazione descritta dai dati per l'assistenza domiciliare in cui la media di circa 1.700 utenti per 100.000 abitanti si accompagna ad un quadro regionale in cui prevale sempre il Nord Italia, ma nel quale anche molte Regioni italiane si collocano intorno alla media nazionale.

Nel vigente Patto per la salute (allegato 2) Governo e Regioni-PPAA si impegnano, fra le altre azioni, a promuovere la rilevazione e l'aggiornamento dei dati relativi all'assistenza territoriale sociosanitaria attraverso l'evoluzione dei sistemi informativi individuali pertinenti già disponibili nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute, al fine di ottimizzare le risorse già investite e favorire la diffusione delle informazioni per il monitoraggio dei servizi e l'identificazione delle priorità d'intervento. Si prevede, altresì, il completamento dei flussi per il monitoraggio delle prestazioni territoriali erogate nell'ambito delle cure primarie, della riabilitazione e degli ospedali di comunità.

L'Istituto superiore di sanità, insieme con le competenti Direzioni generali del Ministero della salute, ha anche avviato un progetto, iniziato come sorveglianza speciale della situazione epidemiologica nelle RSA in relazione alla emergenza COVID-19, che si propone di complementare gli attuali flussi informativi ministeriali includendo i seguenti obiettivi conoscitivi:

- censire le strutture residenziali presenti sul territorio nazionale differenziandole per tipologia di assistenza;

- censire le definizioni regionali che regolano le strutture residenziali e loro significato;
- identificare le caratteristiche delle strutture residenziali presenti sul territorio nazionale (per esempio numero posti letto, struttura pubblica/privata/convenzionata etc.);
- valutare e monitorare le criticità emerse in relazione all'emergenza COVID-19 nelle strutture residenziali anche per quanto riguarda i profili non legati alla specifica epidemia in atto;
- monitorare la mortalità per tutte le cause o ospedalizzazioni nelle strutture residenziali.

Accessibilità ed assistenza alle categorie fragili ed escluse

Il SSN, come definito dalla legge n. 833 del 1978, è caratterizzato dall'accessibilità generalizzata su tutto il territorio nazionale e la gratuità, al di là di limitati specifici contributi degli utenti a una serie di servizi. Questi principi sono anche rispecchiati nella modalità di finanziamento del SSN, basato, anche nelle previsioni della richiamata legge n. 833 del 1978, sulla fiscalità generale.

In particolare, per quanto riguarda l'accessibilità, la legislazione italiana garantisce l'accesso al Servizio sanitario nazionale, e quindi all'assistenza sanitaria, a tutti coloro che risiedono legalmente in Italia (cittadini italiani, nonché a tutti i soggetti legalmente residenti in Italia), nonché ai richiedenti asilo. Per quanto riguarda invece i soggetti irregolari sono garantite le cure in emergenza/urgenza e le prestazioni meglio indicate nel proseguo.

Più nello specifico, la disciplina sull'immigrazione e sulla condizione dello straniero è contenuta nel decreto legislativo n. 286 del 1998 e successive modificazioni e integrazioni (nel proseguo "testo unico") e nel testo regolamentare attuativo di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 394 del 1999 e successive modificazioni e integrazioni (nel proseguo, "regolamento di attuazione"). Le disposizioni del testo unico costituiscono principi fondamentali vincolanti, ai sensi dell'art. 117 della Costituzione e per le materie di competenza delle regioni a statuto speciale e per le province autonome in quanto norme fondamentali di riforma economico-sociale della Repubblica. L'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno è disciplinata dall'art. 35, commi 3, 4, 5, e 6, del testo unico e dall'art. 43, commi 2, 3, 4, 5 e 8, del regolamento di attuazione.

Il suddetto comma 3 dell'art. 35 del testo unico garantisce che agli stranieri sopraindicati siano assicurate, in tutte le strutture pubbliche e private accreditate del SSN, le seguenti prestazioni sanitarie:

- 1) cure ambulatoriali ed ospedaliere, urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio;
- 2) interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad essi correlate, a salvaguardia della salute individuale e collettiva, individuati nei punti a), b), c), d), e) dello stesso comma 3, ed esattamente:
 - a) tutela della gravidanza e della maternità ai sensi delle leggi n. 405 del 1975 e n. 194 del 1978 e del decreto ministeriale 6 marzo 1995 e successive modificazioni ed integrazioni;
 - b) tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione di New York del 20 novembre 1989, ratificata con legge n. 176 del 1991;
 - c) vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;
 - d) interventi di profilassi internazionale;
 - e) profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

A favore dei soggetti in questione si applicano, inoltre, le disposizioni di cui al "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza", emanato con decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 1990 e successive modificazioni ed integrazioni, ed in particolare: il titolo VIII

- capo II, anche in relazione a quanto disposto dal decreto legislativo n. 230 del 1999 di riordino della medicina penitenziaria, il titolo X "Servizi per le tossicodipendenze" ed il titolo XI "Interventi preventivi, curativi e riabilitativi".

Inoltre, già a partire dalla circolare n. 5 del 24 marzo 2000 recante indicazioni applicative della citata normativa primaria, è stata chiarita una nozione ampia e garantista di cure urgenti e essenziali, stabilendo che debbano intendersi, per cure urgenti, tutte quelle cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona e, per cure essenziali, tutte le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti). È stato, altresì, garantito il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali, nel senso di assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso. Sempre sul piano delle garanzie, il medesimo art. 35 del testo unico prevede, al comma 4, che le prestazioni siano erogate senza oneri a carico degli stranieri irregolarmente presenti qualora privi di risorse economiche sufficienti e, al comma 5, che l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola non debba comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità di pubblica sicurezza, salvi ovviamente i casi in cui sia obbligatorio, a parità con il cittadino italiano, il referto.

Nella logica universalistica che lo ispira, il SSN italiano ha fra i propri obiettivi prioritari quello di garantire un pieno accesso ai servizi anche a quei particolari gruppi di soggetti che, per diversi motivi (sociali, economici, culturali, ecc.), hanno maggiori difficoltà ad avvalersi di tutte le potenzialità offerte dal servizio stesso.

In ogni Azienda sanitaria locale italiana sono attivi per legge, seppure con differenze organizzative da Regione a Regione, un Dipartimento per la salute mentale e un Dipartimento per le dipendenze patologiche, come pure servizi specifici la popolazione femminile, aventi come obiettivo la tutela della salute e la presa in carico delle maggiori patologie di genere.

Molte Regioni hanno organizzato servizi destinati alle fasce deboli ed emarginate della popolazione, inclusi i cittadini migranti non regolari; questi servizi sono spesso collegati alla erogazione di altri servizi, quali attività di mediazione culturale. In molte Regioni sono, inoltre, attivi progetti basati su servizi mobili per dare accesso ad alcune prestazioni direttamente nel territorio dove risiedono le persone *hard to reach*; questi servizi mobili hanno destinatari e obiettivi molto diversificati, dai soggetti con dipendenze agli homeless, dalle comunità di minoranze etniche agli abitanti dei quartieri marginali e con rilevanti problematiche di tipo sociale.

Da alcuni anni è attivo in questo settore l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), Ente vigilato e supportato dal Ministero della salute che, oltre ad erogare direttamente e in modo gratuito nella città di Roma una ampia serie di servizi sanitari a cittadini migranti regolari e non, come pure a fasce deboli e socialmente emarginate di cittadini italiani, svolge un ruolo di coordinamento tecnico dei servizi attivi nelle Regioni su queste problematiche. In particolare, l'INMP produce documenti di linee guida e di buone pratiche assistenziali, fornisce supporto alle Regioni che lo richiedono, promuove progetti di carattere conoscitivo e operativo sulle tematiche di competenza, i cui risultati alimentano uno specifico Osservatorio sulle problematiche di salute connesse alla povertà e ai fenomeni migratori.

Focus assistenza familiare e di comunità, equità e fasce deboli

Come già segnalato precedentemente, tutti i modelli che la pianificazione nazionale e le applicazioni

regionali stanno utilizzando si basano sul concetto generale che il paziente cronico debba essere supportato, sia dal punto di vista sanitario che da quello sociale, consentendogli il più possibile di rimanere nel proprio ordinario ambiente di vita familiare e comunitario, di ridurre gli accessi “fisici” ai servizi, riorientando i medesimi intorno ai bisogni della persona piuttosto che alle proprie esigenze organizzative interne.

Si tratta di percorsi di riforma ampiamente condivisi, ma la cui implementazione richiede tempistiche adeguate, come pure una serie di adeguamenti (e conseguenti investimenti) sia dal punto di vista dei servizi che dei professionisti e anche, almeno per alcuni tipi di prestazioni, una significativa innovazione tecnologica.

In tal senso, l’articolo 1 del decreto-legge n. 34 del 2020 e successive modificazioni e integrazioni, nel disporre che le Regioni-PPAA incrementino le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare, prevede anche che tali azioni siano indirizzate, in particolare, ai soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative e terapia del dolore e, in generale, le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del Capo IV del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 sui “Livelli Essenziali di Assistenza”.

Sin dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2014-2018, prorogato al 2019, l’Italia ha previsto uno specifico obiettivo di rafforzamento dell’attenzione ai gruppi fragili, considerando altresì le persone e le popolazioni in rapporto agli ambienti di vita (*setting*) ed ha recepito obiettivi sottoscritti a livello internazionale enunciando la volontà di garantire contrasto alle disuguaglianze di salute. E tutte le Regioni, sia pure con eterogeneità tra le diverse realtà, hanno definito i propri Piani Regionali (PRP) in maniera coerente con l’impianto nazionale, identificando obiettivi specifici, funzionali al raggiungimento degli obiettivi centrali del PNP, con particolare riferimento all’ambito delle azioni per la prevenzione ed il controllo delle malattie croniche non trasmissibili (MCNT).

Il PNP 2020-2025, oltre a ribadire e ampliare la portata delle azioni del Piano precedente, ha mirato altresì a contribuire al raggiungimento degli obiettivi dell’Agenda 2030 adottata dall’ONU che definisce un approccio combinato agli aspetti economici, sociali e ambientali. Sempre a partire dall’esperienza e dalla valutazione dei risultati del precedente Piano, il PNP aveva previsto 6 macro obiettivi, fra i quali, malattie croniche non trasmissibili, compresi i disturbi della salute mentale e dipendenze e problemi correlati. Erano previste anche numerose linee di azione per la promozione dell’invecchiamento sano e attivo e per la promozione della salute nelle fasce di popolazione già affette da patologie croniche, stati di fragilità e problematiche socio-sanitarie. In continuità con tale impostazione strategica, il PNP 2026-2031, adottato con Intesa Stato-Regioni del 21 maggio 2026, conferma e rafforza l’impegno per la prevenzione e la promozione della salute lungo tutto l’arco della vita, consolidando le azioni rivolte alle persone con malattie croniche non trasmissibili, individuate tra i sette macro-obiettivi del nuovo Piano, nonché alle fasce di popolazione più vulnerabili, in una prospettiva orientata all’equità e alla riduzione delle disuguaglianze di salute.

Inoltre, perseguendo una logica fortemente innovativa, il PNP 2020-2025 ha perseguito il contrasto alle disuguaglianze sociali e geografiche quale priorità trasversale .

Il PNP 2020-2025, infine, ha proposto anche alcuni metodi e strumenti specifici per facilitare la valutazione di queste “caratteristiche di equità” (c.d. “lente di equità”)

La drammatica esperienza della pandemia da SARS-COV 2 ha posto ulteriormente in evidenza le problematiche dell’equità nella salute, dal momento che le fasce deboli della popolazione (anziani, malati cronici) sono risultate essere i *target* in cui l’impatto della pandemia è stato peggiore.

La riduzione delle principali disuguaglianze sociali e geografiche rappresenta una priorità trasversale a tutti gli obiettivi del PNP dato che lo svantaggio sociale rappresenta il principale singolo fattore di rischio per salute e qualità della vita. Per garantire l'equità nell'azione, in una prospettiva coerente con l'approccio di "Salute in tutte le politiche", il PNP si avvale di dati scientifici, metodi e strumenti disponibili e validati; pertanto la definizione del profilo di salute ed equità della comunità rappresenta il punto di partenza per l'identificazione di priorità e azioni sui quali attivare gli interventi di prevenzione e al tempo stesso misurare i cambiamenti del contesto e dello stato di salute, confrontare l'offerta dei servizi con i bisogni della popolazione, monitorando e valutando lo stato di avanzamento, nonché l'efficacia delle azioni messe in campo.

Il PNP 2020-2025 prevedeva tra gli Indicatori di monitoraggio degli obiettivi alcuni relativi alla Equità finalizzati a misurare l'adozione dell'approccio *Health Equity Audit - HEA* al fine di fornire elementi utili alla valutazione di processo e di impatto sulla riduzione delle disuguaglianze. Per guidare l'applicazione delle "lenti dell'equità" in tutte le fasi dei programmi definiti nei Piani regionali di prevenzione il Ministero della salute ha definito un documento (*sub* allegato 8) che traduce operativamente il processo dell'HEA per orientare la pianificazione di un intervento sui meccanismi di generazione delle disuguaglianze di salute più rilevanti e far convergere approcci, azioni e *governance* verso il comune obiettivo dell'equità nella prevenzione.

Anche il nuovo PNP 2026–2031 si propone di proseguire e rafforzare le iniziative già avviate nel PNP 2020-2025, adottando misure mirate per ridurre le disuguaglianze evitabili e confermando l'equità come azione trasversale, per la quale è stato elaborato un nuovo modello. Tale modello è basato su un approccio inclusivo e non tecnicistico, sulla formazione continua e sulla peer education, sull'uso di indicatori flessibili e multidimensionali, sul rafforzamento di strutture di governance intersettoriali e sull'integrazione di dati quantitativi e qualitativi per valutare l'impatto delle azioni orientate all'equità (AOE) sulle disuguaglianze. Nel complesso, il modello si configura quindi come un processo dinamico e adattivo, che superando la visione centrata sulla sola applicazione della procedura dell'HEA riconosce la diversità dei contesti e promuove una crescita graduale delle capacità istituzionali nel leggere le disuguaglianze, progettare e implementare azioni di contrasto e valutarne l'impatto. A supporto della sua applicazione è stato predisposto un documento di traduzione operativa, allegato al nuovo PNP 2026–2031.

Il legislatore italiano è recentemente reintervenuto (cfr. articolo 1, comma 4-bis, del decreto-legge n. 34 del 2020) per sostenere la sperimentazione di "strutture di prossimità" nelle Regioni e nelle Province Autonome, volte a garantire la prevenzione e la presa in carico delle persone più fragili tramite strutture collocate sul territorio, il più possibile vicino ai luoghi di vita delle persone, a forte integrazione sanitaria e sociale, coinvolgendo anche le Associazioni civiche e di volontariato e altre forme di comunità locale. Le "strutture di prossimità" costituiscono un'evoluzione delle "Case della salute" con una maggiore apertura alla comunità locale, con presenza di medici di medicina generale, specialisti (spesso un poliambulatorio), infermieri, terapisti della riabilitazione e altri professionisti del territorio, con lavoro in equipe multiprofessionale, medicina d'iniziativa e gestione della fragilità e della cronicità, anche tramite l'utilizzo della telemedicina e la previsione (innovativa) di un budget di salute personalizzato.

Sulla stessa linea di intervento si pone il progetto del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR dell'Italia, che prevede circa 2 miliardi di euro per promuovere questo tipo di servizi di forte integrazione tra l'ambito socioassistenziale e quello sanitario, anche tenendo conto dell'esperienza pandemica.

Infine, è stata attivata anche una "Cabina di regia" (Ministero della salute, Agenzia nazionale per i

servizi sanitari regionali, Regioni-PPAA) per dare attuazione agli obiettivi prioritari individuati dal Patto per la Salute e collegati alle strategie della “Missione Salute” del PNRR. La Cabina di regia ha già istituito 3 gruppi di lavoro con riferimento a (i) assistenza territoriale con relativi standard organizzativi e gestionali; (ii) riorganizzazione della rete ospedaliera e (iii) residenze sanitarie assistenziali e modelli di residenzialità per le persone anziane non autosufficienti o fragili e relativi

standard assistenziali e organizzativi.

Obiettivo fondamentale dei sistemi di cura della cronicità è quello di prestare, per quanto possibile, l'assistenza alla persona malata presso il proprio domicilio cercando di ridurre al minimo il rischio di istituzionalizzazione, senza tuttavia far ricadere l'intero peso dell'assistenza sui familiari.

Le cure domiciliari sono una delle risposte più efficaci ai bisogni assistenziali di persone anziane con malattie croniche e non autosufficienti, delle persone disabili in conseguenza di traumi o forme morbose acute o croniche, così come di pazienti che necessitino di trattamenti palliativi, purché tecnicamente trattabili a domicilio, e, in generale, di tutti i pazienti in condizioni di fragilità, per i quali l'allontanamento dall'abituale contesto di vita può aggravare la condizione patologica e destabilizzare l'equilibrio sia fisico che psicologico, con conseguenze spesso devastanti.

Il *setting* assistenziale domiciliare, inoltre, è quello in cui è più agevole per l'*équipe* curante promuovere l'*empowerment* del paziente, migliorando la sua capacità di "fare fronte" alla patologia (*ability to cope*) e sviluppando le abilità di auto-cura.

Quindi, compatibilmente con le condizioni sanitarie, sociali ed abitative della persona, l'impegno del SSN è attualmente volto a privilegiare le cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione, garantendo le prestazioni sanitarie necessarie ed attivando le risorse formali e informali per dare supporto alla persona e alla famiglia nello svolgimento delle attività di vita quotidiana.

Le cure domiciliari devono coinvolgere, in ruoli diversi, operatori con differenti professionalità e primi fra tutti i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, che assumono la responsabilità della gestione clinica della presa in carico, garantendo il coordinamento degli apporti professionali forniti degli operatori del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dagli specialisti e la continuità assistenziale nell'erogazione del trattamento.

L'assistenza domiciliare è effettivamente "integrata" quando le professionalità sanitarie e sociali collaborano per realizzare progetti unitari, mirati alla soddisfazione di bisogni di diversa natura. La condizione necessaria per l'attivazione dell'ADI è la valutazione multidimensionale che permette la pianificazione organica delle attività in funzione della globalità e dell'intensità del piano di cura e la valutazione evolutiva degli esiti.

Nell'ultimo triennio consolidato a disposizione (2017-2019), si evidenzia una chiara inversione di tendenza per quanto concerne l'Assistenza Domiciliare come emerge dall'analisi del Flusso SIAD per il triennio indicato (allegato 9). Le Prese in Carico (PIC) attivate, ovvero già aperte al primo giorno o nel corso dell'anno di riferimento, che risultavano incrementate già nel 2018 rispetto all'anno precedente, fanno registrare nel 2019 un nuovo ulteriore aumento. La stessa considerazione può essere fatta anche limitando l'analisi alle sole PIC erogate, ovvero quelle nelle quali si sia registrato almeno un accesso nel periodo di riferimento. Importante sottolineare come questo trend all'aumento sia presente anche se si analizzano i dati relativi a fasce d'età particolarmente critiche per quanto concerne l'esigenza di assistenza, come, per esempio, i soggetti di età superiore ai 65 anni o gli ultra 75enni.

Al contempo, l'analisi del flusso FAR relativo all'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale nel medesimo triennio vede, a fronte di un incremento dei soggetti presi in carico nel 2018 rispetto all'anno precedente, una inversione di tendenza per l'anno 2019 che porta al raggiungimento di un

numero complessivo di soggetti inferiore rispetto al dato del 2017. L'analisi dell'attività invece conferma un generale trend alla diminuzione nel triennio.

Si sta gradualmente assistendo, quindi, ad una diminuzione dell'attività residenziale e semiresidenziale a beneficio di un potenziamento dell'erogazione delle cure domiciliari.

Fermo quanto precede in merito ai trend relativi all'assistenza domiciliare ed ai servizi residenziali e semiresidenziali, si rappresenta, in via più generale, che il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017, di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), prevede che il Servizio Sanitario Nazionale garantisca alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita (cfr. art. 22).

Le cure domiciliari si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, recante "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria". Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del "Progetto di assistenza individuale" (PAI) sociosanitario integrato.

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, sono articolate in diversi livelli:

- cure domiciliari di livello base, costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle Regioni e dalle Province Autonome, sono caratterizzate da un "Coefficiente di intensità assistenziale" (CIA) inferiore a 0,14;
- cure domiciliari integrate (ADI) di primo, secondo e terzo livello, costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali, che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati.

In particolare, le cure domiciliari di primo e secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la "presa in carico" della persona e la definizione di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI) ovvero di un "Progetto riabilitativo individuale" (PRI), che definisce i bisogni riabilitativi della persona, e sono attivate con le modalità definite dalle Regioni e dalle Province Autonome anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

Le cure domiciliari integrate (ADI) di terzo livello sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci e dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al *Caregiver*. Le cure domiciliari ad elevata intensità sono attivate con le modalità definite dalle Regioni e dalle Province Autonome richiedono la valutazione

multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un “Progetto di assistenza individuale” (PAI). Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

Ai sensi dell’articolo 22, comma 4, del citato Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale, erogate secondo i modelli assistenziali disciplinati dalle Regioni e dalle Province Autonome, sono interamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi. Infine, le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

Per quanto riguarda l’Assistenza territoriale e medicina generale è stata concordata la riorganizzazione dell’assistenza territoriale con l’obiettivo di favorire, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa, in stretta collaborazione con il Piano nazionale della cronicità, il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano nazionale della prevenzione.

In particolare, nell’ambito dell’assistenza territoriale si intende concordare indirizzi e parametri di riferimento per promuovere una maggiore omogeneità e accessibilità dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l’integrazione con i servizi socio-assistenziali, definendo linee di indirizzo per l’adozione di parametri di riferimento, anche considerando le diverse esperienze regionali in corso, con l’obiettivo di promuovere, tra le altre cose, le modalità e gli strumenti per favorire l’effettiva continuità assistenziale e la presa in carico unitaria della persona nelle diverse fasi della vita e in relazione alle diverse tipologie di bisogno, e specifiche politiche attive di promozione e tutela della salute, con particolare attenzione all’infanzia e all’adolescenza, alle persone con disturbo mentale, al sostegno dell’autonomia delle persone con disabilità e non autosufficienza.

In conclusione, l’Italia dispone di un efficace sistema di mappatura delle esigenze del sistema sanitario e per l’assistenza a lungo termine e di una pluralità di strumenti che, in linea con la strutturazione del sistema sociosanitario nazionale, garantiscono uniformemente accessibilità, nonché efficienza e sostenibilità alle prestazioni, con una specifica attenzione alle fasce deboli ed emarginate ed alla promozione di servizi di assistenza domiciliare e sul territorio basati sulla deistituzionalizzazione.