



SCHEDA TECNICA

ROADSHOW CRONICITÀ: GLI SCENARI POST COVID-19

La spesa a livello UE per le malattie croniche è pari a circa 700 miliardi di euro l'anno ed in Italia i malati cronici sono 24 milioni, assorbendo una gran parte delle risorse riversate in sanità. Il PNC approvato con Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PPAA di Trento e Bolzano il 14 settembre 2016, avrebbe dovuto portare alla riorganizzazione dell'assistenza sanitaria e allo spostamento sul territorio dei trattamenti socio sanitari delle principali patologie croniche (come ad es° diabete, asma, BPCO, CV) con lo sviluppo di una diversa cultura orientata alla presa in carico proattiva delle persone con fragilità e cronicità tramite servizi di prossimità. Solo un deciso intervento in questa ottica potrà consentire che il processo di miglioramento della qualità assistenziale, si sviluppi in coerenza con l'esigenza di contenimento e di razionalizzazione della spesa sanitaria. Ma tutto questo con quali strumenti operativi? Oggi, a quasi 3 anni dall'approvazione, l'attuazione concreta del Piano si vede realizzata ancora in via parziale e solo in alcune regioni, seppur da molti sia stata considerata la potenziale vera spending review della sanità. Per verificare lo stato di attuazione reale e non formale del PNC, gli uffici della programmazione del MinSal hanno attivato un monitoraggio tecnico che deve mappare una serie di indicatori trasmessi dalle singole regioni: il livello di stratificazione della popolazione, il livello di integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale e il livello di adozione e di attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici. Il PNC ha previsto inoltre la creazione di una cabina di regia che, partendo dalla analisi di questi indicatori, costruisca una fotografia iniziale (as is) e possa poi decidere le azioni successive (to be). Se l'obiettivo del piano nasce dall'esigenza di armonizzare a livello nazionale tutte le attività in questo campo, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, la realizzazione e attuazione del piano in tutte le Regioni deve rappresentare lo strumento per rendere omogeneo l'accesso alle cure da parte dei cittadini, garantendo gli stessi livelli essenziali di assistenza e rendendo sostenibile il SSN. L'innovazione organizzativa necessaria a tutto ciò è una responsabilità di ogni singola regione e si dovrà realizzare attraverso ben costruiti condivisi e monitorati PDTA. La Recente Pandemia sembra aver convinto tutti nello spingere sull'acceleratore del cambiamento, oramai non più auspicabile ma necessario ed indifferibile

DIFFERENZA NELLA PREVALENZA DELLE CRONICITÀ IN BASE AL TERRITORIO

In Italia nel 2017 (dati Istat 2017) erano registrati 24040 pazienti con almeno una malattia cronica ma a causa dei diversi fattori che possono portare alle malattie croniche c'è una grande differenza nella prevalenza territoriale, infatti la prevalenza più elevata di almeno una malattia cronica si registra in Liguria con il 45,1% della popolazione. **La Campania si colloca tra le regioni virtuose con una prevalenza dei pazienti cronici del 37,4% della popolazione** contro il 39,9% del dato nazionale. Il 20,4% della popolazione campana soffre di almeno due malattie croniche (20,6% dato nazionale).

Campania, presenza di patologie croniche e tipologia:

Diabete 6,4%
Ipertensione 17,5%
Bronchite cronica 6,3%
Artrosi/artrite 15,8%
Osteoporosi 7,9%
Malattie del cuore 3,8%
Malattie Allergiche 10,8%
Disturbi Nervosi 4,6%
Ulcera gastrica o duodenale 1,7%

IL COSTO DELLE CRONICITA': NEL 2018 SPESI 66,7MLD

Secondo i dati contenuti nel rapporto 2019 dell'osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane **nel nostro Paese si spendono complessivamente circa 66,7miliardi di euro ogni anno per la cronicità**. Inoltre secondo le proiezioni effettuate sulla base degli scenari demografici futuri elaborati dall'Istat gli esperti di economia sanitaria ipotizzano un aumento costante nel prossimo decennio, che porterà entro il **2028 la spesa annua a quota 70,7 miliardi di euro**.

Dal lato dell'assistenza primaria, i dati raccolti dai Medici di Medicina Generale² (MMG) riferiscono che mediamente **in un anno si spendono €1.500 per un paziente con uno scompenso cardiaco congestizio**, in ragione del fatto che questi pazienti assorbono il 5,6% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, il 4,0% delle richieste di visite specialistiche e il 4,1% per le prescrizioni di accertamenti diagnostici. **Circa €1.400 annui li assorbe un paziente affetto da malattie ischemiche del cuore**, il quale è destinatario del 16,0% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, del 10,6% delle richieste di visite specialistiche e del 10,1% degli accertamenti diagnostici. **Quasi €1.300 vengono spesi per un paziente affetto da diabete tipo 2**, il quale assorbe il 24,7% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, il 18,5% delle richieste di visite specialistiche e il 18,2% degli accertamenti diagnostici. **Un paziente affetto da osteoporosi costa circa €900 annui**, poiché è destinatario del 40,7% delle prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, del 35,0% delle richieste di visite specialistiche e del 32,0% degli accertamenti diagnostici. **Costa, invece, €864 un paziente con ipertensione arteriosa** che assorbe mediamente in un anno il 68,2% di tutte le prescrizioni farmaceutiche a carico del SSN, il 52,2% delle richieste di visite specialistiche e il 51,7% degli accertamenti diagnostici.

PIANO NAZIONALE CRONICITA' IN CAMPANIA

Con il DCA n. 60/2019 del 24/07/2019 la Regione Campania ha recepito l'Accordo Stato Regioni sul Piano Nazionale Cronicità che prevede i seguenti obiettivi:

- Rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini sia di prevenzione che di assistenza;
- Ridurre il peso della malattia sulla singola persona e sul contesto sociale;
- Promuovere la corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi assistenziali che siano 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;
- Coinvolgere e responsabilizzare tutte le componenti che influenzano la salute, in un macrosistema incentrato sulla persona e definisce ruoli, competenze, attività e risultati attesi di tutti gli attori, in tutti i livelli assistenziali;

- Promuovere il potenziamento del coordinamento e della integrazione delle cure primarie con quelle intermedie e con l'assistenza ospedaliera;
- Introdurre un nuovo concetto di valutazione degli esiti delle cure;
- Individuare gli ambiti da implementare e le iniziative da adottare nei settori della ricerca della formazione e della informazione;
- Enfatizzare la necessità di interventi di promozione della salute attraverso l'empowerment del cittadino, finalizzato anche al suo coinvolgimento attivo nella cura e nel mantenimento del proprio stato di salute;
- Identificare l'utilizzo dei sistemi informativi e delle tecnologie come fattore essenziale nel raggiungimento di obiettivi di salute ottimali e sostenibili;
- Rendere prioritaria la continuità assistenziale e la semplificazione delle procedure per migliorare l'accessibilità a cure e servizi;

Ufficio stampa Motore Sanità

comunicazione@motoresanita.it

Stefano Sermonti - Cell. 338 1579457

Francesca Romanin - Cell. 328 8257693

Marco Biondi - Cell. 327 8920962

