

La non autosufficienza: prospettive dopo il piano nazionale di ripresa e resilienza.

Isabella Mastrobuono
Commissario straordinario Azienda ospedaliera di Cosenza
i.mastrobuono@aocs.it

Non autosufficienza

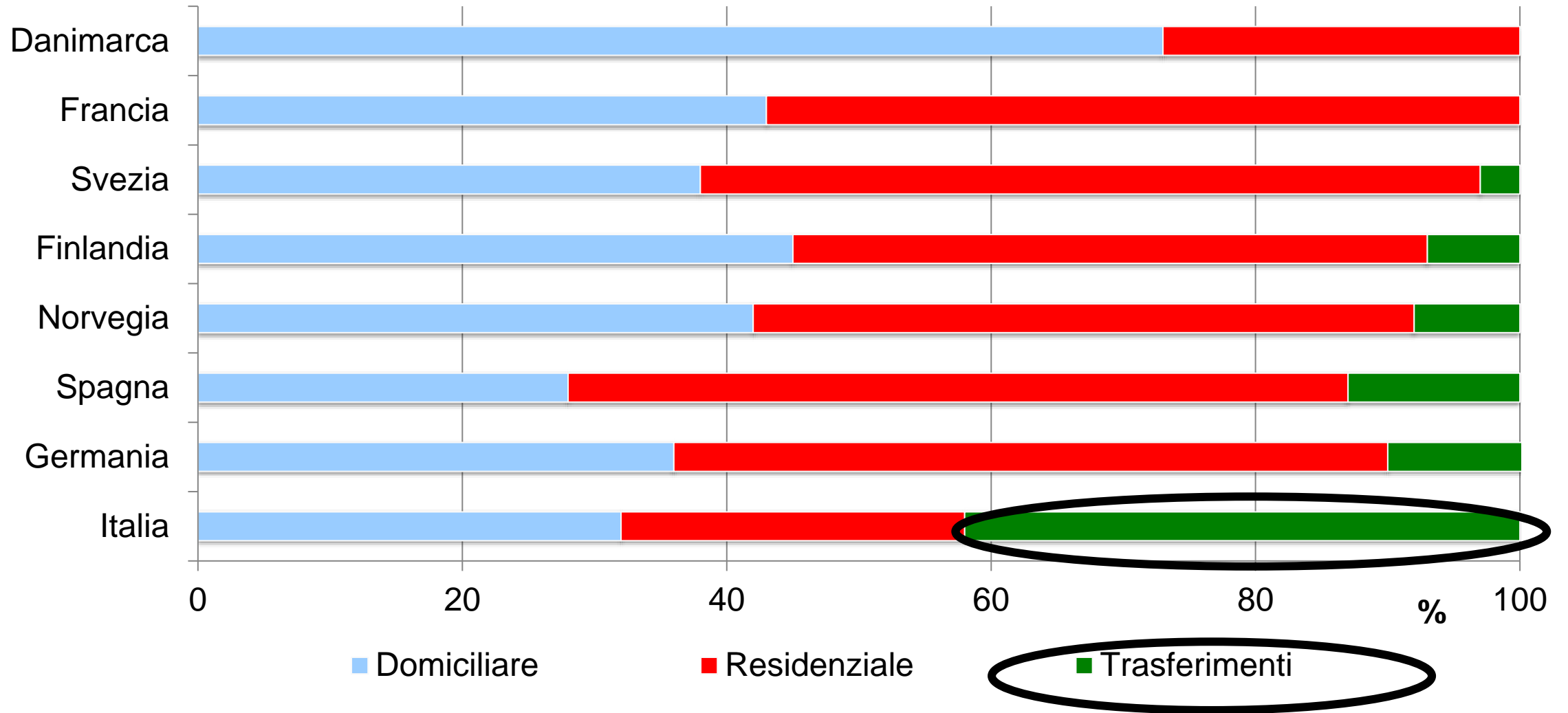
La non autosufficienza è un concetto ampio, correlato sia all'età che allo stato di salute dell'individuo, e si esprime non soltanto nella incapacità totale o parziale di compiere le "normali azioni della vita quotidiana" ma anche nel non riuscire a far fronte a quelle esigenze di natura economica e sociale che si concretizzano in un adeguato reddito, un'abitazione con caratteristiche microclimatiche, strutturali e di accesso compatibili con l'igiene e la sicurezza dell'ambiente e dell'individuo e una rete sociale protettiva.

Con riferimento agli anziani, distintamente per fasce di età ≥ 65 e ≥ 75 , sono state calcolate stime di prevalenza pesate per indice di deprivazione e aspettativa di vita, basate anche su parametri internazionali relativi alla proporzione di anziani non autosufficienti per più ADL.

Il risultato delle stime individua **2,5 mln di anziani non autosufficienti** (4% della popolazione generale e 18,5% della popolazione >64 anni): la stima è molto simile a quanto rilevato dall'indagine multiscopo ISTAT (nel 2011 classifica come "non autosufficienti in almeno una ADL il 18,5% degli anziani >64, pari a circa 2.400.000 soggetti).

L.Beltrametti, I. Mastrobuono, R. Paladini: *L'assistenza ai non autosufficienti: aspetti di politica economica e fiscale*. Relazione per il Gruppo di lavoro intercommissione sulla riforma fiscale del CNEL, anno 2000. La definizione esprime un concetto ampio di non autosufficienza che ingloba anche gli aspetti di natura sociale e di relazione e si ispira alle definizioni adottate in molti Paesi industrializzati dove vigono Fondi ad hoc come la Germania ed i Paesi Bassi.

Composizione della spesa pubblica per l'assistenza continuativa



Il principale presidio è rappresentato dall'indennità di accompagnamento, misura nazionale, a carattere monetario (al 01/01/2017 515,43 euro mensili), **erogata senza condizioni di reddito.**

Nel 2016 sono state erogate oltre 2 milioni di indennità per un importo complessivo di oltre 13 miliardi. Di queste circa il 71% è corrisposto a ultra65enni, per una percentuale pari all'11,5% del totale della classe di età, con la riduzione di 1 punto rispetto al 2010.

Le altre prestazioni dedicate alla non autosufficienza rientrano invece nella **sfera territoriale**, a livello regionale o comunale, erogate sia in forma monetaria - voucher, assegni di cura e buoni sociosanitari – sia sotto forma di servizi: Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), e Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD). Risultano inoltre a carico del SSN le quote sanitarie (50% del totale) dei costi relativi al soggiorno in RSA, mentre con riferimento alla cosiddetta quota alberghiera sono i Comuni a stabilire il livello di compartecipazione dell'utenza, anche in questo caso generalmente in funzione dell'ISEE.

La spesa stimata 2017 per non autosufficienza

• Fondo nazionale non autosufficienza	513,6 milioni
• Fondi regionali (solo Emilia, il resto?)	435,5 milioni
• INPS	27 MILIARDI
di cui:	
• pensioni invalidità	8.475,9 milioni
• indennità di accompagnamento	13 MILIARDI
• invalidità civile	3.524,3 milioni
• permessi retribuiti	2.051,2 milioni
• Comuni	3.977 milioni
• Famiglie	9.109 milioni di cui 5 per badanti regolari

Uno sguardo all'Europa

I pilastri fondamentali della *long term care* sono l'assistenza domiciliare e la residenzialità. Ebbene anche in questo caso le differenze tra il Nord ed il Sud dell'Europa sono imponenti con il Belgio, ad esempio, che destina 71,2 posti letto per 1000 abitanti over 65 alla long term, seguito dalla Svezia con 69,6, la Finlandia con 60,5 e via di seguito tutti i Paesi con l'Italia fanalino di coda che ne destina appena 18,1 per 1000 over 65, preceduta dalla Spagna con 46,1.

Nel Sud dell'Europa, e soprattutto in Italia, è la famiglia che si fa carico dell'assistenza ai propri cari, mentre anche i servizi domiciliari sembrano soffrire con ancora una volta i Paesi nordici all'avanguardia in termini di ore di assistenza annue (oltre 160 contro le 18/20 dell'Italia).

Anziani. Solo il 2,7% assistito a domicilio (nel 2018 il 3,2).
E in qualche parte d'Italia l'Adi non esiste affatto

I dati presentati alla II Edizione degli Stati Generali dell'assistenza a lungo termine, organizzati da Italia Longeva al ministero della Salute l'11 e 12 luglio 2017 Oltre alla tipologia di assistenza erogata, forti differenze anche sul numero di ore dedicate a ciascun paziente: si va dalle oltre 40 ore annuali di Potenza alle 9 ore di Torino. Per gli oltre 700.000 assistiti secondo i dati ministeriali la media di ore annue è pari a 18, numero di ore mensili per alcuni Paesi!

***La spesa si aggira intorno ai 2,6 miliardi (nel 2018 solo 2,3 miliardi)
(2,2% del FSN)***

Servirebbero almeno 7 miliardi per una assistenza del doppio delle ore per almeno il 4,5% degli anziani.

RSA

197.000 posti letto di RSA attuali (18,1 p.l per 100.000 ab. a livello europeo contro gli 81 della Svezia)

Almeno 87.000 in più (su gli oltre 240.000 necessari)

1000 strutture, a 90.000 euro a posto letto

Servono 7,8 miliardi di euro in conto capitale e 1,6 miliardi di euro di spesa sociosanitaria da aggiungere agli attuali 3,5 spesi nel settore.

Dove trovare i finanziamenti per le strutture?

Il tasso di copertura del bisogno

Dettaglio per tipologia di servizio, anno 2015

Servizio	Stima del bisogno potenziale	Utenti in carico al servizio in oggetto	Tasso di copertura servizi sociosanitari	Tasso di copertura servizi sociali
Residenziale	2.847.814	287.328	9,6%	0,5%
Semiresidenziale		380.397	0,8%	12,5%
Domiciliare (ADI e SAD)		753.647	21,4%	5,0%
Totale	2.847.814	1.421.372	31,8%	18,0%

E gli altri 68,2%?

Esistono modalità alternative per rispondere al bisogno di LTC.....



Università
Bocconi

CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

Il mondo della cura informale

Quante sono le badanti in Italia e dove vivono?

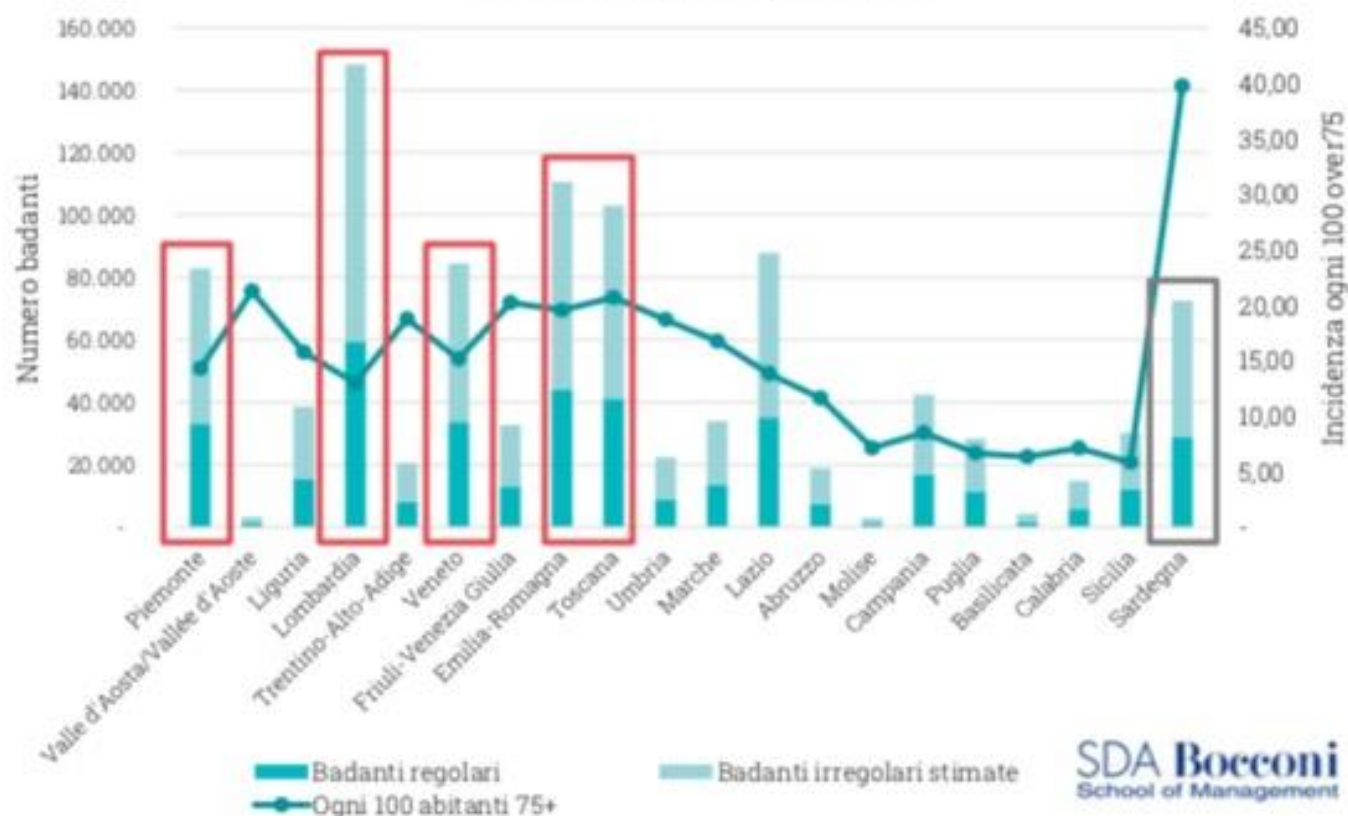
Numero delle badanti
regolari ed irregolari
presenti in Italia (2017)

983.695

Diffusione
capillare sul
territorio
nazionale: 14,2
badanti ogni 100
over75

Fonte: Elaborazione degli
autori basata su Pasquinelli e
Rusmini (2013)

Numero di badanti nelle Regioni italiane e incidenza ogni 100
abitanti over75, anno 2017



Università
Bocconi
CERGAS
Centro di Ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

Agenzia per i servizi sanitari regionali 2018

Progetto di ricerca corrente

Assistenza territoriale agli anziani non autosufficienti: sistemi di classificazione, appropriatezza, costi

Relazione Finale

Il progetto è stato elaborato da questa Agenzia nell'ambito del proprio programma di ricerca corrente per gli anni 2017-2018.

Indice di Copertura Assistenziale Minimo

L'assistenza sociosanitaria teorica a 2,5 milioni di anziani non autosufficienti comporterebbe un aumento della spesa stimabile in oltre il 300%, evidentemente insostenibile nella attuale fase congiunturale.

Pertanto, si è ipotizzato di determinare un **“Indice di copertura Assistenziale Minimo”** con cui fissare la copertura di *almeno* una quota del fabbisogno Sociosanitario. Come primo obiettivo si è ipotizzato di **assistere il 50% degli anziani non autosufficienti** (ossia 1,25 milioni di anziani pari al 2% della popolazione generale o al 18,5% degli over 74)

- si dovrebbero **realizzare almeno 87.000 nuovi posti letto in RSA accreditati e contrattualizzati con il SSN**, fino ad una dotazione di oltre 280.000;
- prevedere un **potenziamento dei servizi ADI per circa 350.000 nuovi assistibili**, per arrivare a una capacità di presa in carico domiciliare per 960.000 anziani.

L'incremento di spesa annuale sarebbe pari a circa il +40%, (+3.900 mln di euro). A tale importo dovrebbero essere aggiunti i costi di investimento necessari per l'adeguamento dell'offerta di servizi.

	Anziani 65+ NA Dep	Anziani in RSA attuali	Anziani in ADI attuali	Totale Anziani assistiti attuali	RSA obiettivo	ADI obiettivo	Indice Copertura Assistenziale Minimo	Δ PL RSA	Δ ADI	Δ Indice Copertura Assistenziale Minimo
Piemonte	157.545	27.538	27.334	54.872	27.538	51.234	78.772	-	-23.900	-23.900
Valle D'Aosta	4.645	5	88	93	375	1.948	2.323	-370	-1.860	-2.230
Lombardia	356.461	64.518	78.678	143.196	64.518	113.712	178.230	-	-35.034	-35.034
Trentino AA	27.674	8.810	4.082	12.892	8.810	5.027	13.837	-	-945	-945
Veneto	156.971	29.929	58.037	87.966	29.929	48.557	78.486	-	9.480	9.480
Friuli VG	51.003	7.793	20.600	28.393	7.793	17.708	25.501	-	2.892	2.892
Liguria	75.347	7.209	14.734	21.943	7.209	30.465	37.674	-	-15.731	-15.731
Emilia Romagna	162.514	18.866	105.018	123.884	18.866	62.391	81.257	-	42.627	42.627
Toscana	137.620	13.356	95.025	108.381	13.356	55.454	68.810	-	39.571	39.571
Umbria	40.274	2.442	9.032	11.474	3.250	16.887	20.137	-808	-7.855	-8.663
Marche	73.652	4.097	10.320	14.417	5.944	30.882	36.826	-1.847	-20.562	-22.409
Lazio	206.613	6.129	55.564	61.693	16.673	86.634	103.307	-10.544	-31.070	-41.614
Abruzzo	60.117	1.663	15.534	17.197	4.852	25.206	30.058	-3.189	-9.672	-12.861
Molise	16.685	35	2.722	2.757	1.347	6.995	8.342	-1.312	-4.273	-5.585
Campania	249.918	991	29.964	30.955	20.167	104.792	124.959	-19.176	-74.828	-94.004
Puglia	108.428	4.386	18.244	22.630	8.750	45.464	54.214	-4.364	-27.220	-31.584
Basilicata	203.649	141	7.573	7.714	16.434	85.390	101.824	-16.293	-77.817	-94.110
Calabria	31.858	2.112	11.119	13.231	2.571	13.358	15.929	-459	-2.239	-2.698
Sicilia	297.649	1.314	39.355	40.669	24.019	124.806	148.825	-22.705	-85.451	-108.156
Sardegna	82.172	465	9.124	9.589	6.631	34.455	41.086	-6.166	-25.331	-31.497
Italia	2.500.796	201.799	612.147	813.946	289.032	961.366	1.250.398	-87.233	-349.219	-436.452

Cosa si intende per integrazione sociosanitaria: la definizione

- Le ragioni dell'integrazione sociosanitaria: uno sguardo ai principali modelli internazionali (Chronic care model e population model) nel mondo con particolare riferimento all'Europa.
- L'integrazione sociosanitaria in Italia: la descrizione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (tipologie di prestazioni sanitarie e sociali)
- I destinatari delle prestazioni : disabilità, fragilità, non autosufficienza. I bisogni non espressi.
- Le prestazioni sociosanitarie più impegnative: l'assistenza domiciliare e residenziale per la non autosufficienza
- La presa in carico e la costruzione dei percorsi diagnostico-terapeutici e di assistenza (PDTA) alla base della presa in carico del cittadino con bisogni sociosanitari. Il ruolo del lavoro di gruppo. Quale modello organizzativo?
- Il ruolo dei medici di medicina generale (direttori di orchestra), degli infermieri, degli specialisti. Quante figure professionali serviranno nel futuro? La formazione e l'aggiornamento continuo.

- Il personale coinvolto nell'assistenza: la istituzione di nuove figure professionali: gli assistenti alla famiglia, il care giver esterno, il tutore (quali percorsi formativi avviare?) Nuove opportunità di lavoro in profili innovativi per i giovani.
- Quali Attori sono coinvolti sia nel sistema pubblico che privato?: ruolo dei Ministeri, Regioni e Province autonome, Aziende sanitarie, Volontariato, Fondazioni bancarie, Cooperazione, Fondi integrativi sociosanitari.
- L'andamento dei finanziamenti pubblici e privati negli anni. Servizi alla persona versus sussidi in denaro (quale evoluzione dell'assegno di accompagnamento?, della Legge 104?).
- Il ruolo del terzo settore nella erogazione dei servizi alla persona.
- Le proposte di modelli di funzionamento e sostenibilità. I progetti del futuro: integrazione delle diverse competenze (sanitarie, sociali, ingegneristiche, volontariato, fondi integrativi) per la costruzione di spazi vitali nuovi nei quali muovere la disabilità e la cronicità. Il PNRR.....

Definizione di integrazione socio-sanitaria

L'integrazione assistenziale socio-sanitaria comprende una serie di interventi assistenziali destinati per lo più a fasce di cittadini in condizioni di disagio psico-fisico e quindi particolarmente bisognose. Gli interventi, spesso complementari rispetto alle prestazioni sanitarie, debbono essere tempestivamente erogati nei modi, nei tempi e nelle sedi appropriate.

L'assistenza socio-sanitaria rientra tra le forme di erogazione di assistenza primaria, e configura quindi un livello assistenziale in cui ci si riferisce non a singole prestazioni ma a pacchetti di prestazioni multidisciplinari e multiprofessionali.

Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra azioni di cura e quelle di riabilitazione.



L'assistenza primaria

La Commissione Europea (febbraio 2014) ha definito l'assistenza primaria come un ***“sistema accessibile universalmente, centrato sulla Persona, che integri servizi sanitari e sociali, assicurati da team multiprofessionali e multidisciplinari, per fare fronte ai bisogni di salute dei cittadini in partnership tra i pazienti e i loro caregiver in un contesto familiare o di comunità garantendo il coordinamento e la continuità delle cure”***. La definizione non si limita alla tutela della salute da un punto di vista biomedico, ma comprende anche aspetti socio-economici per le forti ripercussioni che questi ultimi hanno sulla vita delle persone.

La spesa sociale è destinata ad aumentare assai più che quella sanitaria

Le prestazioni sociosanitarie comprendono:

- **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;
- **prestazioni sociali a rilevanza sanitaria**, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.
- **le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria** sono caratterizzate da particolari rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.
- **le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e quelle ad elevata integrazione sanitaria** sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionale e regionale.
- **le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria** sono di competenza dei comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza.

NUOVI LEA

E' stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017 il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 con i nuovi Livelli essenziali di assistenza - LEA (Supplemento ordinario n.15).

Il provvedimento è articolato in 6 Capi:

- il Capo I identifica i tre livelli essenziali della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", della "Assistenza distrettuale" e della "Assistenza ospedaliera", ciascuno dei quali si articola in "attività, servizi e prestazioni".
- Il Capo II è dedicato al livello della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica";
- Il Capo III è dedicato all' "Assistenza distrettuale".
- Il Capo IV è dedicato alla "Assistenza sociosanitaria"
- Il Capo V è dedicato al livello della "Assistenza ospedaliera"
- Il Capo VI è dedicato all'assistenza specifica a particolari categorie di assistiti.

Capo III: Assistenza distrettuale.

Le principali attività descritte nel Capo III sono le seguenti:

1. assistenza sanitaria di base, continuità assistenziale, assistenza ai turisti;
2. emergenza sanitaria territoriale;
3. assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie convenzionate ed erogata attraverso i servizi territoriali e ospedalieri;
4. assistenza integrativa: erogazione di dispositivi medici monouso, di presidi per diabetici, di prodotti destinati ad un'alimentazione particolare;
5. assistenza specialistica ambulatoriale,
6. assistenza protesica;
7. assistenza termale

Capo IV: Assistenza socio-sanitaria

L'assistenza sociosanitaria, inclusa nel livello dell'assistenza distrettuale, prevede l'erogazione di percorsi assistenziali integrati nelle seguenti aree:

- 1. assistenza distrettuale alle persone non autosufficienti;** alle persone nella fase terminale della vita; ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie; alle persone con disturbi mentali; ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico; alle persone con disabilità; alle persone con dipendenze patologiche o comportamenti di abuso patologico di sostanze;
- 2. assistenza semiresidenziale e residenziale alle persone non autosufficienti;** alle persone nella fase terminale della vita; alle persone con disturbi mentali; ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico; alle persone con disabilità complesse; alle persone con dipendenze patologiche.

1. Assistenza distrettuale domiciliare e territoriale

In questo ambito, lo schema di DPCM interviene a caratterizzare e precisare il contenuto dell'attività svolta al domicilio dell'assistito o nei servizi distrettuali (Consultori familiari, CSM, servizi di neuropsichiatria infantile, Servizi di riabilitazione, SERT) senza introdurre novità sostanziali rispetto alla situazione attuale. Le principali precisazioni riguardano:

- l'articolazione delle cure domiciliari in quattro livelli caratterizzati da un grado crescente di complessità del bisogno e di intensità dell'intervento assistenziale, espressa in termini di CIA (coefficiente di intensità assistenziale). Resta confermata la ripartizione degli oneri tra Ssn e utente/Comune prevista dal DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie";
- la previsione di un'area specifica di cure domiciliari alle persone nella fase terminale della vita, di elevata intensità assistenziale;
- la declinazione delle principali aree di attività dei consultori familiari, dei CSM, dei servizi per minori con problemi in ambito neuropsichiatrico, dei servizi di riabilitazione per disabili gravi, dei servizi per le persone con dipendenze patologiche (il mutamento della definizione consente di includere i servizi per il trattamento delle dipendenze da alcool, da fumo, da gioco d'azzardo patologico, ecc. già attivati in numerose regioni).

LINEE GUIDA PER LA DEFINIZIONE DEL PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

9 SETTEMBRE

Comitato Interministeriale per gli Affari Europei

L'obiettivo per il SSN sarà di migliorare la qualità dell'assistenza, la capacità ricettiva degli ospedali, compresi i letti di terapia intensiva, la tempestività di risposta alle patologie infettive emergenti gravate da alta morbilità e mortalità, nonché ad altre emergenze sanitarie. Si investirà nella digitalizzazione dell'assistenza medica ai cittadini, promuovendo la diffusione del fascicolo sanitario elettronico e la telemedicina.

Uno specifico investimento sarà prontamente avviato sulla cronicità e le cure a domicilio per superare le attuali carenze del sistema delle RSA.

**AGENZIA EUROPEA PER LA RICERCA BIOMEDICA E PER FRONTEGGIARE
LE CRISI SANITARIE**

Obiettivi

Rafforzamento della resilienza e tempestività di risposta del sistema ospedaliero

Sostegno alla ricerca medica, immunologica e farmaceutica

Digitalizzazione dell'assistenza medica e dei servizi di prevenzione

Rafforzamento della prossimità delle strutture del SSN

Integrazione tra politiche sanitarie e politiche sociali e ambientali

Valorizzazione delle politiche per il personale sanitario

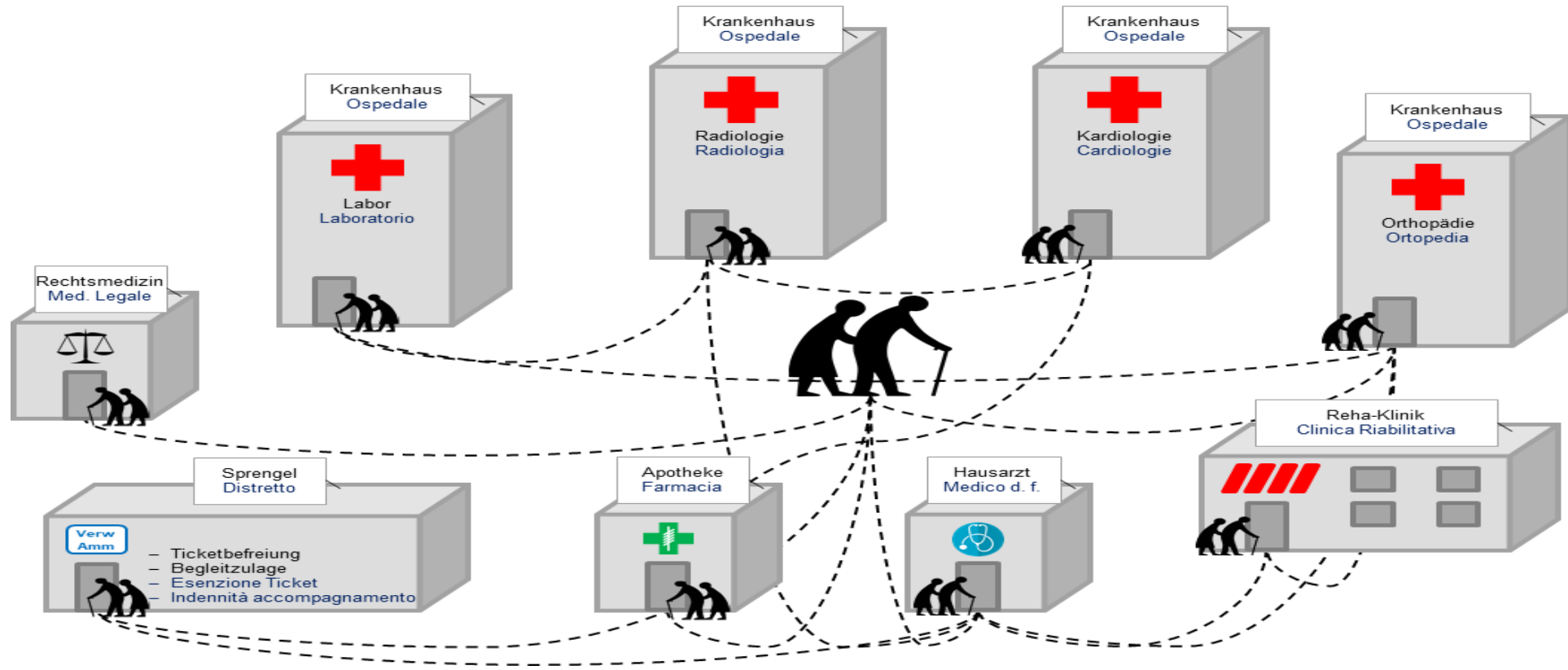


L'assistenza primaria

La Commissione Europea (febbraio 2014) ha definito l'assistenza primaria come un ***“sistema accessibile universalmente, centrato sulla Persona, che integri servizi sanitari e sociali, assicurati da team multiprofessionali e multidisciplinari, per fare fronte ai bisogni di salute dei cittadini in partnership tra i pazienti e i loro caregiver in un contesto familiare o di comunità garantendo il coordinamento e la continuità delle cure”***. La definizione non si limita alla tutela della salute da un punto di vista biomedico, ma comprende anche aspetti socio-economici per le forti ripercussioni che questi ultimi hanno sulla vita delle persone.

La spesa sociale è destinata ad aumentare assai più che quella sanitaria

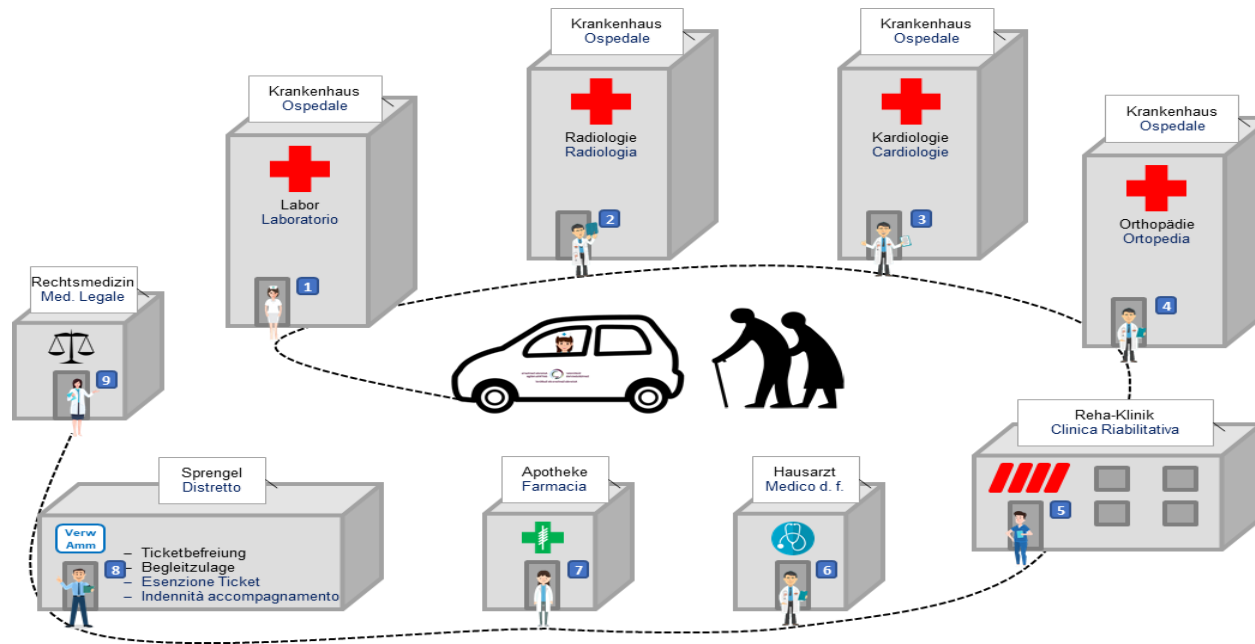
Il mancato coordinamento tra i servizi



L'assistenza primaria



- Centrato sulla persona
- Coordinamento e continuità
- Team multiprofessionali



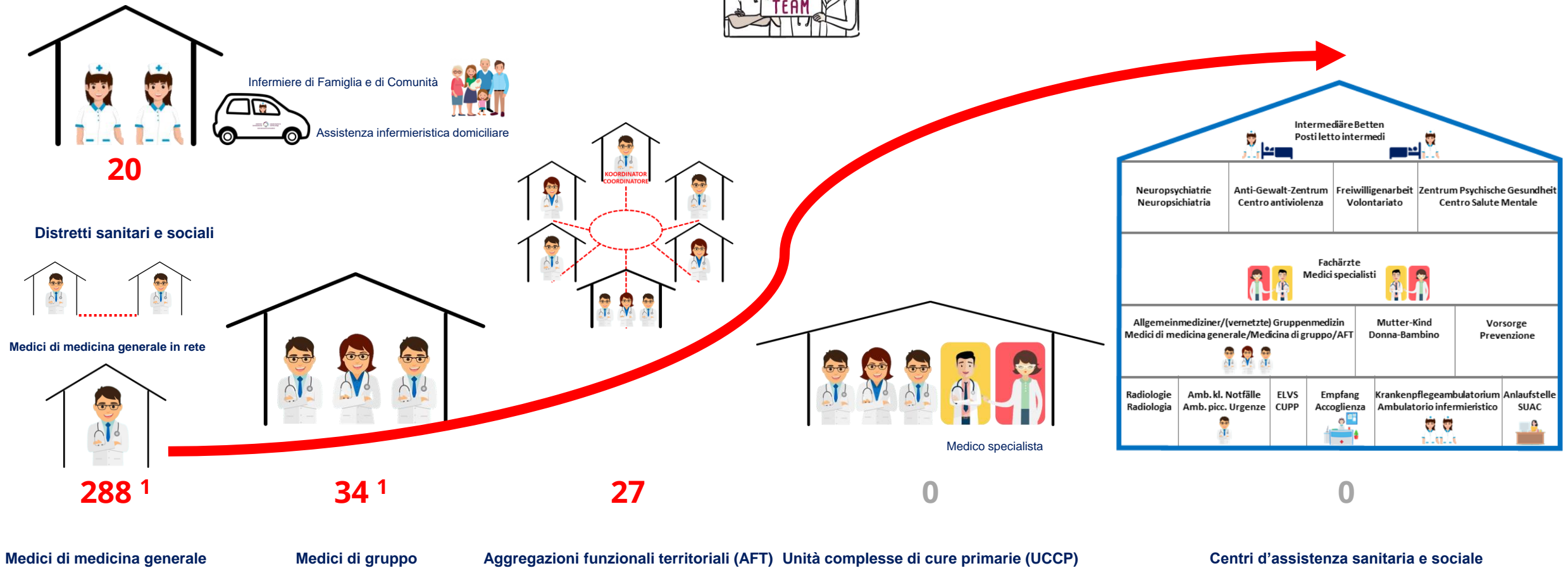
Timetable

Behandlungspfad PDTA

- 1 Labor / Laboratorio
- 2 Radiologie / Radiologia
- 3 Kardiologie / Cardiologia
- 4 Orthopädie / Ortopedia



L'assistenza primaria

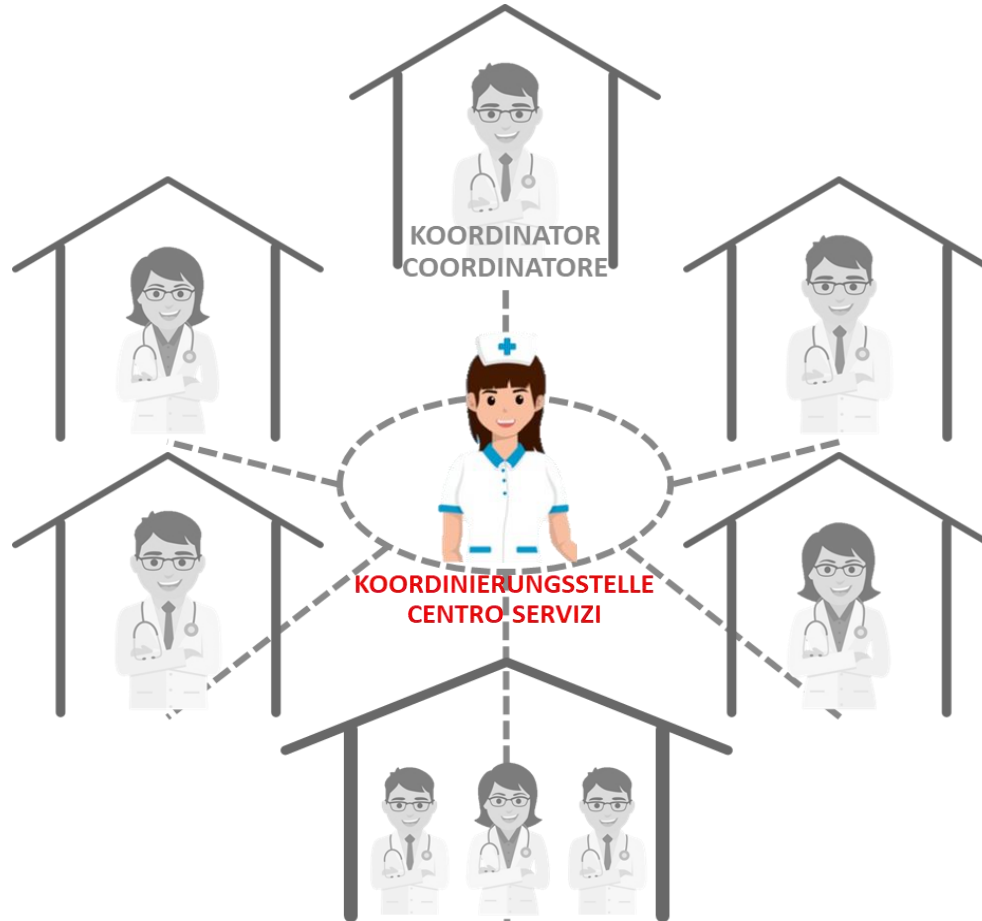


Percorsi Diagnostici, Terapeutici ed Assistenziale

Diabete tipo 2, Scompenso cardiaco, BPCO, ...



Centro Servizi Infermieristici per le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e le altre forme di aggregazione dei medici di medicina generale



- Presa in carico infermieristica dell'assistito ed arruolato in un PDTA
- Ad esempio per il PDTA Diabete Tipo 2:
 - misurazione dei parametri (PA, Polso, BMI)
 - screening della neuropatia diabetica (questionario MSNI, test al monofilamento, test col diapason)
 - screening dell'arteriopatia diabetica (indice di Winsor, ispezione del piede)
 - educazione terapeutica per l'autocontrollo della glicemia e per la gestione dell'ipoglicemia

Tabella 1 – PNRR Mission 6 Component 1

PNRR Mission 6 Component 1								
Intervento 11 (Caratteristiche Generali)- 2.000.000.000 euro			Intervento 12 (TOT Interventazione a livello di Obiettivo) - 284.577.588 euro				Intervento 13 (Capacità della Comunità)- 1.000.000.000 euro	
Regione PNRR	Aspirato Resource	Target required in direction (in Gt)	Aspirato Resource TOT	Aspirato Resource Interventazione a livello	Aspirato Resource Interventazione a livello	Target required in direction (in Gt)	Aspirato Resource	Target required in direction (in Gt)
Piemonte	192.866.889,14	90	7.140.725,10	3.195.012,71	4.158.796,40	43	66.633.449,57	27
Valle d'Aosta	3.881.127,13	3	173.075,10	71.071,46	96.776,19	1	1.905.589,56	1
Lombardia	302.403.316,55	208	17.480.575,10	7.178.217,79	9.368.335,12	101	151.201.659,88	60
Marche	15.883.574,29	11	865.375,10	355.557,79	483.809,94	5	7.940.787,15	3
Friuli Venezia Giulia	16.539.965,18	11	865.375,10	355.557,79	483.809,94	5	8.179.942,59	3
Veneto	147.711.108,76	99	8.480.675,10	3.482.510,46	4.799.089,23	49	73.855.554,38	30
Friuli Venezia Giulia	37.370.083,51	25	2.078.900,10	852.657,30	1.180.994,55	12	18.665.141,76	7
Liguria	48.037.784,18	33	2.396.175,10	1.065.071,88	1.160.742,38	15	26.016.689,19	10
Emilia Romagna	136.055.184,39	91	7.788.375,10	3.198.215,63	4.597.229,48	45	68.012.882,19	27
Toscana	113.888.715,43	77	6.482.775,10	2.629.642,36	3.571.489,97	37	56.894.537,72	23
Umbria	26.894.534,80	18	1.557.675,10	639.643,13	870.445,70	9	13.402.267,40	5
Molise	46.571.966,70	31	2.396.175,10	1.065.071,88	1.160.742,38	15	23.178.983,55	9
Lazio	172.910.954,33	118	10.211.455,10	4.189.216,04	5.786.551,11	59	86.661.417,17	35
Abruzzo	52.556.882,78	35	2.249.975,10	923.928,36	1.257.310,65	13	26.518.841,39	10
Molise	122.448.857,5	8	519.275,10	213.214,38	290.148,57	3	6.572.447,88	2
Campania	221.971.298,29	150	10.083.510,10	4.172.144,58	5.689.589,92	58	110.987.199,15	45
Puglia	157.571.882,61	116	6.973.100,10	2.942.838,33	3.868.687,53	40	78.766.431,31	31
Basilicata	22.633.75,54	15	1.078.450,10	426.428,5	580.297,13	6	11.131.687,77	5
Calabria	75.286.67,53	50	3.288.455,10	1.320.571,1	1.867.607,58	19	37.664.328,76	15
Sicilia	192.887.443,87	131	8.480.675,10	3.482.510,46	4.799.089,23	49	96.443.721,94	39
Sardegna	65.471.463,63	45	2.782.200,10	1.137.148,33	1.547.459,11	16	32.775.731,61	13
Totale	2.000.000.000,00	1550	103.856.100,00	42.624.575,10	58.072.713,10	600	1.000.000.000,00	400

	TOTALE
PIEMONTE	535.818.159,56
V D'AOSTA	15.353.310,39
LOMBARDIA	1.217.962.721,65
BOLZANO	63.482.038,85
TRENTO	66.019.153,64
VENETO	595.835.806,38
FRIULI	151.113.257,42
LIGURIA	193.893.522,45
EROMAGNA	549.099.005,79
TOSCANA	458.949.745,08
UMBRIA	108.244.167,17
MARCHE	186.936.866,72
LAZIO	695.339.699,55
ABRUZZO	209.970.064,86
MOLISE	49.005.831,79
CAMPANIA	888.026.175,08
PUGLIA	631.116.198,68
BASILICATA	89.623.998,24
CALABRIA	301.652.653,83
SICILIA	772.462.532,84
SARDEGNA	263.055.755,63
TOTALE	8.042.960.665,58

Si chiarisce che l'intervento M6C1 1.2.1 Casa come primo luogo di cura e Telemedicina – sub investimenti Assistenza Domiciliare per un importo di euro 2.720.000.000 (Target EU finale Q2 2026 – almeno 800.000 persone over 65 anni trattate in più), sarà oggetto di una successiva proposta di ripartizione, comunque entro le tempistiche attese dal cronoprogramma finanziario del PNRR.

Profilazione della popolazione: l'esempio della P.A. Bolzano 2018

PROFILO	Popolazione	%	Età media	Spesa complessiva (Mil €)	Spesa media (€)	Carico assistenziale
Non utente	109.105	20,6 %	34,9	-	-	-
Occasionale	228.222	43,1 %	33,7	30,4	133	0,11
Cronico senza ricovero	131.301	24,8 %	61,3	121,4	924	0,87
Materno-infantile	10.488	2,0 %	32,1*	28,3	2.694	2,39
Ricovero acuto	16.252	3,1 %	36,5	64,2	3.948	3,50
Cronico con ricovero	30.780	5,8 %	65,5	306,6	9.960	9,21
Cronico termine vita	2.978	0,6 %	79,9	44,7	15.007	14,94
TOTALE	529.126	100,0%	42,7	595,5	1.125	1,00

* adulti

34 patologie croniche mappate.

Governo dei flussi informativi. Creazione di nuovi flussi dal territorio

Nel **2035**, nella Provincia Autonoma di Bolzano, il numero di persone affette da patologie croniche passerà dal valore attuale di ca. **159.000** a ca. **191.000**

In Italia 24 milioni di persone “dichiarano” di essere affette da patologie croniche (39,9%) e di questi il 29% da due patologie



Grazie per l'attenzione