

XI° Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità'

"Emergenza famiglie: l'insostenibile leggerezza del Welfare"

A cura di

Tonino Aceti
Maria Teresa Bressi

INDICE

Premessa

La struttura del Rapporto

Sintesi dei principali risultati

Il CnAMC

2012: Anno Europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni

PARTE PRIMA

1. Il trend demografico
2. L'incidenza delle patologie croniche nell'anziano
3. Speranza di vita, fattori di rischio, cause di morte
4. La condizione sociale dell'anziano

PARTE SECONDA

5. L'assistenza socio-sanitaria in favore dell'anziano con patologia cronica: il punto di vista delle Associazioni
 - 5.1 La condizione della famiglia
 - 5.2 La valutazione multidimensionale
 - 5.3 La mobilità
 - 5.4 La continuità assistenziale
 - 5.5 L'assistenza del Medico di Medicina Generale
 - 5.6 L'assistenza domiciliare integrata (ADI)
 - 5.7 L'assistenza protesica ed integrativa
 - 5.8 L'assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale
 - 5.9 L'assistenza ospedaliera
 - 5.10 L'assistenza farmaceutica
 - 5.11 L'invalidità civile
 - 5.12 Quadro di sintesi dei costi sostenuti dalle famiglie

PARTE TERZA

6. Analisi civica delle politiche di Welfare sanitario e sociale
 - 6.1 La spesa sanitaria italiana a confronto con i Paesi OCSE
 - 6.2 Il Finanziamento e la spesa del SSN
 - 6.3 Regioni a confronto: spesa, appropriatezza, mobilità, avanzi e disavanzi dei SSR
 - 6.4 I Piani di rientro: il bilancio della Corte dei Conti Regione per Regione
 - 6.5 Ticket e tasse: quanto i cittadini contribuiscono al mantenimento dei servizi sanitari regionali
 - 6.6 Assistenza Territoriale: tra vuoto assistenziale e disuguaglianze regionali
 - 6.6.1 Ricoveri Prevenibili
 - 6.6.2 Assistenza dei Medici di Medicina Generale
 - 6.6.3 Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
 - 6.6.4 Assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale
 - 6.6.5 Riabilitazione
 - 6.7 Analisi delle politiche farmaceutiche
 - 6.7.1 Spesa e consumi (territoriale – ospedaliera)
 - 6.7.2 L'incidenza dei ticket farmaceutici

- 6.7.3 Le Commissioni terapeutiche regionali/territoriali: composizione, tempi di approvazione, trasparenza e accessibilità alle informazioni
- 6.7.4 L'accesso all'innovazione
- 6.8 Le patologie croniche nella programmazione regionale
 - 6.8.1 La cronicità in alcuni Piani Sanitari o Sociosanitari Regionali
 - 6.8.2 Il punto di vista civico sul modello CREG (Chronic Related Group) della Regione Lombardia
- 6.9 Il sistema di protezione sociale in Italia
 - 6.9.1 Spesa e finanziamento per la protezione sociale in Italia: un confronto con i Paesi UE
 - 6.9.2 La spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni, tra tagli e disuguaglianze territoriali

Conclusioni e proposte

Nota metodologica

Le Associazioni che hanno partecipato al Rapporto

Ringraziamenti

Premessa

L'undicesimo Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità "**Emergenza famiglie: l'insostenibile leggerezza del Welfare**", realizzato dal Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC) di Cittadinanzattiva, si inserisce nell'"*anno europeo dell'invecchiamento attivo e la solidarietà tra generazioni*".

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità i pilastri dell'invecchiamento attivo sono: salute, partecipazione e sicurezza (tab 1). Con riferimento al pilastro salute l'OMS afferma, tra l'altro, la necessità di prevenire e ridurre l'eccesso di disabilità e malattie croniche, nonché di **sviluppare costantemente servizi sociosanitari accessibili e fruibili per le persone che invecchiano**.

Riguardo al pilastro partecipazione, è fondamentale rendere possibile la partecipazione delle persone alle attività economiche, di volontariato, ad attività sociali e comunitarie.

Infine, rispetto al pilastro sicurezza, vi è la necessità di assicurare la protezione, la sicurezza e la dignità delle persone che invecchiano, affrontando i problemi sociali ed economici.

*In tal senso, il presente Rapporto intende rilevare quanto questi principi trovino applicazione in Italia, partendo innanzitutto dall'individuazione delle criticità che dal punto di vista delle Associazioni dei pazienti caratterizzano l'assistenza sanitaria e sociale erogata alle **persone anziane con patologie croniche e rare**, e che quindi ostacolano la piena realizzazione del Diritto alla Salute.*

Parallelamente e a integrazione della fotografia offerta dalle Associazioni dei pazienti, il rapporto offre un'ampia **analisi "civica" delle politiche pubbliche sociali e sanitarie**, nazionali e regionali, volta indagare la loro capacità di risposta al bisogno di salute della collettività, con particolare riguardo all'invecchiamento attivo della popolazione. A tal fine sono stati oggetto di tale analisi i dati disponibili e più aggiornati, prodotti da Istituzioni, Università, Enti di ricerca, Organizzazioni nazionali e internazionali, con l'obiettivo di dimostrare (tra l'altro) come molte delle criticità segnalate dai pazienti, non rappresentano soltanto il "percepito" dei cittadini, ma al contrario sono questioni oggettive, che trovano, di fatto, conferma nei dati prodotti dalle stesse Istituzioni, e che meritano quindi una pronta risposta.

Per la prima volta sono affrontati insieme i temi dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza sociale. Con riferimento a quest'ultima, l'analisi si è concentrata sui dati inerenti il finanziamento, la spesa, e le difformità territoriali nell'offerta dei servizi.

L'altra innovazione di questa edizione del Rapporto, al fine di fornire una fotografia della realtà la più completa possibile, è di tipo metodologico, attraverso l'integrazione di due tipologie di fonti di informazione: **dati forniti dalle Associazioni dei pazienti e dati prodotti dalle Istituzioni**.

In tal senso, ad esempio, sono affrontati i temi come **l'assistenza sanitaria territoriale, pilastro del Rapporto**, i servizi e gli interventi sociali erogati dai Comuni, le politiche farmaceutiche, il peso sui redditi delle famiglie dei ticket, delle super aliquote e delle prestazioni non garantite dal SSN.

L'analisi dei dati istituzionali offre inoltre l'opportunità di effettuare confronti, sui singoli argomenti, tra l'Italia e la realtà internazionale.

Infine, all'interno del Rapporto trova spazio anche un approfondimento sulle principali misure in materia sanitaria, contenute nel recente provvedimento denominato **"Spending Review"**. Tale provvedimento, insieme al Decreto Legge del Ministro della Salute Balduzzi, sono, nella parte conclusiva e di proposte del Rapporto, oggetto di valutazioni e considerazioni politiche da parte del Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC) di Cittadinanzattiva.

Tabella 1 – L'invecchiamento attivo e i suoi pilastri (OMS 2002)

Salute	Prevenire e ridurre l'eccesso di disabilità, malattie croniche e mortalità prematura
	Ridurre i fattori di rischio associati alle malattie principali e aumentare i fattori protettivi la salute
	Sviluppare in continuo i servizi sociosanitari accessibili e fruibili per le persone che invecchiano
	Formare ed educare i <i>caregivers</i>
Partecipazione	Creare opportunità di formazione e apprendimento durante tutta la vita
	Rendere possibile la partecipazione ad attività economiche e di volontariato assecondando preferenze e capacità delle persone
	Incoraggiare e rendere possibile la partecipazione ad attività sociali e comunitarie
Sicurezza	Assicurare la protezione, la sicurezza e la dignità delle persone che invecchiano, affrontando i problemi sociali ed economici
	Ridurre le disuguaglianze in fatto di sicurezza e di bisogni delle donne che invecchiano

Fonte: Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009 - 2010

La struttura del Rapporto

Il **Rapporto** dopo una breve introduzione (composta da una premessa, dalla sintesi dei principali risultati, dalla presentazione del Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC) di Cittadinanzattiva e da una breve illustrazione dell'anno europeo dell'invecchiamento attivo e la solidarietà tra generazioni) **si articola in tre parti.**

La prima parte analizza, anche con dati regionali, il trend demografico, l'incidenza delle patologie croniche nell'anziano, i fattori di rischio, le cause di morte, la speranza di vita, nonché la condizione sociale dell'anziano (con dati su reddito, istruzione, occupazione, partecipazione alle attività sociali).

La seconda parte fornisce il **punto di vista delle Associazioni dei pazienti** sulle criticità dell'assistenza sanitaria e sociale erogata alle **persone anziane con patologie croniche e rare**. I temi affrontati in questa parte sono: la condizione della famiglia, la valutazione multidimensionale, la continuità assistenziale, la mobilità, l'assistenza del medico di famiglia, l'assistenza domiciliare integrata (ADI), l'assistenza protesica e integrativa, l'assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale, l'assistenza ospedaliera, l'assistenza farmaceutica, l'invalidità civile, l'accompagnamento e la Legge 104/1992.

Infine **la terza parte** svolge un'**analisi civica delle politiche pubbliche di welfare sanitario e sociale**. Le tematiche affrontate: la spesa sanitaria italiana a confronto con quella degli altri Paesi, il finanziamento e spesa del SSN, la spesa sanitaria delle Regioni, l'analisi della Corte dei conti sulle misure adottate dalle Regioni con Piani di rientro, l'assistenza sanitaria territoriale, il peso dei ticket sanitari e delle super aliquote sulle tasche dei cittadini, le politiche farmaceutiche, le patologie croniche nella programmazione regionale, il sistema generale di protezione sociale.

Seguono le conclusioni, le proposte, la nota metodologica, l'elenco delle Associazioni dei pazienti che hanno preso parte all'XI° Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità del CnAMC di Cittadinanzattiva, i ringraziamenti.

Sintesi dei principali risultati

La fascia di popolazione anziana (65 anni ed oltre) è in costante aumento e rappresenta, secondo i dati Istat al 31 dicembre 2010, il **20,3%** del totale della popolazione.

L'indice di vecchiaia, quindi il grado di invecchiamento della popolazione, passa da un valore di 87,6 del 1989 a **144,5 del 2010**.

Guardando ai Paesi EU 27 con riferimento all'anno 2009, l'Italia è la **seconda nazione europea per indice di vecchiaia**, seconda solo alla Germania.

In Italia, nel **2011**, la popolazione che ha dichiarato di essere affetta da una patologia cronica è stata pari al **38,4%** (nel 2010 era il 38,6%). La fascia di popolazione che presenta una maggiore incidenza di patologie croniche è quella dai 65 anni e più: 76,4% (65-74 anni) e 86,2% (75 e più anni).

Lo stato di buona salute dei malati cronici diminuisce vistosamente all'aumentare dell'età: si passa dall'82,8% della fascia 18-19 anni al 30,7% della fascia 65-74 anni.

Le malattie o condizioni croniche più diffuse sono: l'artrosi/artrite (17,1%), l'ipertensione (15,9%), le malattie allergiche (10,3%), l'osteoporosi (7,2%), la bronchite cronica e asma bronchiale (6,1%), il diabete (4,9%).

Le Regioni caratterizzate nel 2011 da una maggiore incidenza di patologie croniche sono: Liguria (42,5%), Sardegna (42,3%), Friuli Venezia Giulia (42%), Umbria (41,3%), Emilia Romagna (41%), Toscana (40,6%), Calabria (40,3%), seguono, Abruzzo (39,9%), Lombardia (39,5%), Molise (39,4%), Veneto (39,2%).

Le Regioni con maggiore incidenza di diabete sono la Basilicata (7,8%) e la Calabria (7,6%), rispetto all'ipertensione la Calabria (19,2%) e la Liguria (19,9%), per la bronchite cronica e asma bronchiale l'Umbria (7,2%), il Lazio (7,0%) e la Sardegna (7,0%), per Artrosi e Artrite l'Umbria (21,4%), la Basilicata (21,1%) la Calabria (21,9%), la Sardegna (21,1%), relativamente all'osteoporosi Liguria (9,1%), Umbria (9,6%), Abruzzo (9,0%), Calabria (8,9%) e Sardegna (10,8%).

La speranza di vita alla nascita è aumentata in circa 20 anni per gli uomini di 5,4 anni, attestandosi nel 2011 a 79,4 anni, nonché di 3,9 anni per le donne, nel 2011 pari a 84,5 anni.

Allo stesso modo anche la speranza di vita a 65 anni è progressivamente aumentata, con valori sempre nel 2011 pari a 18,4 anni per gli uomini e 21,9 anni per le donne.

L'Italia nel 2008 è il quinto paese per speranza di vita a 65 anni per gli uomini e il terzo paese per speranza di vita a 65 anni per le donne, al di sopra del valore dei Paesi UE 27. Andando però a verificare la speranza di vita in anni liberi da disabilità, sempre nel 2008, l'Italia si attesta ad un valore pari a 7,9 anni per gli uomini e 7,2 anni per le donne, ben al di sotto dei valori dei Paesi UE 27 pari rispettivamente a 8,7 anni e 8,9 anni.

Dal 2003 al 2011 diminuisce di poco la percentuale di fumatori nel nostro Paese, mentre aumenta molto la percentuale di persone obese e in sovrappeso.

La maggiore causa di morte è rappresentata dalle malattie del sistema circolatorio con 225.588 decessi, con valori maggiori al Nord.

La seconda causa di morte è rappresentata dai tumori con un numero di decessi pari a **172.783**, con valori maggiori al Nord.

La fascia di popolazione anziana è quella caratterizzata anche da una maggiore incidenza di fenomeni di povertà relativa e assoluta, con valori pari rispettivamente nel 2010 al 12,2% e al 5,4%.

Anche rispetto al **titolo di studio** notiamo una **situazione di svantaggio** della popolazione anziana: il 67% ha la licenza elementare o nessun titolo, il 10% il diploma di maturità, mentre il 5% è laureato.

Il numero di anziani occupati si attesta nel 2010 a circa 375.000, con un aumento dal 2004 in termini percentuali pari all'8%, ad eccezione del Mezzogiorno.

Anche con riferimento al **reddito familiare**, la fascia di popolazione anziana continua ad attestarsi ai livelli più bassi, e con una composizione del reddito basata essenzialmente su trasferimenti monetari, cioè essenzialmente pensioni.

Importante nel 2011 è stato **l'impegno della popolazione anziana nelle attività sociali**. Le Associazioni di volontariato sono le Organizzazioni nelle quali maggiormente si impegna la popolazione anziana (10,1%), seguono le Associazioni culturali (9,1%).

Sono molteplici e rilevanti le criticità dell'assistenza socio sanitaria erogata a favore della popolazione anziana con patologia cronica e rara, come emerge dai dati forniti dalle Associazioni dei malati cronici che hanno collaborato al presente Rapporto. Si riscontrano difficoltà in caso di mobilità da una Regione all'altra, nella continuità assistenziale, nelle cure a domicilio, nell'accesso all'innovazione per protesi, ausili, farmaci, nell'accesso e nella qualità dell'assistenza erogata nelle strutture ospedaliere e residenziali/semiresidenziali, nelle procedure di riconoscimento dell'invalidità civile ed handicap.

La famiglia è il pilastro dell'attuale sistema di Welfare, senza la quale una persona anziana con patologia cronica e rara è nell'impossibilità di invecchiare nel miglior modo possibile, e di accedere a tutti i servizi di cui ha bisogno. La famiglia colma i bisogni assistenziali non solo provvedendo all'assistenza diretta alla persona ma anche mettendo fortemente mano al proprio portafoglio. Ciascuna famiglia dedica mediamente all'assistenza del familiare anziano oltre 5 ore al giorno. Tale situazione per circa il 93% delle Associazioni non permette ai componenti delle famiglie di conciliare l'orario lavorativo con le esigenze di assistenza, al punto che il 53,6% delle Associazioni riceve segnalazioni di licenziamenti e mancati rinnovi o interruzioni del rapporto di lavoro. A tutto ciò va aggiunta la difficoltà crescente per le **famiglie** di fronteggiare **l'onere economico** correlato, che impatta significativamente sui redditi familiari. Solo per fare alcuni esempi, le famiglie mediamente spendono in un anno 8.488 euro per il supporto assistenziale integrativo alla persona, 1.127 euro per farmaci non rimborsati dal SSN, 1.297 euro per l'acquisto di parafarmaci, 3.178 euro per lo svolgimento di visite, esami o attività riabilitativa a domicilio. Praticamente quasi il doppio della cifra eventualmente percepita a titolo di indennità di accompagnamento.

Ben 13.946 euro, in media, è il costo per la retta delle strutture residenziali e/o semiresidenziali.

Siamo di fatto in presenza di una vera e propria **delega assistenziale attuata da parte dello Stato nei confronti delle famiglie**, attraverso drastici tagli alle risorse destinate al Welfare sanitario e sociale e un sistema di assistenza sanitaria territoriale che oltre a non essere complessivamente in grado di far fronte al bisogno di salute dell'anziano malato cronico, non guarda al mantenimento dell'autosufficienza e alla dignità della persona, e si caratterizza per un'offerta assistenziale profondamente differenziata da Regione a Regione. Sussiste inoltre una difficoltà di accesso da parte dei pazienti ai farmaci e dispositivi medici innovativi: le risorse a disposizione sono sempre di meno e ciascuna Regione decide se e quando renderli accessibili.

L'accesso alle indennità di invalidità civile e di accompagnamento, unico vero supporto ancora fornito dallo Stato, oggi è messo seriamente e costantemente in discussione da procedure di accertamento lente e poco trasparenti, oltre che da criteri di accertamento dei requisiti dell'accompagnamento modificati indebitamente al ribasso. La necessità di tutelarsi legalmente cresce progressivamente, con costi ingenti che gravano ancora una volta sul reddito del cittadino.

Di seguito i dati specifici sulle principali questioni.

Continuità assistenziale

Al momento delle dimissioni sono le famiglie a fare tutto. Il 76% delle Associazioni segnala la mancata attivazione dell'assistenza domiciliare contestualmente alle dimissioni. Il 51,9% afferma che al momento delle dimissioni il MMG fornisce solo le indicazioni degli uffici ASL ma per l'attivazione dei servizi necessari devono provvedere di fatto i familiari.

Medico di Medicina Generale

Per il 70,3% delle Associazioni il MMG non si integra con lo specialista, mentre per il 59,2% non forma ed informa il paziente, i familiari ed il caregiver sulla corretta gestione della patologia. Per il 72,4% delle Associazioni il MMG non svolge la funzione di coordinamento degli interventi tra tutti i professionisti coinvolti. Non c'è una regia degli interventi, di fatto è demandata al paziente o alla famiglia. Il 46,4% delle Associazioni afferma che il MMG presta poca attenzione alla rilevazione del dolore.

Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Il 73% delle Associazioni afferma che l'ADI è erogata ma solo in alcune realtà. Per il 65,3% la principale criticità è la sua attivazione, segue per il 50% la scarsa integrazione degli interventi di natura sanitaria e sociale e il numero di ore insufficienti.

Per il 61,5% delle Associazioni l'ADI è poca adeguata al bisogno di salute, mentre per il 96,1% non garantisce la presenza di tutte le figure professionali. La figura professionale maggiormente carente è il fisioterapista. Il 70,8% delle Associazioni riscontrano la mancanza di azioni per il mantenimento dell'autosufficienza, mentre il 54,1% poco attenzione per la movimentazione del paziente per evitare le lesioni da decubito.

Assistenza protesica e integrativa

Le principali criticità si riferiscono per il 68% delle Associazioni ai tempi di attesa per il rilascio, segue per il 56% la difformità regionale dell'assistenza, nonché per il 44% la questione dei costi dovuti alla non erogazione del dispositivo specifico. L'innovazione, infatti, secondo il 69,6% delle Associazioni, è accessibile, ma solo in alcune Regioni.

Assistenza socio sanitaria residenziale e semiresidenziale

Esiste un problema di tempi di attesa per l'accesso: per il 39,1% delle Associazioni si attende dai 3 ai 6 mesi. Il 79,2% delle Associazioni ritiene l'assistenza erogata di livello mediocre. Per il 91,3% l'assistenza erogata da queste strutture non garantisce la presenza di tutte le figure professionali, inoltre per il 62,5% sono frequenti i casi di mancata movimentazione per prevenire l'insorgenza delle lesioni da decubito. Per l'81% delle Associazioni non vengono attuate misure per il mantenimento dell'autosufficienza. Il 43,5% delle Associazioni segnala che si verificano anche forme di maltrattamento, che riguardano soprattutto l'abbandono del paziente (70%), la trascuratezza dell'igiene (70%), piaghe da

decubito (60%). Per il 56,5% delle associazioni non viene rilevato il dolore, che generalmente viene sminuito.

Assistenza farmaceutica

Per il 51,9% delle Associazioni l'assistenza farmaceutica è mediamente rispondente al bisogno di salute dei pazienti. Nonostante ciò permangono rilevanti criticità quali, tempi eccessivamente lunghi da parte dell'AIFA per l'autorizzazione all'immissione in commercio e la rimborsabilità di alcuni farmaci per il 55,2% delle Associazioni; limitazioni ad accedere alle terapie da parte delle aziende ospedaliere e le ASL per motivi di budget per il 55,2%. E' un ambito di assistenza caratterizzato da un regionalismo esasperato, attraverso l'utilizzo improprio dei Prontuari terapeutici regionali/ospedalieri, che di fatto non offre le stesse opportunità terapeutiche a tutti i cittadini. Un ulteriore problema fortemente avvertito dal 61,5% delle Associazioni è il mancato accesso delle terapie innovative.

Invalidità civile

Particolarmente critico l'accesso alle indennità d'invalidità civile e accompagnamento. Il 77% delle Associazioni dichiara di avere problemi di accesso all'indennità di accompagnamento, anche perché per l'80,8% i relativi requisiti per il riconoscimento sono stati inaspriti ingiustamente (stessa difficoltà per la L. 104/92 art. 3 comma 3). Il 72% delle Associazioni segnala di non aver riscontrato, con l'informatizzazione della procedura, una vera semplificazione e riduzione dei tempi dell'intero iter. Il 60% delle Associazioni riscontra che i cittadini sono costretti a effettuare una doppia visita di accertamento (ASL ed INPS), a causa, tra l'altro, dell'assenza del medico INPS nelle Commissioni ASL (4,8% delle Associazioni), con ingenti costi per lo Stato (doppie commissioni Asl - INPS). Il 43,5% delle Associazioni ha assistito a convocazioni a visita avvenute con modalità non previste dalla Legge: 66,6% con lettera semplice, 41,6% con una telefonata, 33,3% attraverso sms. Per l'80,8% delle Associazioni i criteri di accesso alle indennità di accompagnamento sono stati inaspriti ingiustamente dall'INPS. Di conseguenza il 73% delle Associazioni, denuncia un aumento dei contenziosi avverso i verbali di invalidità emessi dall'INPS, che inoltre ricordiamo non possono essere impugnati dopo il primo grado di giudizio.

Particolarmente preoccupanti i dati che emergono dall'analisi civica delle politiche pubbliche sanitarie e sociali. Quest'ultime oltre a non fornire risposte adeguate alle difficoltà denunciate dalle Associazioni dei malati cronici, aggravano e di molto la situazione. Siamo in presenza di politiche economiche che sovrastano e mettono all'angolo le politiche socio-sanitarie del nostro Paese, che guardano all'economicità dell'azione statale e al contenimento della spesa nel breve periodo, piuttosto che al raggiungimento dell'obiettivo di salute della popolazione e al contenimento dei costi nel lungo periodo.

Gli assi strategici di queste politiche consistono in:

- **tagli drastici e orizzontali alle risorse sanitarie e sociali**, riduzioni dei trasferimenti erariali nei confronti dei Comuni (aggravati dai vincoli stabiliti dal patto di stabilità interno), con un impatto sempre più negativo sulla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria e sul mantenimento dei servizi e degli interventi sociali dei Comuni, con particolare riguardo a quelli del Mezzogiorno;
- **aumento dell'incidenza dei ticket sanitari e delle super aliquote** (in particolare nelle Regioni con Piani di rientro,) delineando, tra l'altro, un sistema da questo punto di vista profondamente iniquo e non giustificato da una migliore offerta qualitativa di prestazioni;

- **difformità regionali** dal punto di vista dell'offerta dei servizi sanitari (in particolare assistenza sanitaria territoriale e assistenza farmaceutica) e sociali, non in grado di garantire a tutti i cittadini le stesse opportunità e gli stessi diritti di cura e di assistenza.

Con particolare riferimento al SSN, in tutti questi anni, non si è andati ad incidere selettivamente sugli aspetti realmente patologici del Sistema, come ad esempio la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale. Quest'ultima pur assorbendo molte risorse, circa 40 miliardi di euro annui, si caratterizza per un'offerta non in grado di rispondere al bisogno di salute della collettività e profondamente differenziata a livello regionale, con situazioni particolarmente critiche nel Mezzogiorno. Tale criticità in tempi di Spending Review, riduzioni di posti letto ospedalieri e piani di rientro si traduce per i cittadini in alcune realtà, più che in altre, in un vero e proprio vuoto assistenziale. Eppure se bene organizzata, resa uniformemente efficiente ed efficace, l'assistenza sanitaria territoriale potrebbe rappresentare una leva importante per la sostenibilità del SSN. Questo è uno degli esempi più eclatanti della mancanza di programmazione che caratterizza oggi le nostre politiche sanitarie e di incapacità da parte del livello centrale di migliorare le capacità di governance dei SSR.

Di seguito i principali dati che emergono dall'analisi.

La **spesa pro capite** dell'Italia (anno di riferimento 2009) per la **protezione sociale** è pari a 7.529€. Tale livello di spesa pone il nostro Paese all'undicesimo posto tra i Paesi UE 27. Il Lussemburgo ha una spesa pro capite di 17.359€, la Danimarca di 13.473€, l'Austria di 10.105€, la Francia di 9.676€, la Germania di 9.097€.

La **spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata)** rappresenta nel 2010 il 9,3% del PIL, meno della media OCSE (9,5%) e molto meno rispetto agli Stati Uniti (17,6% del PIL), Paesi Bassi (12,0%), Francia (11,6%), Germania (11,6%) e Spagna (9,6%).

Ancora più evidente il differenziale con riferimento alla spesa sanitaria pro capite.

L'Italia ha una **spesa sanitaria pro capite** nel 2010 pari a 2.964,00€, inferiore alla media OCSE 3.268,00€.

Nel 2011 il finanziamento del FSN si è attestato a € 111,110 miliardi. Il trend dell'incremento annuale delle risorse continua ad essere decrescente: +1,8% sul 2010, + 2,2 sul 2009, +3,2 sul 2008 e +3,4% sul 2007.

Il rapporto tra la spesa per il SSN e il PIL è pari al 7,1% nel 2011, per la prima volta in diminuzione rispetto all'anno precedente (nel 2010 era pari al 7,2%).

Relativamente agli anni 2012-2015 le risorse a disposizione del Fondo Sanitario Nazionale sono oggetto di ulteriori riduzioni: -900 milioni di euro per il 2012, -1.800 milioni di euro per il 2013, - 2.000 milioni di euro per il 2014, -2.100 milioni di euro a decorrere dal 2015, per un totale di riduzioni di risorse relativi agli anni 2012-2015 pari a 6,8 miliardi di euro. Tali riduzioni vanno a sommarsi agli ulteriori tagli approvati dal precedente Governo pari a circa 8 miliardi di euro.

La **spesa media procapite regionale** nel 2011 è pari 1.851,00€. Le Regioni con spesa pro capite più bassa sono Campania (1.710,00€), Sicilia (1.729,00€), Puglia (1.731,00€), Calabria (1.704,00€), Abruzzo (1.751,00€).

E' evidente che **spendere meno non vuol dire sempre spendere meglio.**

I risultati del tavolo di monitoraggio della spesa 2011 individuano una criticità trasversale a quasi tutte le Regioni, nonostante vi siano alcune Regioni più virtuose di altre (come la Lombardia) in termini di offerta assistenziale e di gestione finanziaria: la difficoltà a chiudere il bilancio della sanità in pareggio senza il ricorso ad ulteriori misure di aggiustamento.

Probabilmente nel prossimo futuro tutte le Regioni, anche quelle più virtuose, saranno costrette ad adottare un Piano di rientro con tutto ciò che questo produce: super aliquote, aumento dei ticket, riduzione non dichiarata dei LEA.

Vi è un nuovo fenomeno di iniquità, in aggiunta a quello che ormai conosciamo bene dell'accesso alle prestazioni: ci riferiamo alla diversa incidenza regionale dei ticket sanitari e delle maxi aliquote.

Nel 2011 l'incidenza dei ticket per diagnostica – specialistica - farmaci e delle maxi aliquote ha visto un aumento rispetto al 2010 del 5,9%.

La spesa pro capite per ticket sanitari e maxi aliquote passa da un minimo di **30€ della Sardegna**, ad un massimo di **181€ del Lazio**.

Tale situazione è suscettibile di ulteriori aggravii, vista la possibilità per le Regioni con piano di rientro (introdotta con la Spending Review), di aumentare ulteriormente l'addizionale Irpef dallo 0,5% sino all'1,1% a partire dal 2013, incidendo ancora una volta sulla situazione economica delle famiglie.

Con riferimento alla ripartizione percentuale della spesa sanitaria nazionale, relativa al 2009, tra i macro livelli di assistenza (ospedaliera, prevenzione e distrettuale), va sottolineato che si investe ancora troppo poco nella **prevenzione**: solo 4,19% del FSN (dato relativo al 2009).

La spesa relativa al 2009 per l'**assistenza distrettuale** (48,84%), e quindi per l'assistenza territoriale, è ancora al di sotto del livello di finanziamento previsto dal Patto per la Salute per questo livello di assistenza e fissato al 51%.

Le Regioni con i livelli percentuali più bassi di spesa per l'assistenza distrettuale (anno 2009) sono: Sardegna, Sicilia, Abruzzo e Lazio. Livelli più alti per Toscana, Emilia Romagna, Liguria, Veneto e Piemonte.

L'assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale rivolta ai disabili e agli anziani assorbe rispettivamente solo il 5,5% e il 6% dell'assistenza distrettuale, davvero ancora troppo poco rispetto alle esigenze di salute e assistenza.

L'assistenza sanitaria territoriale, fondamentale per la gestione e la presa in carico delle cronicità, attualmente assorbe consistenti risorse economiche, circa 40 miliardi di euro annui; è caratterizzata da numerose criticità e da una profonda difformità regionale dal punto di vista dell'offerta.

Particolari carenze e ritardi nella riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale sono certificate anche dall'analisi della Corte a Corte dei Conti, attraverso il Rapporto sul Coordinamento della finanza pubblica 2012.

Ad esempio il numero di **Medici di Medicina Generale** che svolge la propria attività in **forma associativa**, volta a garantire maggiore continuità assistenziale e migliore gestione delle cronicità, è pari a 30.139.

Circa 16.000 medici ancora non prestano questa tipologia di assistenza.

Allo stesso modo i MMG che hanno una **connessione informatica** (dati 2009) sono circa 36.000; ancora 10.000 medici ne sono quindi sprovvisti.

Con riferimento all'**assistenza domiciliare integrata (ADI)**, nel 2009 si passa dai 130 casi trattati in ADI per 100.000 abitanti della PA Bolzano, ai 2.073 dell'Emilia Romagna, ai 2037 F.V.G. Nel 2010 l'Emilia Romagna è la Regione con percentuale maggiore di anziani trattati in ADI 11,6%, segue l'Umbria con il 7,7%; i valori più bassi si riferiscono, invece, alla Puglia 1,8% e alla Sicilia 1,5%.

Nel 2009 in Italia le **strutture residenziali per l'assistenza agli anziani** sono 2.686, anche qui con profonde differenze regionali: si passa dalle 648 strutture della Lombardia, ai 31 di Calabria e Abruzzo.

Le strutture semiresidenziali per gli anziani sono complessivamente 685 e **presenti in sole 13 Regioni**, con valori che variano tra 251 strutture della Lombardia, 204 dell'E. Romagna, 1 del Lazio, 2 della Campania e 2 della Puglia. Stesso discorso per le strutture semiresidenziali per le persone con disabilità.

Il **numero di posti letto** relativi all'assistenza nelle **strutture residenziali** è pari a 201.180. Il numero di posti letto relativi all'assistenza nelle strutture semiresidenziali è pari 45.549. Considerando le 2 tipologie di strutture, si passa dagli 897 posti letto per 100.000 abitanti della PA Trento, ai 24 posti letto per 100.000 abitanti del Molise.

Relativamente alla **riabilitazione** l'Italia si attesta a 0,44 posti letto per 1000 abitanti, con valori molto diversi da Regione a Regione: 0,11 posti letto per 1000 abitanti della Sardegna, 0,80 posti letto per 1000 abitanti del Lazio, 0,89 posti letto per 1000 abitanti del Molise. Il confronto con gli altri Paesi europei, ci dice che la Francia si attesta a 1,00 posto letto x 1000 abitanti, stesso valore per Austria, mentre la Germania 2,10 posti letto x 1000 abitanti.

La **spesa privata dei cittadini per l'acquisto di farmaci di fascia A** è in crescita nel 2011 del **+21%** rispetto al 2010 ed è pari a **1.026 milioni di euro**.

In aumento del **+3,7%**, rispetto al 2010, anche la **spesa privata** a carico dei cittadini per l'acquisto dei **farmaci di classe C con ricetta** (3.207 milioni di euro).

Anche la **spesa privata** per farmaci da **automedicazione** cresce rispetto al 2010 dello **+0,4%** e si attesta a 2.113 milioni di euro.

La categoria dei farmaci dermatologici è quella che presenta una maggiore percentuale di spesa a carico dei cittadini (spesa privata): 87,9% della relativa spesa complessiva. Seguono i farmaci per l'apparato genito-urinario e ormoni sessuali 59,7%, nonché quelli per l'apparato muscolo scheletrico 53,3%.

L'incidenza percentuale sul FSN della spesa pubblica complessiva 2011 (farmaceutica territoriale e ospedaliera) è stata pari al 16,74%, sfiorando notevolmente il tetto di spesa programmato pari al 15,7%. Anche qui possiamo confermare l'inadeguatezza del tetto programmato complessivo di spesa per l'assistenza farmaceutica rispetto il reale bisogno di salute della collettività: ci si aspetta che sarà ancora più marcata in futuro. Nel 2012, il tetto programmato rideterminato è pari al 15,5%, e nel 2013, il tetto programmato rideterminato è pari al 14,85%. L'inadeguatezza del tetto di spesa complessiva, con particolare riguardo a quella ospedaliera, spiega le difficoltà di accesso ai farmaci ospedalieri e innovativi segnalate dai pazienti a livello regionale.

In ambito farmaceutico l'incidenza dei ticket è aumentata molto negli anni, passando da 539 milioni di euro del 2007 ai 1.337 milioni di euro del 2011, praticamente più del doppio; nel 2011 merita di essere segnalata la **variazione rispetto al 2010 del +34%**.

Considerando il periodo gennaio – dicembre 2011 rileviamo valori per **ticket medio pro capite** molto diversi da Regione a Regione. Si passa da **7,48€ della PA Trento**, ai **31,96€ della Sicilia**.

Il sistema di assistenza farmaceutica è caratterizzato da un forte regionalismo che non garantisce di fatto le stesse opportunità terapeutiche a tutti i cittadini.

I tempi di inserimento dei farmaci all'interno dei PTOR/Area Vasta dal momento della pubblicazione in GU della Determinazione AIFA sono molto diversi. Si passa dai **145 giorni dell'Umbria ai 284 giorni del Lazio**.

A queste tempistiche va aggiunto il tempo medio di 226 giorni necessari all'AIFA per procedere con l'Autorizzazione e la contrattazione del prezzo di rimborso.

Le Commissioni regionali del farmaco non garantiscono la partecipazione dei rappresentanti delle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla Salute, e il **loro processo decisionale è poco trasparente e accessibile ai cittadini**.

Anche il fronte sociale è particolarmente sofferente, per non dire al collasso, e caratterizzato da un sistema di interventi e servizi sociali dei Comuni frammentato e certamente non in grado di garantire allo stesso modo e a tutti i cittadini gli stessi diritti e opportunità.

In tal senso la **spesa pro capite a livello regionale per interventi e servizi sociali** varia dai 25,5€ della Calabria, ai 269,3€ della Valle D'Aosta, ai 180,1€ dell'Emilia Romagna.

Merita di essere sottolineato come le Regioni con minor spesa procapite per interventi e servizi sociali (Sud), siano anche le stesse Regioni con minor spesa pro capite per l'assistenza sanitaria e quelle con maggior incidenza pro capite dei ticket sanitari e super aliquote.

Importanti differenze di **spesa sociale pro capite** sono riscontrabili anche a livello di **singoli Comuni/città metropolitane**, si passa dagli **88€ del Comune di Napoli**, ai **434€ di Trieste**.

La spesa sociale media pro capite delle città metropolitane si attesta nel 2011 a 246€, contro i 257€ del 2010 e i 256€ del 2009: praticamente una spesa sociale in forte contrazione.

Le riduzioni/azzeramenti dei fondi statali a carattere sociale insieme agli effetti delle riduzioni di trasferimenti erariali, sempre nei confronti dei Comuni, e dei vincoli stabiliti dal Patto di stabilità interno, come afferma anche l'Istat nel suo Rapporto Annuale 2012, "a parità di efficienza nella gestione dell'offerta dei servizi, inibiscono non solo l'avvio di nuove iniziative, ma anche la conservazione dei livelli di offerta già raggiunti".

Effetti negativi ancora più marcati, in termini di offerta di servizi, per i Comuni delle Isole e del Sud, dove abbiamo verificato che il Fondo indistinto nazionale per le Politiche sociali risulta decisivo per la garanzia dei servizi a carattere sociale resi ai cittadini.

Il CnAMC

a) L'istituzione del Coordinamento

Il **Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC)**¹ è una rete di Cittadinanzattiva, istituita nel 1996, e rappresenta un esempio di alleanza trasversale tra Associazioni e Federazioni nazionali di pazienti per la tutela dei diritti dei cittadini affetti da patologie croniche e/o rare.

Le ragioni della costituzione del CnAMC risiedono nella consapevolezza, da parte di Cittadinanzattiva e di tutte le Organizzazioni aderenti, che la tutela integrata e unitaria dei diritti delle persone con patologia cronica e rara è possibile solo attraverso una forte collaborazione e alleanza, lo scambio continuo di informazioni e l'impegno comune, volto al superamento delle criticità trasversali.

A sua volta tale tipo di attività è resa possibile dalla decisione di tutte le Associazioni di mettere a disposizione di battaglie comuni una parte delle proprie energie, in alcuni casi collocando anche in secondo piano le singole attività specifiche: in questo è possibile cogliere un elemento di "maturità" delle Organizzazioni civiche e il senso originario del Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici.

Attualmente aderiscono al **CnAMC 86 Organizzazioni di persone con patologie croniche e rare**, rappresentative di oltre 100.000 persone, distinte tra Associazioni e Federazioni.

b) Gli obiettivi del CnAMC

Nello specifico, gli obiettivi del CnAMC sono:

- definire e perseguire politiche sanitarie comuni basate sul principio di tutela integrata ed unitaria;
- realizzare ogni anno un Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità, che analizzi le criticità assistenziali dei servizi sanitari e sociali ed esprima una vera e propria piattaforma politica basata sulle richieste e le aspettative delle associazioni aderenti;
- agire quale cassa di risonanza delle richieste delle singole organizzazioni, assicurando loro maggiore visibilità e formazione;
- raccogliere e fornire in tempo reale notizie sul mondo della cronicità (novità legislative, sentenze utili, nuove sperimentazioni, disegni di legge in discussione...);
- facilitare la comunicazione e lo scambio di esperienze positive fra le associazioni, al fine di garantire la socializzazione e riproducibilità delle buone pratiche;
- investire nella formazione e nella crescita della leadership delle organizzazioni di malati cronici e nella capacità di interloquire con le istituzioni e gli altri stakeholders;
- attività, iniziative ed eventi che promuovano e sostengano la partecipazione diretta dei cittadini.

c) Le attività del CnAMC

¹ <http://www.cittadinanzattiva.it/corporate/salute/1845-cnamc-malati-cronici.html>

Le attività del CnAMC sono molteplici:

- il coordinamento delle ottantasei Organizzazioni aderenti attraverso una costante attività di networking;
- l'elaborazione e la diffusione di politiche socio sanitarie di tutela dei diritti con il coinvolgimento di tutte le Associazioni aderenti;
- l'elaborazione e la diffusione di documenti istituzionali di posizionamento sui temi discussi in Parlamento/Ministeri/Regioni, nonché relative interlocuzioni, come ad esempio: manovre finanziarie, federalismo fiscale, costi e fabbisogni standard nel settore sanitario, Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), Piano Sanitario Nazionale, Patto per la Salute, Riparto annuale del FSN e progetti obiettivo, governo clinico, dichiarazioni anticipate di trattamento, terapie non convenzionali, riabilitazione, assistenza farmaceutica con particolare riguardo al tema dell'innovazione, invalidità civile e Legge 104/92, ecc...;
- la partecipazione ad audizioni, tavoli e progetti istituzionali quali ad esempio: audizione indagine conoscitiva della Commissione Igiene e Sanità del Senato sulle patologie degenerative con particolare riguardo alle malattie reumatiche, audizione indagine conoscitiva della Commissione Igiene e Sanità del Senato sul diabete, audizione indagine conoscitiva delle Commissioni Igiene e Sanità – Lavoro e Previdenza Sociale del Senato sulle difficoltà inerenti il procedimento di riconoscimento dell'invalidità civile e legge 104/92, audizione presso il Ministero Pubblica Amministrazione ed Innovazione nell'ambito del Rapporto OCSE "Italy better regulation"; audizione presso l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) - "Gruppo di lavoro per il monitoraggio dell'accesso al farmaco"; partecipazione al tavolo per la Semplificazione amministrativa del Dipartimento della Funzione Pubblica,...
- la redazione annuale di un Rapporto Nazionale sulle Politiche della Cronicità;
- la promozione e la realizzazione di campagne, progetti e conferenze, quali: Raccomandazione civica sull'Artrite Reumatoide, indagine consumi energetici delle persone con patologie croniche degenerative, Rapporto sull'assistenza protesica e integrativa, campagna V.I.P. "Very Invalid People" per la tutela diritto dei cittadini a ottenere le "indennità economiche correlate al riconoscimento delle minorazioni civili", I° Conferenza nazionale delle Organizzazioni Civiche per la Salute (10 – 11 giugno – Riva del Garda), monitoraggio benefici della Legge 104/92 con il Dipartimento della Funzione Pubblica;
- la partecipazione a convegni e dibattiti pubblici.

d) I Principali obiettivi raggiunti

1. **Nell'ambito della campagna nazionale sull'invalidità civile "Sono un V.I.P."** (<http://www.sonounvip.it/>) promossa da Cittadinanzattiva a partire dal 2011, volta a riaffermare il diritto dei cittadini ad accedere legittimamente alle indennità d'invalidità civile e di accompagnamento, i risultati politici raggiunti sono molteplici:
 - **avvio di un'indagine conoscitiva del Senato** (Commissione Igiene e Sanità - Commissione Lavoro) sulle "problematiche relative all'accertamento dei presupposti sanitari in sede di procedura per il riconoscimento dell'invalidità civile e delle indennità di accompagnamento con particolare riguardo alle persone affette da malattie cronico degenerative".

Con l'avvio dell'indagine viene accolta la richiesta specifica avanzata da Cittadinanzattiva. L'indagine conoscitiva è uno strumento per acquisire dati certi sul tema dell'invalidità ed individuare le criticità che caratterizzano il nuovo procedimento di riconoscimento e le nuove regole introdotte attraverso le circolari INPS. L'indagine ci auguriamo possa accertare le molteplici disfunzioni, segnalate da cittadini e Associazioni, inerenti lo svolgimento dei Piani straordinari di verifica delle invalidità svolti dall'INPS, che in molti casi, hanno comportato la chiamata a visita di persone che per legge ne sono esonerati. Nel mese di maggio 2012 il CnAMC ha svolto un'audizione consegnando una nota comprensiva di 14 contributi scritti di associazioni nazionali di pazienti aderenti al Coordinamento

- Avvio di interlocuzioni sul tema con il Governo, in particolare con il Sottosegretario al Ministero del Lavoro e Politiche sociali;
 - presentate specifiche Interrogazioni Parlamentari;
 - votate alcune specifiche Mozioni Parlamentari;
 - interlocuzione dei livelli regionali di CA con le realtà regionali/territoriali dell'INPS.
- 2) **Attraverso la partecipazione alla Commissione del Ministero della pubblica amministrazione e semplificazione**, inerente la semplificazione dei procedimenti amministrativi di riconoscimento delle minorazioni civili e dell'handicap, è stato raggiunto il seguente obiettivo politico:
- nel decreto legge "Semplifica Italia", pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 9 febbraio 2012 successivamente convertito in Legge, è stata recepita all'art.4 la proposta di semplificazione delle certificazioni per le persone con disabilità, frutto della collaborazione tra il CnAMC e il Dipartimento della Funzione Pubblica. Prevede infatti all'Art. 4 che le Commissioni mediche integrate ASL – INPS contestualmente all'accertamento dei requisiti sanitari per il riconoscimento dell'invalidità civile, accompagnamento e Legge 104/92, possano verificare anche la sussistenza dei requisiti sanitari utili ai fini del rilascio del contrassegno di circolazione per gli invalidi e per le agevolazioni fiscali relative ai veicoli previsti per le persone con disabilità.
- 3) **Nell'ambito del progetto "Raccomandazione civica sull'artrite Reumatoide"** promosso da Cittadinanzattiva –CnAMC, in collaborazione con l'ANMAR (Associazione nazionale malati Reumatici), i risultati politici raggiunti sono:
- Presentazione della Raccomandazione Civica sull'Artrite Reumatoide attraverso l'Audizione presso la 12ª Commissione permanente (Igiene e Sanità) – Indagine Conoscitiva sulle malattie ad andamento degenerativo di particolare rilevanza sociale, con specifico riguardo al tumore alla mammella, alle malattie reumatiche croniche ed alla Sindrome HIV - 224ª seduta: 26 gennaio 2011;
 - recepimento delle istanze contenute nella nostra Raccomandazione all'interno del Documento conclusivo realizzato dalla Commissione e inviato al Ministro della Salute;
 - inserimento delle malattie reumatiche croniche tra le patologie rilevanti previste all'interno del Piano sanitario nazionale 2011-2013. Va precisato come tale risultato sia stato raggiunto attraverso una revisione straordinaria del PSN.
- 4) **Attraverso la "I° Conferenza Nazionale delle Organizzazioni Civiche per la Salute" (Riva del Garda 10-11 giugno 2011)**, nell'anno Europeo del Volontariato e della Cittadinanza attiva, è stato messo al centro e affrontato il tema della Partecipazione

Civica. In questo quadro è stato proposto all'AIFA un modello di partecipazione dei cittadini e delle Organizzazioni che li rappresentano nella definizione, implementazione e monitoraggio delle politiche farmaceutiche pubbliche. L'evento ha messo inoltre al centro il coinvolgimento attivo delle Associazioni che compongono la rete del CnAMC. E' stata un'occasione importante di Partnership con soggetti pubblici come APSS Trento e Provincia Autonoma di Trento.

- 5) Interlocazione/confronto ufficiale con l'Agenzia Italiana del farmaco (AIFA) sul tema dell'**accesso ai farmaci, in particolari quelli innovativi**, e sulla sostenibilità del Sistema di assistenza farmaceutica pubblica. In particolare Cittadinanzattiva ed EPAC (associazione aderente al CnAMC) sono stati i primi soggetti ad essere auditi in CTS (Commissione Tecnico Scientifica) in merito ai nuovi farmaci per il trattamento dell'Epatite C.
- 6) **Partecipazione alla stesura della Relazione del Ministero della Salute (2012) sullo stato di attuazione della legge 38/2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"**, inviata al Parlamento.
- 7) **Revisione della normativa relativa ai bonus elettrici per le persone che utilizzano apparecchiature elettromedicali salvavita.**

e) Le Associazioni aderenti al CnAMC

A.S.B.I. Onlus - Associazione Spina Bifida Italia	Alzheimer Uniti Onlus
AICMT Onlus - Associazione Italiana Charcot-Marie- Tooth Onlus	AMAMI - Associazione Malati Anemia Mediterranea Italiana
A.DI.PSO. Associazione per la Difesa degli Psoriasici	AMICI Onlus - Associazione Nazionale Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino
A.E.L. - Associazione Emofilici del Lazio	AMIP Onlus - Associazione Malati Iperensione Polmonare
A.FA.D.O.C. onlus - Associazione Famiglie di soggetti con deficit dell'ormone della crescita e altre patologie	ANNA - Ass. Nazionale Nutriti Artificialmente Onlus
A.I.C.E.(Sede nazionale) - Associazione Italiana Contro l'Epilessia	AS.MA.RA onlus - Sclerodermia ed altre Malattie Rare "Elisabetta Giuffrè"
A.I.D. - Associazione Italiana per la difesa degli interessi dei diabetici	Ass. "Rete Malattie Rare" Onlus - Ass. R.M.R.
A.I.F.A. onlus -Associazione Italiana Famiglie ADHD (Attention Deficit/Hiperactivity Disorder)	Associazione Aiutiamoli Onlus
A.I.F.P - Associazione Italiana Febbri Periodiche	Associazione Amica Cicogna Onlus
A.I.G - Associazione Italiana Gaucher	Associazione Bianco Airone Pazienti Onlus
A.I.M. Rare - Associazione Italiana contro le Miopatie Rare	Associazione Cielo Azzurro Onlus
A.I.M.A. - Associazione Italiana Malattia di Alzheimer	Associazione EPAC Onlus
A.I.P.A. Roma - Associazione Italiana Pazienti Anticoagulati	Associazione Malati di Reni Onlus
A.I.P.A.S. - Onlus Associazione Italiana Pazienti con Apnee del Sonno- Onlus	Associazione Nazionale ALFA1-AT Onlus
A.I.R.A. Onlus - Onlus Associazione Italiana Reumatici	Associazione Nazionale Anfinsc Onlus
A.I.S.F. Onlus - Associazione Italiana Sindrome Fibromialgica	Associazione Paraplegici di Roma e Lazio Onlus
A.I.S.L.A. Onlus - Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica Onlus	ATMAR - Associazione Trentina Malati Reumatici
A.M.O.R. - Associazione Milanese Ossigenoterapia Riabilitativa a Lungo Termine	Azione Parkinson Ciociaria Onlus
A.M.R.I - Associazione per le Malattie Reumatiche Infantili	C.F.S. ASSOCIAZIONE ITALIANA ONLUS - Sindrome da stanchezza Cronica
A.N.F. - Associazione Neuro Fibromatosi-Onlus	CHELIDON ONLUS - Sostegno psicologico alle donne e alle famiglie per le neoplasie al seno
A.N.I.Ma.S.S. - Associazione Nazionale Italiana Malati Sindrome di Sjogren	COMETA A.S.M.M.E - Associazione Studio malattie Metaboliche Ereditarie-Onlus
A.N.I.O. - ONLUS Associazione Nazionale per le Infezioni Osteo Articolari	F.A.I.S. - Onlus Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati
A.N.T.O. - Associazione Nazionale Trapiantati Organi	FEDEMO - Federazione Associazioni Emofilici Onlus
A.P.E. Onlus - Associazione Progetto Endometriosi Onlus	Federazione Pro Invalidi Onlus
ACMT - RETE Associazione per la malattia di Charcot Marie Tooth	Federazione tra Ass.ni in aiuto soggetti con sindrome di Prader Willi e le loro famiglie
AETR - Associazione Emofilici e Talassemici "Vincenzo Russo Serdoz"	Fondazione Fabio Sciacca Onlus
	FSHD-Italia - associazione FSHD-distrofia muscolare facio-scapolo-omerale:ricerca e sostegno
	GILS - Gruppo Italiano per la lotta alla Sclerodermia
	LILA Nazionale - Lega italiana per la Lotta contro l'AIDS

<p>AICH Roma Onlus - Associazione Italiana Corea di Huntington Roma Onlus AICI - Associazione Italiana Cistite Interstiziale AIE Onlus - Associazione Italiana Endometriosi Onlus AIL - Associazione Italiana contro le leucemie, linfomi e mieloma - Onlus AIMPS Onlus - Associazione Italiana Mucopolisaccaridosi e malattie affini AIPD - Associazione Italiana Persone Down onlus AISA (Lazio) - Associazione Italiana per la Lotta alle Sindrome Atassiche AISAC Onlus - Associazione per l'Informazione e lo studio dell'Acondroplasia AISMAC - Onlus Associazione Italiana Siringomielia e Arnold Chiari AISMME - Associazione Italiana Sostegno Malattie Metaboliche Ereditarie Onlus ALIR - Associazione per la lotta contro l'insufficienza respiratoria ALT - Associazione Per la lotta alla trombosi e alle malattie cardiovascolari-onlus A.LU.MA.R - Associazione Lucana Malati Reumatici</p>	<p>LILT - Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori N.A.T.I. Onlus - Nuova Associazione Talassemici Italiani Onlus Noi e il cancro - Volontà di vivere Onlus Ring 14 - Associazione Internazionale per la Ricerca Neurogenetica delle malattie Rare Simba Onlus Associazione Italiana Sindrome e Malattia di Behcet Un Filo per la Vita A.N.A.D.P. (Associazione Nazionale Artificiale Domiciliare Pediatrica) Voglia di vivere Onlus AIC – Ass. It. per la lotta contro le cefalee ANMAR - Ass. Naz. malati reumatici FAND - Associazione Italiana Diabetici LIOS - Lega It. osteoporosi OUCH Italia onlus PARENT PROJECT Onlus - Genitori contro la distrofia muscolare Duchenne e Becker - onlus PARKINSON ITALIA SOS Alzheimer UILD - Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare UNIAMO – F.I.M.R. Federazione Italiana Malattie Rare - Onlus WALCE Onlus - Women Against Lung Cancer in Europe</p>
---	---

2012: Anno Europeo dell'invecchiamento attivo e della solidarietà tra le generazioni²

² Fonte: <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=it>



L'Anno europeo mira a sensibilizzare l'opinione pubblica al contributo che le persone anziane possono dare alla società. Si propone di incoraggiare e sollecitare i responsabili politici e le parti interessate a intraprendere, a ogni livello, azioni volte a migliorare le possibilità di invecchiare restando attivi e a potenziare la solidarietà tra le generazioni.

Invecchiamento attivo significa invecchiare in buona salute, partecipare appieno alla vita della collettività e sentirsi più realizzati nel lavoro, in poche parole vuol dire essere più autonomi nel quotidiano e più impegnati nella società. Qualsiasi sia la nostra età, possiamo svolgere un ruolo attivo nella società e beneficiare di una migliore qualità di vita. L'obiettivo è quello di trarre il massimo vantaggio dalle enormi potenzialità di cui continuiamo a disporre anche se siamo avanti con gli anni. Per questo, l'Anno europeo 2012 promuove l'invecchiamento attivo in tre settori:

Occupazione – con il crescere dell'aspettativa di vita in tutta Europa, cresce anche l'età pensionabile. Purtroppo sono in molti a temere di non riuscire a conservare la loro attuale occupazione o a trovare un nuovo impiego fino al momento di aver maturato una pensione dignitosa. È pertanto nostro dovere offrire ai lavoratori anziani migliori opportunità nel mercato del lavoro.

Partecipazione alla vita sociale – andare in pensione non vuol dire diventare inattivi. Spesso non si tiene conto del prezioso contributo dato dalle persone della terza età, che prestano assistenza a chi ne ha bisogno, occupandosi dei familiari (genitori, consorte e nipoti) o facendo opera di volontariato. L'Anno europeo intende dare risalto alla ricchezza sociale rappresentata dalle persone anziane, a cui si rivolgono le iniziative del 2012 concepite per offrire loro condizioni di vita più gratificanti.

Autonomia – che la nostra salute peggiori con l'avanzare dell'età è un fatto. Disponiamo però di molte risorse per rallentare questo fenomeno naturale, e possiamo garantire un ambiente più sereno alle persone che soffrono di problemi di salute o di disabilità. Invecchiare attivamente vuol dire anche darci la possibilità di conservare il controllo della nostra vita il più a lungo possibile.

PARTE PRIMA

di Tonino Aceti

Capitolo 1

Il trend demografico

Il trend demografico di una Nazione è un importante elemento per analizzarne e valutarne le politiche economiche, sanitarie e sociali messe in atto. In particolare, i dati demografici sono particolarmente utili per un'analisi, come quella proposta con il presente Rapporto, che si pone l'obiettivo di individuare le criticità dell'assistenza sanitaria e sociale erogata alla fascia di popolazione anziana affetta da patologie croniche e rare, nonché di analizzare dal punto di vista civico la capacità di risposta delle politiche economiche, sanitarie e sociali di Stato, Regioni e Comuni al bisogno di salute della popolazione.

La **popolazione residente in Italia** si attesta nel **2011** a quota **59.464.644**, di cui **3.769.518** sono stranieri. Rispetto al 1991 assistiamo ad un aumento di circa 3 milioni di persone (tab. 2)

Tabella 2 - Popolazione residente per sesso, cittadinanza e ripartizione geografica - Censimenti del 1991, 2001, 2011 (a) (valori assoluti)

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Sesso		Totale	Di cui stranieri
	Maschi	Femmine		
ANNO 1991				
Nord-ovest	7.214.531	7.736.328	14.950.859	113.897
Nord-est	5.031.019	5.364.226	10.395.245	71.366
Centro	5.271.669	5.622.774	10.894.443	102.353
Sud	6.807.706	7.115.144	13.922.850	38.113
Isole	3.233.038	3.381.596	6.614.634	30.430
Italia	27.557.963	29.220.068	56.778.031	356.159
ANNO 2001				
Nord-ovest	7.206.935	7.731.627	14.938.562	468.546
Nord-est	5.167.335	5.484.842	10.652.177	357.468
Centro	5.236.242	5.653.027	10.889.269	332.710
Sud	6.775.690	7.139.175	13.914.865	116.011
Isole	3.200.780	3.400.091	6.600.871	60.154
Italia	27.586.982	29.408.762	56.995.744	1.334.889
ANNO 2011				
Nord-ovest	7.633.173	8.158.162	15.791.335	1.356.937
Nord-est	5.562.965	5.907.808	11.470.773	1.066.393
Centro	5.562.900	6.040.732	11.603.632	866.662
Sud	6.772.789	7.184.423	13.957.212	338.871
Isole	3.219.115	3.422.577	6.641.692	140.655
Italia	28.750.942	30.713.702	59.464.644	3.769.518

Fonte: Istat, Censimenti della popolazione
(a) Primi risultati del Censimento 2011.

Fonte: Rapporto Annuale 2012 Istat

La **fascia di popolazione anziana** (65 anni ed oltre) rappresenta al 31 dicembre 2010 il **20,3% del totale**, contro il 65,7% della fascia 15 - 64 anni e il 14% della fascia 0-14 anni (tab. 3).

Mentre la percentuale di popolazione compresa tra i 0 e 64 anni è in costante diminuzione dal 1989 al 2010, al contrario **la percentuale di popolazione anziana** negli stessi anni è in **aumento**, passando dal 14,7% al **20,3%**.

L'indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e quella con meno di 15 anni) che è la misura del grado di invecchiamento della popolazione continua ad aumentare negli anni, passando da un valore di 87,6 del 1989 a **144,5 del 2010**. Il SUD pur avendo un

indice di vecchiaia minore rispetto alle altre zone d'Italia, mantiene, diversamente da queste, un andamento crescente.

Tabella 3 - Indicatori di struttura di popolazione

ANNI RIPARTIZIONI	Distribuzione percentuale				Indici		
	0-14	15-64	65 anni e oltre	Di cui 80 anni e oltre	Vecchiaia (a)	Dipendenza (b)	Dipendenza anziani (c)
31/12/1989	16,8	68,5	14,7	3,1	87,6	46,0	21,5
31/12/1999	14,4	67,6	18,0	3,9	124,5	47,9	26,6
31/12/2000	14,4	67,4	18,2	4,1	127,1	48,4	27,1
31/12/2001	14,2	67,1	18,7	4,4	131,4	49,1	27,9
31/12/2002	14,2	66,8	19,0	4,6	133,8	49,8	28,5
31/12/2003	14,2	66,6	19,2	4,8	135,9	50,1	28,9
31/12/2004	14,1	66,4	19,5	5,0	137,8	50,6	29,3
31/12/2005	14,1	66,2	19,7	5,1	139,9	51,1	29,8
31/12/2006	14,1	66,0	19,9	5,3	141,7	51,6	30,2
31/12/2007	14,0	65,9	20,0	5,5	142,8	51,7	30,4
31/12/2008	14,0	65,8	20,1	5,6	143,4	51,9	30,6
31/12/2009	14,1	65,7	20,2	5,8	144,0	52,2	30,8
AL 31 DICEMBRE 2010 - PER RIPARTIZIONE GEOGRAFICA (stima)							
Nord-ovest	13,6	64,9	21,5	6,2	159,2	54,1	33,1
Nord-est	13,9	65,1	21,1	6,4	152,6	53,6	32,3
Centro	13,4	65,1	21,5	6,5	160,4	53,6	33,0
Sud	15,1	67,0	18,0	5,2	119,3	49,3	26,8
Isole	14,4	66,8	18,8	5,4	130,0	49,7	28,0
Italia	14,0	65,7	20,3	6,0	144,5	52,3	30,9

(a) Popolazione di 65 anni e oltre/popolazione di età 0-14, per cento.
(b) Popolazione di età 0-14 e 65 anni e oltre/ popolazione di età 15-64, per cento.
(c) Popolazione di 65 anni e oltre/popolazione di età 15-64, per cento.

Fonte: Annuario Statistico 2011 Istat

Guardando ai Paesi EU 27 con riferimento all'anno 2009, notiamo come l'Italia sia la seconda nazione europea per indice di vecchiaia pari a 144,0, seconda solo alla Germania con indice pari a 150,2. Seguono Grecia e Bulgaria rispettivamente con indici pari a 131,9 e 129,2 (tab. 4). I dati dell'Italia sull'invecchiamento della popolazione, anche con riferimento al confronto europeo, attribuiscono oggi e sempre più per il futuro un ruolo decisivo alle politiche sociali e sanitarie, visto anche le crescenti difficoltà dei familiari nel continuare ad erogare il proprio supporto assistenziale. In realtà, come vedremo in seguito, tali politiche non hanno avuto la rilevanza adeguata, troppo spesso lasciate al palo da politiche economiche, caratterizzate da un approccio economicistico basato prevalentemente su ripetuti tagli lineari alle risorse; basti pensare al taglio progressivo e in seguito all'azzeramento del fondo per la non autosufficienza. In tal senso è significativo notare come l'Italia pur essendo il secondo paese EU 27 per indice di vecchiaia, pur avendo un valore di spesa per la protezione sociale in % al PIL in linea con i paesi EU 27, spenda molto meno (in % al PIL) per sanità e invalidità rispetto agli stessi Paesi europei.

Tabella 4 - Principali indicatori demografici dei paesi europei 2009

PAESI	Quoziente di natalità (per 1.000 abitanti)	Quoziente di mortalità (per 1.000 abitanti)	Tasso di crescita naturale (per 1.000 abitanti)	Tasso di migratorietà (a) (per 1.000 abitanti)	Tasso di crescita totale (per 1.000 abitanti)	Quoziente di mortalità infantile (per 1.000 nati vivi)	Indice di vecchiaia (al 31 dicembre)
Italia	9,5	9,8	-0,4	5,3	4,9	3,9	144,0
Austria	9,1	9,3	-0,1	2,5	2,4	3,8	118,6
Belgio	11,8	9,7	2,1	5,9	8,0	3,4	101,5
Danimarca	11,4	9,9	1,4	1,8	3,3	3,1	90,2
Finlandia	11,3	9,3	2,0	2,7	4,7	2,6	102,5
Francia	12,8 (b)	8,5 (b)	4,3 (b)	1,1 (b)	5,4 (b)	3,9	89,7
Germania	8,1	10,4	-2,3	-0,1	-2,4	3,5	150,2 (c)
Grecia	10,5	9,6	0,9	3,1	4,0	3,1	131,9
Irlanda	16,6 (b)	6,4 (b)	10,2 (b)	-6,2 (b)	4,0 (b)	3,2 (b)	53,0
Lussemburgo	11,3	7,3	4,0	13,2	17,2	2,5	78,6
Paesi Bassi	11,2	8,1	3,1	2,3	5,4	3,8	87,1
Portogallo	9,4 (b)	9,8 (b)	-0,5 (b)	1,4 (b)	1,0 (b)	3,6	117,6
Regno Unito	12,8 (b)	9,1 (b)	3,7 (b)	3,3 (b)	7,0 (b)	4,7	94,2
Spagna	10,8	8,4	2,4	1,1	3,5	3,3	112,7
Svezia	12,0	9,7	2,3	6,7	9,1	2,5	109,1
Ue15	10,3 (b)	9,3 (b)	1,0 (b)	1,9 (b)	2,9 (b)	3,6	119,0
Bulgaria	10,7	14,2	-3,6	-2,1	-5,6	9,0	129,2
Cipro	12,0 (b)	6,5 (b)	5,5 (b)	2,3 (b)	7,8 (b)	3,3	77,3
Estonia	11,8	12,0	-0,2	0,0	-0,2	3,6	112,8
Lettonia	9,6	13,3	-3,6	-2,1	-5,7	7,8	126,2
Lituania	11,0	12,6	-1,6	-4,6	-6,2	4,9	107,0
Malta	10,0 (b)	7,8 (b)	2,2 (b)	-0,4 (b)	1,8 (b)	5,3	94,6
Polonia	10,9	10,1	0,9	0,0	0,8	5,6	89,3
Repubblica Ceca	11,3	10,2	1,0	2,7	3,7	2,9	107,0
Romania	10,4	12,0	-1,6	-0,1	-1,7	10,1	98,6
Slovacchia	11,3	9,8	1,5	0,8	2,3	5,7	80,0
Slovenia	10,7	9,2	1,5	5,6	7,2	2,4	117,7
Ungheria	9,6	13,0	-3,4	1,7	-1,7	5,1	112,6
Ue27	10,9	9,7 (b)	1,0 (b)	1,8 (b)	2,8 (b)	4,3	111,3

Fonte: Anuario Statistico 2011 Istat

Capitolo 2

L'incidenza delle patologie croniche nell'anziano

Per patologia cronica (tab. 5) ci si riferisce ad una patologia che è permanente e che quindi non ha risoluzione, che necessita di trattamenti continui, che tende a sviluppare un tasso di disabilità variabile. Nelle cronicità l'obiettivo è il miglioramento della qualità di vita, attraverso la prevenzione dell'insorgenza delle complicanze correlate e/o la loro corretta gestione. A tal fine, controllo e gestione della patologia, nonché aderenza al trattamento sono 3 aspetti essenziali. Va inoltre segnalato come l'empowerment del malato cronico risulti essenziale per un controllo efficace della patologia: la persona se formata ed informata potrà più facilmente raggiungere una migliore qualità della vita.

Tabella 5 - Caratteristiche delle malattie acute e croniche

Malattie acute	Malattie croniche
■ Insorgenza improvvisa	■ Insorgenza graduale nel tempo
■ Episodiche	■ Continue
■ Eziopatogenesi specifica e ben identificabile	■ Eziopatogenesi multipla e non sempre identificabile
■ Cura specifica a intento risolutivo	■ Cura continua, raramente risolutiva
■ Spesso disponibile una specifica terapia o trattamento	■ Terapia causale spesso non disponibile
■ La cura comporta il ripristino dello stato di salute	■ La <i>restitutio ad integrum</i> è impossibile e si persegue come obiettivo il miglioramento della qualità di vita
■ Assistenza sanitaria di breve durata	■ Assistenza sanitaria a lungo termine (presa in carico del malato)

Fonte: Ministero della Salute, *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009 - 2010*

Molto spesso il malato cronico è contemporaneamente affetto da altre patologie che incidono non poco sullo stato di salute e sulla qualità di vita dell'individuo (tab. 6).

Tabella 6 - Definizioni di comorbidità e multimorbidità

Comorbidità	Multimorbidità
Presenza di ogni altra patologia distinta preesistente o coesistente rispetto alla malattia "indice", ovvero alla malattia che determina un peggioramento dello stato di salute in un individuo, e/o l'evento acuto o la malattia che ne condiziona maggiormente la prognosi	L'intercorrenza di due o più malattie o condizioni mediche nello stesso individuo
La definizione della malattia indice è a sua volta fortemente influenzata dal punto di vista dell'operatore sanitario che si trova a gestire tale patologia	

Fonte: Ministero della Salute, *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009 - 2010*

Proprio in tal senso la gestione del malato cronico è caratterizzata da alcuni elementi essenziali senza i quali è davvero difficile, se non impossibile, raggiungere il risultato sperato in termini di salute (tab. 7). In particolare **la persona deve essere valutata nella sua globalità**, quindi in modo **multidimensionale**, l'approccio terapeutico deve essere **multidisciplinare**, cioè coinvolgendo diverse professionalità, **il sistema degli interventi e dei percorsi deve essere integrato**. In tal senso va evidenziata l'importanza dell'integrazione tra gli specialisti e il MMG, nonché tra i servizi ospedalieri e quelli territoriali. L'integrazione va implementata anche tra gli interventi sociali e quelli sanitari. Lo strumento principale per garantire integrazione, tempestività della diagnosi e degli interventi, appropriatezza delle prestazioni, accesso tempestivo ed appropriato alle prestazioni, è oggi rappresentato dal **Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per patologia**, purtroppo ancora una realtà solo in alcuni territori e per specifiche patologie.

Tabella 7 - La gestione del malato complesso

Garantendo un'assistenza
<ul style="list-style-type: none"> ■ multidimensionale (valutazione dell'individuo malato nella sua globalità) ■ multidisciplinare (coinvolgimento di diverse professionalità) ■ multilivello (rete di servizi integrata) ■ continuativa (continuità assistenziale/presa in carico)
sarà possibile
<ul style="list-style-type: none"> ■ migliorare la qualità di vita ■ prevenire la disabilità e la non autosufficienza ■ contenere e razionalizzare la spesa sanitaria

Fonte: Ministero della Salute, *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009 - 2010*

In Italia, nel **2011**, la **popolazione che ha dichiarato di essere affetta da una patologia cronica** è stata pari al **38,4%**, il 20,0% invece da due patologie croniche. La fascia di popolazione che presenta una maggiore incidenza di patologie croniche è quella dai 65 anni e più: 76,4% (65-74 anni) e 86,2% (75 e più anni). **I cronici in buona salute** si attestano al **42,2%**. Lo stato di buona salute dei cronici diminuisce vistosamente all'aumentare dell'età: si passa dall'82,8% della fascia 18-19 anni al 30,7% della fascia 65-74 anni.

Le malattie o condizioni croniche più diffuse sono: **l'artrosi/artrite (17,1%)**, **l'ipertensione (15,9%)**, **le malattie allergiche (10,3%)**, **l'osteoporosi (7,2%)**, **bronchite cronica e asma bronchiale (6,1%)**, **diabete (4,9%)**.

Ad eccezione delle malattie allergiche, tutte le altre malattie croniche riferite aumentano con l'età, con particolare riguardo alla fascia 65 anni e più (tab. 8).

Tabella 8 - Popolazione residente per condizione di salute, malattia cronica dichiarata, consumo di farmaci negli ultimi due giorni precedenti l'intervista, classe di età - Anno 2011 (per 100 persone della stessa classe di età, sesso e zona)

ANNI CLASSI DI ETÀ	Stato di buona salute (a) (c)	Con una malattia cronica o più	Con due malattie croniche o più	Cronici in buona salute (b) (c)	Diabete	Iper- tensione	Bronchite cronica, asma bronchiale	Artrosi, artrite	Osteo- porosi del cuore	Malattie del cuore	Malattie aller- giche	Disturbi nervosi	Ulcera gastrica e duo- denale	Consumo di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista
TOTALE														
0-14	95,7	9,6	1,7	82,1	0,2	-	2,3	0,2	-	0,4	8,0	0,4	-	14,5
15-17	93,6	15,8	3,1	79,4	0,2	-	2,8	0,4	0,1	0,2	14,5	1,1	0,2	15,0
18-19	91,2	16,1	2,9	82,8	-	-	2,3	0,1	-	-	13,5	2,4	0,3	19,0
20-24	92,5	16,6	2,9	80,7	0,6	0,3	2,8	0,5	0,2	0,2	12,8	2,0	0,8	18,9
25-34	88,7	17,6	3,9	72,0	0,4	0,9	3,0	1,7	0,2	0,2	12,3	1,9	0,8	20,9
35-44	82,1	23,0	6,2	60,8	0,8	4,0	3,1	4,3	0,5	0,6	11,4	2,8	1,9	26,5
45-54	71,8	38,9	15,5	49,9	2,8	13,4	4,2	14,1	3,3	1,6	11,7	4,2	2,7	37,0
55-59	61,4	54,8	27,2	44,0	5,6	24,7	5,6	24,8	7,8	3,5	10,3	5,0	4,6	48,2
60-64	52,6	65,0	35,8	40,7	9,2	32,8	8,0	32,8	13,2	4,4	8,5	5,9	4,3	57,7
65-74	39,4	76,4	50,1	30,7	13,7	43,3	10,9	44,7	19,8	9,8	7,8	7,5	5,7	73,4
75 e più	22,7	86,2	67,8	17,8	19,5	52,4	21,0	60,8	33,5	16,9	8,1	10,7	6,4	86,2
Totale	71,1	38,4	20,0	42,2	4,9	15,9	6,1	17,1	7,2	3,6	10,3	4,0	2,6	38,7

Fonte: CnAMC – Cittadinanzattiva su Annuario Statistico 2011 Istat

Le Regioni caratterizzate da una maggiore incidenza di patologie croniche sono (tab. 9): **Liguria (42,5%), Sardegna (42,3%), Friuli Venezia Giulia (42%), Umbria (41,3%), Emilia Romagna (41%), Toscana (40,6%), Calabria (40,3%),** seguono, **Abruzzo (39,9%), Lombardia (39,5%), Molise (39,4%), Veneto (39,2%).**

In generale le Regioni del Nord hanno una maggiore incidenza 39,4%, contro il 38,9% del Centro e il 36,7% del Mezzogiorno. Nonostante ciò, quest'ultimo è la zona d'Italia dove c'è la minore presenza di cronici in buona salute 36,5%, al contrario si colloca il Nord con il 46,4%, segue il Centro con il 41,6%.

Le Regioni con maggiore incidenza di diabete sono la Basilicata (7,8%) e la Calabria (7,6%), rispetto all'ipertensione la Calabria (19,2%) e la Liguria (19,9%), per la **bronchite cronica e asma bronchiale** l'Umbria (7,2%), il Lazio (7,0%) e la Sardegna (7,0%), per **Artrosi e Artrite** l'Umbria (21,4%), la Basilicata (21,1%), la Calabria (21,9%), la Sardegna (21,1%), relativamente all'**osteoporosi** Liguria (9,1%), Umbria (9,6%), Abruzzo (9,0%), Calabria (8,9%) e Sardegna (10,8%).

Tabella 9 - Popolazione residente per condizione di salute, malattia cronica dichiarata, consumo di farmaci negli ultimi due giorni precedenti l'intervista, per regione - Anno 2011 (per 100 persone della stessa classe di età, sesso e zona)

REGIONI	Stato di buona salute (a) (c)	Con una malattia cronica o più	Con due malattie croniche o più	Cronici in buona salute (b) (c)	Diabete	Iper-tensione	Bronchite cronica, asma bronchiale	Artrosi, Osteo-artrite	Osteo-porosi	Malattie del cuore	Malattie aller-giche	Disturbi nervosi	Ulcera gastrica e duo-denale	Consumo di farmaci nei due giorni precedenti l'intervista
PER REGIONE														
Piemonte	70,8	37,5	18,6	41,8	4,9	15,7	5,4	14,8	6,2	3,6	9,7	4,1	2,6	39,1
Valle d'Aosta/ Vallée d'Aoste	73,7	36,8	16,7	50,8	3,2	14,5	4,2	16,1	6,5	3,4	8,8	4,5	2,2	38,2
Liguria	70,3	42,5	21,6	43,4	4,2	19,9	6,0	19,8	9,1	3,5	8,8	4,6	2,3	41,9
Lombardia	72,9	39,5	18,3	47,9	3,6	14,9	5,8	15,1	6,2	3,3	11,9	3,2	2,5	41,0
Trentino-Alto Adige/Südtirol	80,1	33,5	13,8	56,7	3,1	12,2	3,6	12,1	3,5	3,5	9,8	3,5	2,1	36,3
Bolzano-Bozen	83,5	31,5	11,8	60,6	2,6	11,5	2,9	10,0	2,4	3,3	9,5	3,6	1,6	33,7
Trento	76,8	35,4	15,7	53,4	3,5	12,8	4,3	14,2	4,6	3,8	10,0	3,4	2,6	38,8
Veneto	70,9	39,2	18,1	45,7	3,4	14,9	5,8	16,0	5,5	2,9	11,3	3,7	2,5	42,6
Friuli-Venezia Giulia	72,7	42,0	19,6	51,0	4,6	17,0	6,5	16,6	5,6	4,6	10,5	3,7	2,2	43,8
Emilia-Romagna	70,4	41,0	22,0	46,1	4,4	16,8	6,1	19,4	6,7	4,4	9,9	4,0	3,8	43,7
Toscana	71,7	40,6	21,5	44,1	5,5	16,5	6,5	18,0	7,7	4,2	10,4	4,5	2,1	42,3
Umbria	69,4	41,3	23,2	42,1	4,7	17,1	7,2	21,4	9,6	3,8	11,3	6,4	3,3	42,6
Marche	69,5	38,4	19,3	42,0	3,8	14,9	5,3	17,9	7,9	3,3	8,7	4,4	2,6	38,8
Lazio	69,9	37,6	20,7	39,8	5,2	16,6	7,0	17,9	8,0	3,8	9,8	4,2	2,8	39,5
Abruzzo	72,0	39,9	22,6	45,8	6,2	17,6	6,6	18,9	9,0	2,9	13,5	3,4	2,2	37,8
Molise	71,8	39,4	21,6	42,6	6,9	16,8	6,1	18,5	8,8	4,5	10,9	4,3	3,0	39,5
Campania	72,0	34,6	19,3	36,5	5,6	14,3	6,6	16,7	7,1	3,4	9,3	4,5	2,1	30,9
Puglia	70,4	36,0	18,9	35,2	6,4	15,9	5,4	16,2	8,0	3,5	9,5	3,5	1,8	33,4
Basilicata	68,6	38,7	23,0	34,3	7,8	16,9	6,8	21,1	8,8	4,2	9,2	4,0	3,9	38,8
Calabria	62,5	40,3	24,5	28,2	7,6	19,2	6,5	21,9	8,9	3,8	9,9	5,6	3,7	37,8
Sicilia	71,5	35,1	20,9	35,9	5,7	16,6	6,1	17,3	7,8	3,2	9,3	4,4	3,0	33,3
Sardegna	69,2	42,3	23,3	43,0	4,0	14,5	7,0	21,1	10,8	4,5	12,8	4,0	3,4	40,9
Nord	71,9	39,4	19,0	46,4	4,0	15,6	5,7	16,1	6,2	3,5	10,8	3,7	2,7	41,4
Centro	70,4	38,9	21,0	41,6	5,1	16,4	6,7	18,2	8,0	3,8	10,0	4,5	2,6	40,5
Mezzogiorno	70,3	36,7	20,8	36,5	6,0	16,0	6,3	17,9	8,1	3,5	10,0	4,3	2,6	34,2
ITALIA	71,1	38,4	20,0	42,2	4,9	15,9	6,1	17,1	7,2	3,6	10,3	4,0	2,6	38,7

Fonte: Annuario Statistico 2011 Istat

L'elevata incidenza di patologie croniche nella popolazione anziana, come rilevato dai dati sopra riportati, ci porta ad affermare che **l'implementazione di appropriate politiche sanitarie e sociali a favore dei malati cronici**, basate su una forte programmazione e integrazione degli interventi, anziché solo sui ripetuti e ormai insostenibili tagli alle risorse, rappresentano lo **strumento principale per garantire un invecchiamento attivo della popolazione** e quindi: salute, mantenimento dell'autonomia, produttività della persona e maggiore sostenibilità del sistema.

- **Le patologie rare**

Si definiscono malattie rare le patologie che colpiscono un numero limitato di persone sull'intera popolazione. Secondo quanto stabilito dal "Programma d'azione comunitario sulle malattie rare 1999-2003" si definiscono tali tutte le malattie che hanno una prevalenza inferiore a 5 casi ogni 10.000 abitanti nell'insieme della popolazione comunitaria.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità le malattie rare sono circa 6.000; l'80% ha origine genetica.

In Italia hanno ottenuto un formale riconoscimento normativo 47 gruppi di patologie, per un totale di 284 malattie.

Eurordis sottolinea che sul totale della popolazione europea di 459 milioni di persone in Europa potrebbero essere potenzialmente affetti 230.000 individui per ogni patologia rara. Secondo una stima accettata, nei 25 paesi dell'Unione Europea circa 30 milioni di persone

soffrono di una malattia rara, vale a dire la somma della popolazione di Olanda, Belgio e Lussemburgo.

Tali malattie sono fenomeni molto complessi, non solo per la numerosità e la diversità di forme morbose, ma anche per la grande variabilità di sintomi e segni; non è infrequente trovarsi di fronte a manifestazioni diverse per una stessa patologia, a seconda dell'individuo che ne è affetto.

A fronte di differenze e peculiarità di ciascuna patologia rara, le stesse presentano diversi punti in comune:

- croniche;
- spesso degenerative;
- disabilitanti;
- condizionanti in termini psicologici e sociali;
- da trattare tutta la vita.

Capitolo 3 Speranza di vita, fattori di rischio, cause di morte

La **speranza di vita alla nascita è aumentata** in circa 20 anni di 5,4 anni per gli uomini, attestandosi nel 2011 a 79,4 anni, nonché di 3,9 anni per le donne, nel 2011 pari a 84,5 anni. Allo stesso modo anche la **speranza di vita a 65 anni è progressivamente aumentata**, con valori nel 2011 pari a 18,4 anni per gli uomini e 21,9 anni per le donne (tab. 10).

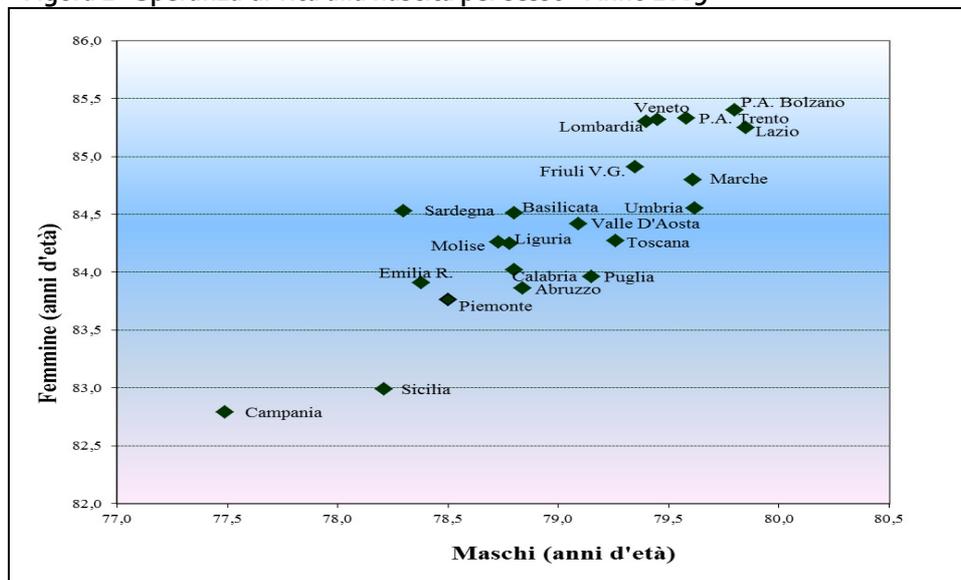
Tabella 10 - Speranza di vita alla nascita (e₀) e a 65 anni (e₆₅) in Italia, per sesso e ripartizione geografica - Anni 1992, 2002, 2011 (valori in anni)

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Maschi			Femmine		
	1992	2002	2011 (a)	1992	2002	2011 (a)
	e ₀					
Nord-ovest	73,3	76,9	79,6	80,7	83,0	84,6
Nord-est	73,9	77,4	79,8	81,2	83,7	84,9
Centro	74,8	77,6	79,6	81,0	83,2	84,8
Mezzogiomo	74,2	76,9	78,8	79,9	82,3	83,9
Italia	74,0	77,1	79,4	80,6	83,0	84,5
	e ₆₅					
Nord-ovest	14,9	16,7	18,4	19,3	20,9	22,0
Nord-est	15,5	17,0	18,6	19,8	21,5	22,3
Centro	15,7	17,1	18,6	19,4	21,0	22,2
Mezzogiomo	15,5	16,8	18,1	18,5	20,3	21,4
Italia	15,4	16,9	18,4	19,2	20,8	21,9

Fonte: Rapporto Annuale 2012 Istat

Come è possibile notare dalla figura 1 persistono notevoli differenze regionali in termini di speranza di vita alla nascita. Con riferimento al 2009 vi sono Regioni da questo punto di vista maggiormente virtuose, come ad esempio le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Lazio, il Veneto, la Lombardia, il Friuli Venezia Giulia, le Marche e l'Umbria; al contrario emergono livelli non soddisfacenti in particolare per Campania e Sicilia.

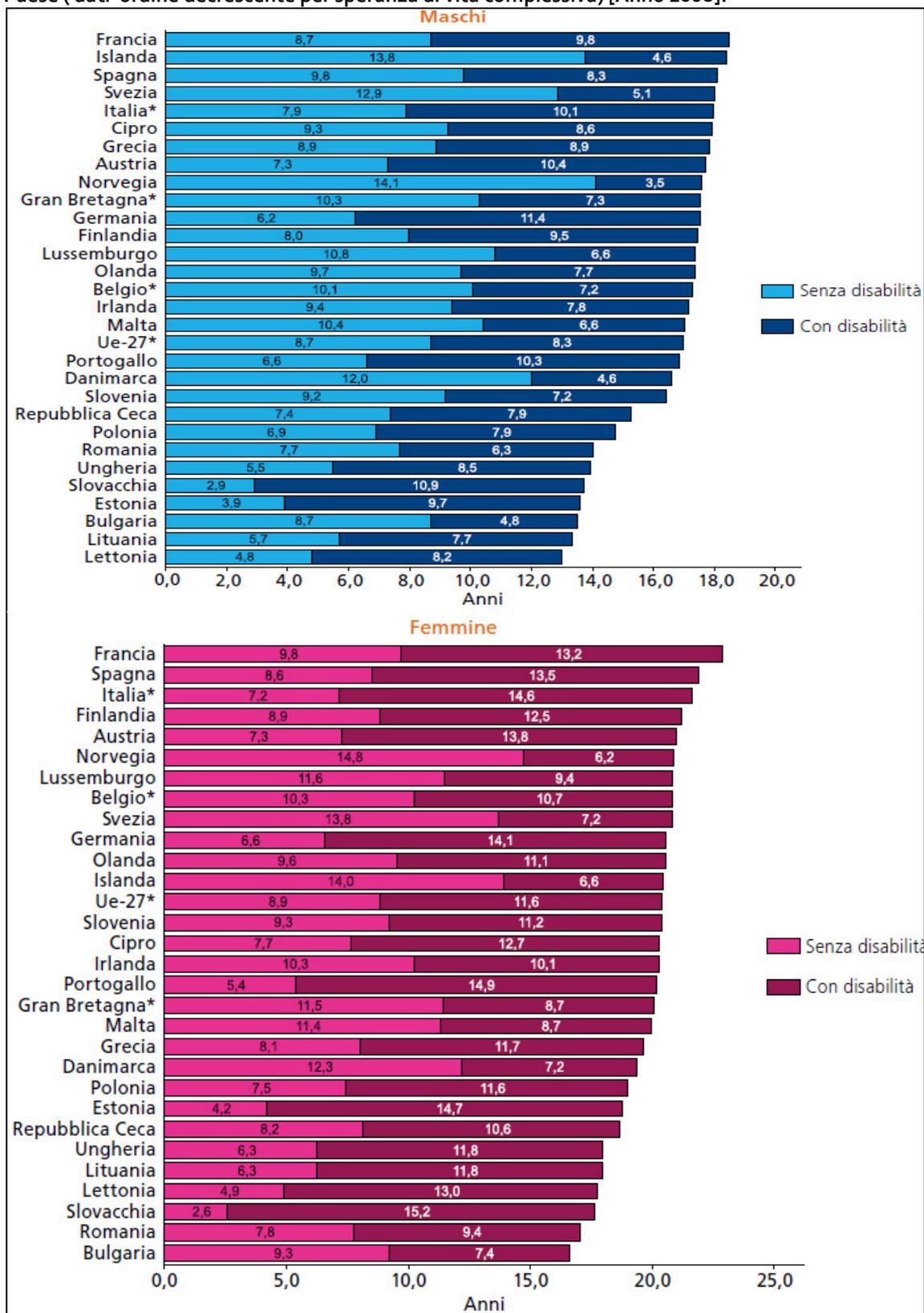
Figura 1 - Speranza di vita alla nascita per sesso – Anno 2009



Fonte: Ministero salute, 2011 - Rapporto nazionale monitoraggio LEA anni 2007 - 2009

Volendo effettuare un **confronto a livello internazionale** (figura 2), **l'Italia** si pone come **quinto paese per speranza di vita a 65 anni per gli uomini** (18 anni) e il **terzo paese per speranza di vita a 65 anni per le donne** (21,8 anni), al di sopra del valore dei Paesi UE 27. La speranza di vita si distingue però in anni liberi da disabilità e anni con disabilità. In tal senso lo stesso confronto internazionale non esalta allo stesso modo l'Italia. **Andando a verificare la speranza di vita in anni liberi da disabilità l'Italia si attesta ad un valore pari a 7,9 anni per gli uomini e 7,2 anni per le donne, ben al di sotto dei valori dei Paesi UE 27 pari rispettivamente a 8,7 anni e 8,9 anni.**

Figura 2 - Speranza di vita a 65 anni suddivisa in anni liberi da disabilità e con disabilità per sesso e Paese (dati ordine decrescente per speranza di vita complessiva) [Anno 2008].



Fonte: Ministero della Salute, Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009 – 2010 - *I dati si riferiscono al 2007.

I dati appena esposti confermano come gli sforzi in termini di politiche socio sanitarie dei singoli Paesi, e in particolare dell'Italia, debbano essere volti ad aumentare la speranza di vita in anni liberi da disabilità e non soltanto la speranza di vita. Ciò è importante non solo

per la qualità della vita dei singoli cittadini ma anche per la sostenibilità economica di ciascun Sistema di protezione sociale. **In tal senso un ruolo fondamentale è giocato dal grado di accesso garantito da ciascun Paese alle terapie più innovative.**

Allo stesso modo, è necessario scoraggiare **comportamenti a rischio** come **fumo e obesità** che concorrono in modo importante all'insorgenza di patologie croniche e/o allo sviluppo delle relative complicanze.

Dal 2003 al 2011 diminuisce di poco la percentuale di fumatori nel nostro paese, mentre aumenta molto la percentuale di persone obese e in sovrappeso.

Nel 2011 **la percentuale di fumatori** in Italia si attesta al **19,4%**, con valori di punta nella fascia di età 25-34 anni, e comunque valori importanti nella fascia dei 65-74 anni pari al 13,9%. Rispetto a **obesità e sovrappeso** la percentuale di persone che nel 2011 ha dichiarato di soffrirne è pari a **40,2%** con valori di punta nella fascia di età 65-74 anni pari al 62,2% (tab. 11).

Tabella 11 - Persone di 14 anni e oltre per tipo di comportamento a rischio, classe di età – Anni 1993, 2003 e 2011 (valori percentuali)

CLASSI DI ETÀ	Fumatori			Obesità e Sovrappeso (a)	
	1993	2003	2011	2003	2011
	MASCHI E FEMMINE				
14-17	5,3	8,1	8,8	14,5	16,2
18-24	25,3	27,4	25,4	13,5	18,2
25-34	33,3	30,7	30,6	25,1	29,5
35-44	34,6	31,2	27,5	37,6	39,7
45-54	31,6	30,3	27,6	51,4	49,8
55-64	23,2	23,2	23,3	58,2	59,9
65-74	15,0	12,6	13,9	60,8	62,2
75 e oltre	7,8	6,8	5,6	51,8	55,3
TOTALE	21,8	20,7	19,4	36,4	40,2

Fonte: CnAMC - Cittadinanzattiva su Rapporto Annuale 2012 Istat

In Italia i dati più aggiornati relativi al 2008 (tab. 12) ci dicono che la **maggior causa di morte** è rappresentata dalle **malattie del sistema circolatorio** con **225.588** decessi, con valori maggiori al Nord. In numeri assoluti le Regioni con i valori più elevati sono la Lombardia (31.275), il Lazio (20.508), la Campania (20.011), il Piemonte (19.291) e la Sicilia (19.856), seguono Emilia Romagna (18.187) e Toscana (16.520). **La seconda causa di morte è rappresentata dai tumori** con un numero di decessi pari a **172.783**, con valori maggiori al Nord. In numeri assoluti le Regioni con i valori più elevati sono Lombardia (30.294), Lazio (16.182), Piemonte (14.679), Veneto (14.035), Emilia Romagna (14.446), Campania (13.386), seguono Toscana (12.249) e Sicilia (12.061).

Tabella 12 - Morti per gruppo di cause e regione di decesso - Anno 2008 (valori assoluti)

REGIONI	Malattie infettive e parassitarie	Tumori	Disturbi psichici e malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	Malattie del sistema circolatorio	Malattie del sistema respiratorio	Malattie dell'apparato digerente	Altri stati morbosi	Sintomi, segni e stati morbosi mai definiti	Cause esterne dei traumatismi ed avvelenamenti	Totale
ANNO 2008										
DATI ASSOLUTI										
Piemonte	824	14.679	3.207	19.291	3.416	1.993	3.367	762	1.994	49.533
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	18	374	101	428	108	50	67	22	71	1.239
Liguria	312	6.184	1.586	8.167	1.414	864	1.643	602	758	21.530
Lombardia	1.641	30.294	5.779	31.275	5.864	3.557	5.424	949	3.452	88.235
Trentino-Alto Adige/Südtirol	137	2.625	464	3.433	581	336	461	102	443	8.582
Bozano-Bozen	51	1.168	273	1.532	270	133	194	26	246	3.893
Trento	86	1.457	191	1.901	311	203	267	76	197	4.689
Veneto	601	14.035	3.221	16.806	2.729	1.850	3.059	490	1.875	44.666
Friuli-Venezia Giulia	213	4.545	881	5.346	1.037	670	937	166	569	14.364
Emilia-Romagna	880	14.446	3.356	18.187	3.282	1.934	3.259	547	2.078	47.969
Toscana	629	12.249	2.734	16.520	2.894	1.591	3.246	766	1.706	42.335
Umbria	139	2.905	612	4.154	675	362	756	178	425	10.206
Marche	218	4.703	1.123	6.628	1.064	590	1.134	117	641	16.218
Lazio	592	16.182	2.673	20.508	3.045	2.088	4.093	610	2.372	52.163
Abruzzo	166	3.426	1.025	5.564	938	589	1.124	150	660	13.642
Molise	30	889	169	1.580	203	158	290	57	148	3.524
Campania	602	13.386	1.921	20.011	2.981	2.209	4.493	1.048	1.677	48.328
Puglia	510	9.821	2.011	12.740	2.360	1.433	3.146	449	1.616	34.086
Basilicata	66	1.423	293	2.324	371	236	462	88	234	5.497
Calabria	190	4.187	834	7.825	1.137	709	1.549	471	861	17.763
Sicilia	416	12.061	2.430	19.856	2.758	1.707	4.618	1.561	1.931	47.338
Sardegna	209	4.369	997	4.945	914	652	1.064	288	814	14.252
Nord	4.626	87.182	18.595	102.933	18.431	11.254	18.217	3.640	11.240	276.118
Centro	1.578	36.039	7.142	47.810	7.678	4.631	9.229	1.671	5.144	120.922
Mezzogiorno	2.189	49.562	9.680	74.845	11.662	7.693	16.746	4.112	7.941	184.430
ITALIA	8.393	172.783	35.417	225.588	37.771	23.578	44.192	9.423	24.325	581.470

Fonte: CnAMC – Cittadinanzattiva su Annuario Statistico 2011 Istat

Il maggior numero di decessi per malattie dell'apparato circolatorio e per tumori si hanno nelle fasce di età dai 60 anni e più (tab. 13).

Tabella 13 - Morti per classe di età e gruppo di cause - Anno 2008

CAUSE DI MORTE	Classi di età										Totale
	Meno di 1	1-14	15-29	30-44	45-59	60-69	70-79	80-89	90 e oltre	n.i.	
ANNO 2008											
TOTALE											
Malattie infettive e parassitarie	25	21	59	543	1.063	963	2.164	2.753	802	-	8.393
Tumori	15	260	604	3.474	18.097	33.019	55.065	51.723	10.526	-	172.783
Disturbi psichici e malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	41	74	183	486	1.076	2.035	6.985	16.471	8.064	2	35.417
Malattie del sistema circolatorio	54	61	255	1.706	7.479	14.426	43.852	99.764	57.986	5	225.588
Malattie del sistema respiratorio	37	32	66	238	816	2.158	7.971	17.240	9.213	-	37.771
Malattie dell'apparato digerente	33	19	41	533	2.169	3.036	6.319	8.362	3.065	1	23.578
Altri stati morbosi	1.702	196	202	535	1.959	3.911	10.021	17.647	8.018	1	44.192
Sintomi, segni e stati morbosi mai definiti	64	22	195	471	524	446	830	2.597	4.268	6	9.423
Cause esterne dei traumatismi e avvelenamenti	26	214	2.365	3.208	2.784	1.957	3.536	6.557	3.666	12	24.325
Totale	1.997	899	3.970	11.194	35.967	61.951	136.743	223.114	105.608	27	581.470

Fonte: CnAMC - Cittadinanzattiva su Annuario Statistico 2011 Istat

Capitolo 4

La condizione sociale dell'anziano

La fascia di popolazione anziana si caratterizza, oltre che per una maggiore incidenza di patologie croniche, anche per una maggiore incidenza di fenomeni di **povertà relativa** con valori pari al **12,2%** nel 2010 (tab. 14). Il Mezzogiorno presenta un tasso doppio rispetto a quello nazionale.

Tabella 14 - Incidenza di povertà relativa per età della persona di riferimento. Anni 2009-2010 (valori percentuali)

Età	Nord		Centro		Mezzogiorno		Italia	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010	2009	2010
fino a 34 anni	4,8	3,8	7,6	*	18,9	22,8	9,9	10,2
da 35 a 44 anni	5,6	5,7	7,8	6,3	26,9	25,0	12,5	11,7
da 45 a 54 anni	3,7	3,8	4,1	7,0	22,0	23,1	9,6	10,6
da 55 a 64 anni	3,5	3,2	4,1	4,9	16,9	18,7	7,9	8,7
65 anni e oltre	6,1	6,3	6,8	6,7	25,1	24,4	12,4	12,2

Fonte: Auser - Il Rapporto sulle condizioni sociali degli anziani in Italia

Allo stesso modo, andando ad analizzare i dati relativi alla **povertà assoluta**, la fascia di popolazione anziana è sempre quella maggiormente colpita dal fenomeno, con valori pari al **5,4%** nel 2010 (tab. 15).

Tabella 15 - Incidenza di povertà assoluta per età della persona di riferimento. Anni 2009-2010 (valori percentuali)

Età	2009	2010	Diff. 2009/2010
fino a 34 anni	4,8	4,3	-0,5
da 35 a 44 anni	5,6	4,4	-1,2
da 45 a 54 anni	3,9	4,9	1
da 55 a 64 anni	3,4	3,3	-0,1
65 anni e oltre	5,5	5,4	-0,1

Fonte: Auser - Il Rapporto sulle condizioni sociali degli anziani in Italia

Rispetto invece al **titolo di studio** anche qui notiamo una **situazione di svantaggio** della popolazione anziana. In tal senso, infatti, è interessante notare come il **67%** della popolazione anziana abbia la **licenza elementare o nessun titolo**, solo il **10%** ha un **diploma di maturità**, mentre il **5%** è laureato (tab. 16).

Tabella 16 - titolo studio persone di 65 anni oltre

	Titolo di studio	Valori assoluti	% popolazione over-65
maschi	licenza elementare, nessun titolo	2946,17	58%
	licenza media	1034,69	20%
	diploma 2-3 anni (qualifica professionale)	110,36	2%
	diploma 4-5 anni (maturità)	659,37	13%
	laurea e post-laurea	352,47	7%
	totale	5103,05	100%
femmine	licenza elementare, nessun titolo	5081,35	73%
	licenza media	931,44	13%
	diploma 2-3 anni (qualifica professionale)	125,22	2%
	diploma 4-5 anni (maturità)	572,13	8%
	laurea e post-laurea	212,24	3%
	totale	6922,39	100%
totale	licenza elementare, nessun titolo	8027,52	67%
	licenza media	1966,13	16%
	diploma 2-3 anni (qualifica professionale)	235,58	2%
	diploma 4-5 anni (maturità)	1231,5	10%
	laurea e post-laurea	564,72	5%
	totale	12025,45	100%

Fonte: Auser - Il Rapporto sulle condizioni sociali degli anziani in Italia

Il numero di anziani occupati si attesta nel 2010 a circa 375.000, con un aumento dal 2004 in termini percentuali pari all'8%. Il Mezzogiorno è l'unica zona d'Italia che non vive tale aumento e che al contrario si caratterizza per una diminuzione negli anni del numero di anziani occupati (tab. 17).

Tabella 17 – Occupati 65 anni e oltre anni 2004 – 2010 (dati in migliaia)

Anno	2004			2005			2006		
Sesso	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
Italia	268,29	76,5	344,78	277,58	70,8	348,39	292,23	77,49	369,72
Nord	143,83	36,54	180,36	154,94	35,6	190,54	165,21	43,68	208,89
Centro	60,93	22,64	83,57	62,12	21,07	83,19	67,13	19,34	86,47
Mezzogiorno	63,53	17,32	80,85	60,52	14,13	74,65	59,88	14,47	74,36
Anno	2007			2008			2009		
Sesso	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
Italia	294,53	81,1	375,63	309,1	85,05	394,15	289,77	85,12	374,89
Nord	167,43	45,58	213,01	179,33	48,88	228,22	167,63	48,62	216,24
Centro	69,74	20,71	90,45	67,3	20,12	87,42	64,26	21,28	85,54
Mezzogiorno	57,36	14,81	72,18	62,47	16,04	78,51	57,89	15,22	73,11
Anno	2010			Diff. % 2004/2010					
Sesso	maschi	femmine	totale	maschi		femmine		totale	
Italia	287,23	88,62	375,85	7%		14%		8%	
Nord	154,08	49,37	203,45	7%		26%		11%	
Centro	70,42	23,89	94,31	13%		5%		11%	
Mezzogiorno	62,74	15,36	78,1	-1%		-13%		-4%	

Fonte: Auser - Il Rapporto sulle condizioni sociali degli anziani in Italia

Anche con riferimento al **reddito familiare**, la fascia di popolazione anziana continua ad attestarsi ai livelli più bassi, e con una composizione del reddito basata essenzialmente su trasferimenti monetari, cioè essenzialmente pensioni. I dati di seguito riportati, seppur abbastanza datati, rendono bene le differenze in termini di reddito tra le diverse fasce di popolazione (tab. 18).

Tabella 18 – Composizione reddito familiare – 2008

Età(*)	Reddito da lavoro dipendente	Reddito da libera professione e impresa	Reddito da trasferimenti	Reddito da capitale	Reddito familiare
fino a 34 anni	17166 (59,8%)	4548 (15,8%)	2802 (9,8%)	4206 (14,6%)	28722 (100%)
da 35 a 44 anni	18846 (59,9%)	5461 (17,4%)	1622 (5,2%)	5543 (17,6%)	31472 (100%)
da 45 a 54 anni	22875 (58,8%)	6904 (17,8%)	1785 (4,6%)	7317 (18,8%)	38881 (100%)
da 55 a 64 anni	13039 (33,5%)	4941 (12,7%)	12260 (31,5%)	8689 (22,3%)	38928 (100%)
oltre 64 anni	1385 (5,2%)	1126 (4,2%)	16456 (61,9%)	7614 (28,6%)	26580 (100%)
Totale	13052 (40,6%)	4187 (13%)	8065 (25,1%)	6842 (21,3%)	32146 (100%)

(*) Le caratteristiche individuali sono riferite al capofamiglia, inteso come il maggior percettore di reddito all'interno della famiglia.

Fonte: Auser - Il Rapporto sulle condizioni sociali degli anziani in Italia

Importante è l'**impegno della popolazione anziana nelle attività sociali**. Le Associazioni di volontariato sono le Organizzazioni nelle quali maggiormente si impegna la popolazione anziana (10,1%), seguono le Associazioni culturali (9,1%) (tab. 19).

Tabella 19 - Persone di 14 anni e oltre che hanno svolto attività sociali nei 12 mesi precedenti l'intervista, per classe di età - Anno 2011

ANNI SESSO CLASSI DI ETÀ	Popolazione residente di riferimento di 14 anni e oltre (in migliaia)	Riunioni in associazioni ecologiche, eccetera	Riunioni in associazioni culturali	Attività gratuita per volontariato	Attività gratuita per associazioni non di volontariato	Attività gratuita per un sindacato	Soldi versati ad una associazione
TOTALE							
14-17	2.273	2,9	9,2	9,5	2,9	0,1	5,5
18-19	1.243	3,6	12,7	14,0	5,8	0,3	7,2
20-24	3.098	2,8	11,5	11,4	4,6	0,2	9,0
25-34	7.364	2,1	9,8	10,1	3,9	0,9	13,6
35-44	9.832	1,6	9,2	9,6	3,6	1,4	19,0
45-54	8.856	2,4	12,2	11,9	4,9	2,2	22,8
55-59	3.777	2,3	11,7	10,8	4,5	2,2	21,3
60-64	3.760	2,3	11,2	12,9	4,4	1,4	21,0
65-74	6.270	1,4	9,1	10,1	3,0	0,7	18,3
75 e oltre	5.802	0,2	3,8	3,7	0,9	0,4	11,3
Totale	52.274	1,9	9,7	10,0	3,7	1,2	16,8

Fonte: CnAMC - Cittadinanzattiva su Annuario Statistico 2011 Istat

Il Nord è la zona dove vi è un maggior impegno della popolazione nelle attività sociali (tab. 20).

Tabella 20 - Persone di 14 anni e oltre che hanno svolto attività sociali nei 12 mesi precedenti l'intervista, per zona geografica- Anno 2011

	Popolazione residente di riferimento di 14 anni e oltre (in migliaia)	Riunioni in associazioni ecologiche, eccetera	Riunioni in associazioni culturali	Attività gratuita per associazioni di volontariato	Attività gratuita per un sindacato	Attività gratuita per un volontariato	Soldi versati ad una associazione
Nord	23.970	2,3	12,1	13,5	4,9	1,2	22,4
Centro	10.361	1,7	9,0	8,0	3,4	1,4	17,2
Mezzogiorno	17.942	1,5	7,0	6,4	2,2	1,0	9,1
ITALIA	52.274	1,9	9,7	10,0	3,7	1,2	16,8

Fonte: CnAMC - Cittadinanzattiva su *Annuario Statistico 2011 Istat*

Alla luce dei dati sopra riportati possiamo affermare che la popolazione anziana si confronta ogni giorno non solo con difficoltà inerenti il proprio stato di salute, e come vedremo anche il relativo accesso ai servizi socio-sanitari, ma anche con difficoltà di reddito, e in particolare con il fenomeno della povertà. E' una situazione che delinea condizioni di svantaggio e fragilità della popolazione anziana.

PARTE SECONDA

di Maria Teresa Bressi

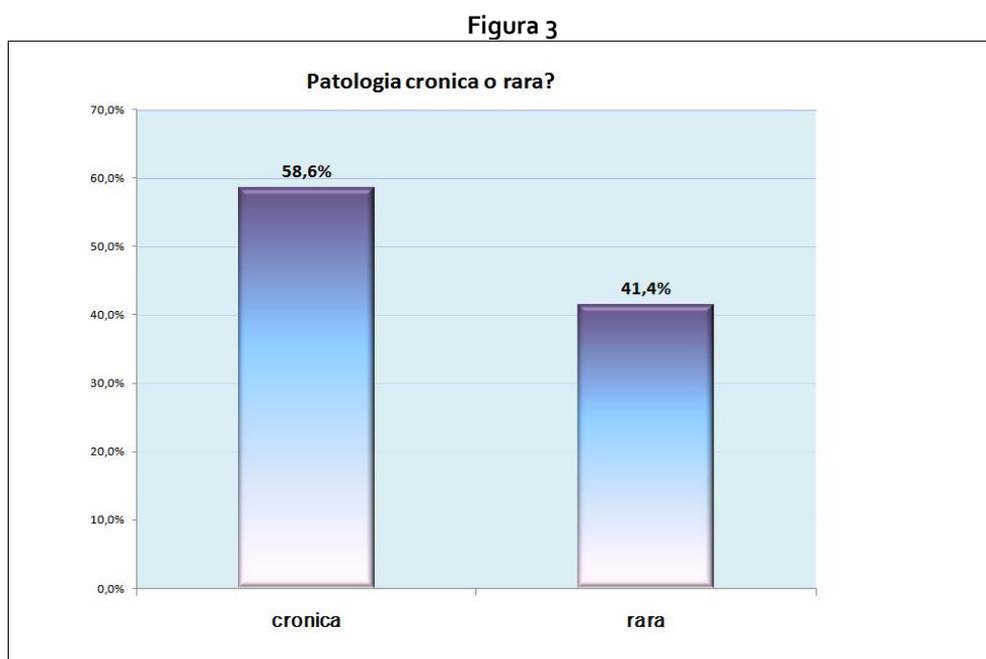
Capitolo 5

L'assistenza socio-sanitaria in favore dell'anziano con patologia cronica: il punto di vista delle Associazioni

I dati contenuti nel presente Rapporto sono il risultato di una ricognizione che ha interessato **28 Organizzazioni di persone affette da patologia cronica e rara** (e loro familiari), volta a rilevare le criticità dell'assistenza sanitaria e sociale erogata alla popolazione anziana con patologia cronica e rara.

Le Associazioni che hanno collaborato (figura 3) si occupano prevalentemente di **patologie croniche (58,6%)**. Questo dato va interpretato tenendo in considerazione anche la **fascia di età** esaminata, ovvero quella **superiore ai 65 anni**.

Per molte patologie rare, nonostante i progressi compiuti in campo scientifico, il numero di soggetti che raggiungono questa fascia di età è ancora limitato.



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

5.1 - La condizione della famiglia

La famiglia riveste un ruolo fondamentale nell'assistenza e nella cura, oltre che nel sostegno economico. Abbiamo perciò voluto verificare come è composta e quali siano le maggiori criticità che si trova ad affrontare.

Le famiglie delle Associazioni che hanno preso parte all'indagine sono composte per lo più da **3 componenti**, (tab. 21) presumibilmente madre, padre ed un figlio minore e, in aggiunta, almeno un anziano a carico (figura 4)

Tabella 21 - Numero dei componenti delle famiglie appartenenti alle Associazioni

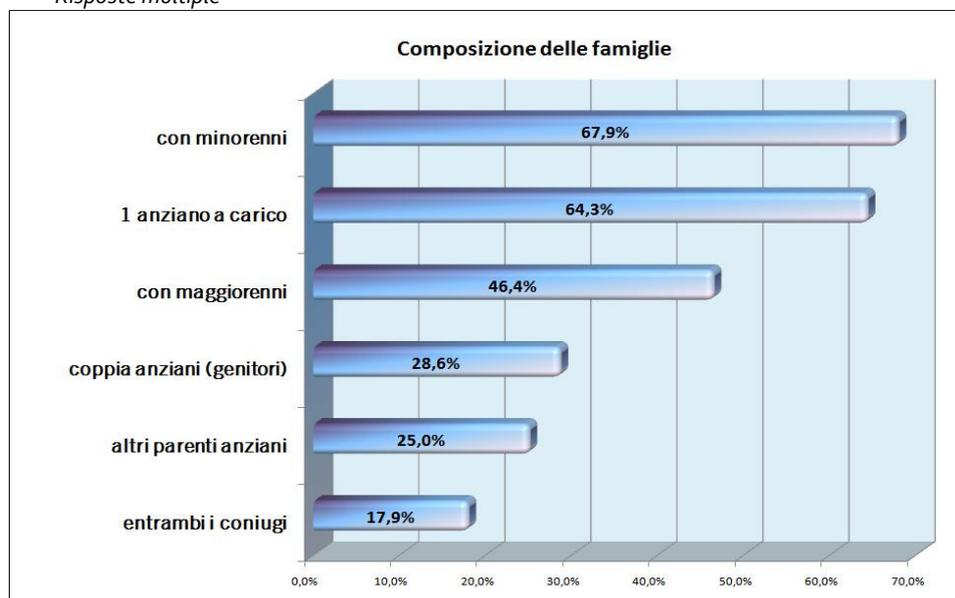
Risposte multiple

3 componenti	60,7%
2 componenti	17,9%
4 componenti	17,9%
altro	3,6%

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Figura 4

Risposte multiple



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

In più della metà dei casi ad occuparsi della cura e dell'assistenza alla persona anziana affetta da patologia cronica e/o rara è una sola famiglia (tab. 22).

Tabella 22 - Quanti sono i nuclei familiari che generalmente si occupano dell'assistenza alla persona anziana affetta da patologia cronica e/o rara?

una famiglia	56%
due famiglie	28%
tre famiglie	8%
altro	8%

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Il carico sociale, emotivo e, non ultimo, economico, che questa famiglia si trova ad affrontare risulta alle volte insostenibile. **Quasi la totalità delle Associazioni che hanno partecipato all'indagine dichiara di avere problemi di tempo (92,9%),** con la difficoltà di conciliare l'orario lavorativo con le esigenze di cura.

Questo anche perché il collettore e l'unico punto di riferimento per servizi sempre più ridotti e disaggregati risultano essere i familiari della persona anziana, che si ritrovano inoltre a naufragare in un mare di burocrazia e, spesso, di inefficienza.

Il secondo problema segnalato è la **difficoltà economica nel provvedere alle cure e all'assistenza (71,4%),** che sta portando la cura a non essere più un diritto, ma un privilegio per pochi fortunati (tab. 23).

Tabella 23 - Le principali difficoltà dei nuclei familiari per garantire continuità e qualità nell'assistenza

Risposte multiple

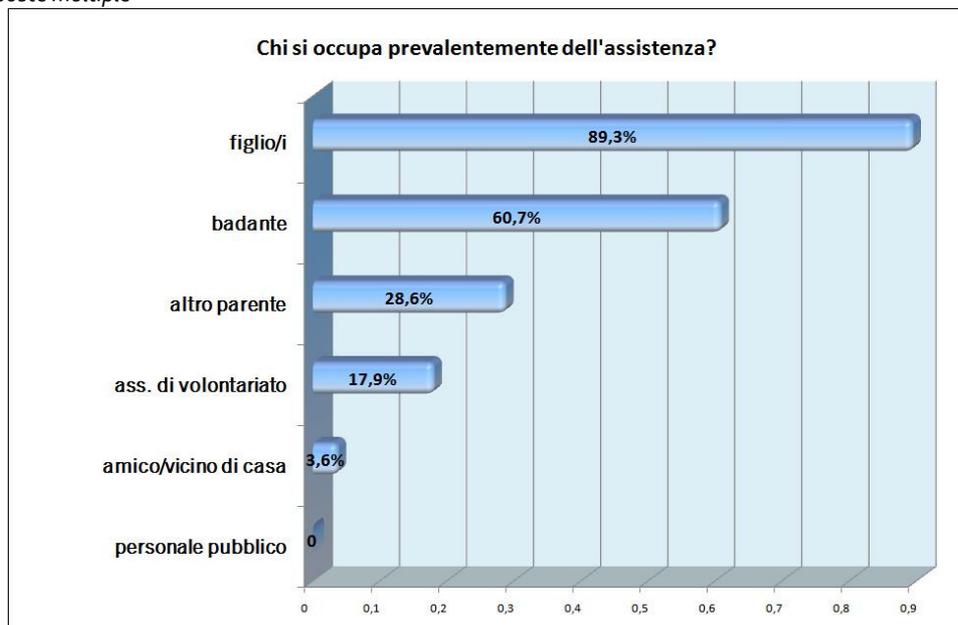
conciliare l'orario lavorativo con le esigenze di cura	92,9%
difficoltà economiche nel provvedere all'acquisto di quanto necessario per la cura	71,4%
carico assistenziale troppo oneroso perché inadeguato quello offerto dal SSN	57,1%
distanza della propria abitazione dal luogo di cura	46,4%
gestire le esigenze di cura di più familiari	35,7%
conciliare la tipologia di contratto professionale con le esigenze di cura	7,1%

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Un altro dato che testimonia quanto l'assistenza sia inesorabilmente affidata a famiglie sempre più sole e disaggregate è rappresentato nella figura 5. Alla domanda: **"Chi si occupa prevalentemente dell'assistenza?"** nessuna Associazione ha indicato il personale pubblico. Al primo posto ci sono i figli (89,3%), seguiti dall'assistente alla persona (badante) (60,7%). In ogni caso, quindi, le famiglie devono provvedere da sé, sia in termini di tempo che economici.

Figura 5

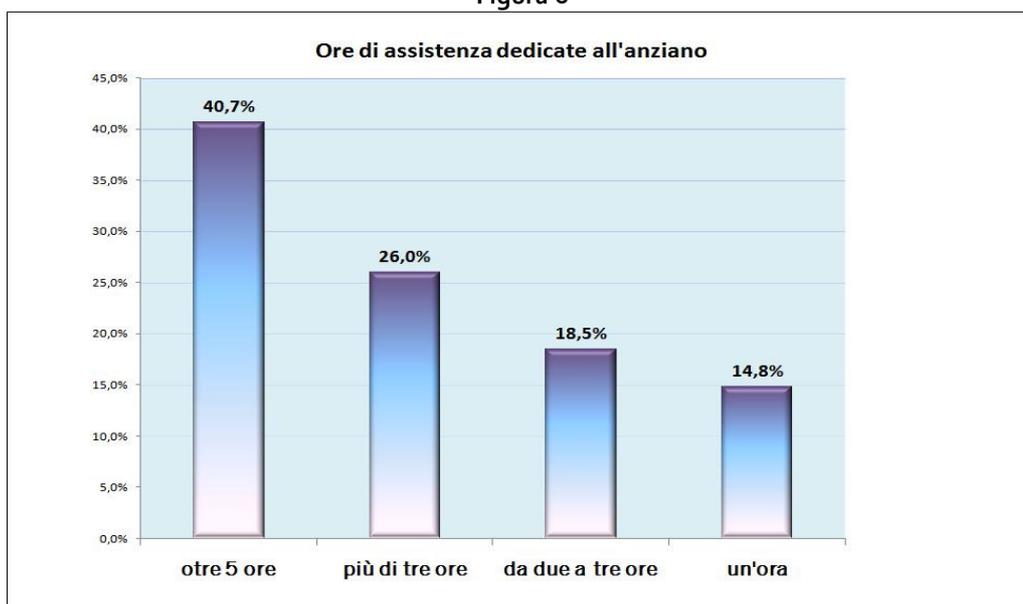
Risposte multiple



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

La maggior parte delle famiglie dedica alla persona anziana più di **cinque ore al giorno (40,7%)** (figura 6), e questo determina una **incompatibilità dell'assistenza con la attività lavorativa nel 53,6% dei casi**, come testimoniato dalla tabella successiva (tab. 24). Moltissimi, soprattutto donne, sono quelli che, non avendo alternativa, si ritrovano costretti, nel pieno della loro attività lavorativa, ad abbandonare anticipatamente il mondo del lavoro, o a ridurre considerevolmente il proprio impegno lavorativo.

Figura 6



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Tabella 24 - Segnalazioni di licenziamenti, mancato rinnovo o interruzioni del rapporto lavorativo dovute all'assenza sul posto di lavoro per assistere la persona anziana affetta da patologia cronica e/o rara

si	53,6%
no	46,4%

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Il quadro complessivo che emerge da queste prime domande generali è quello di famiglie costrette ad accollarsi un carico assistenziale ed economico quasi insostenibile, a fronte di uno Stato sempre più assente, burocratizzato, inaccessibile ed indifferente. I cittadini sono ben consapevoli, come denotano le risposte delle Associazioni, di non riuscire più a sostenere questo peso, ma le Istituzioni continuano a non fornire risposte.

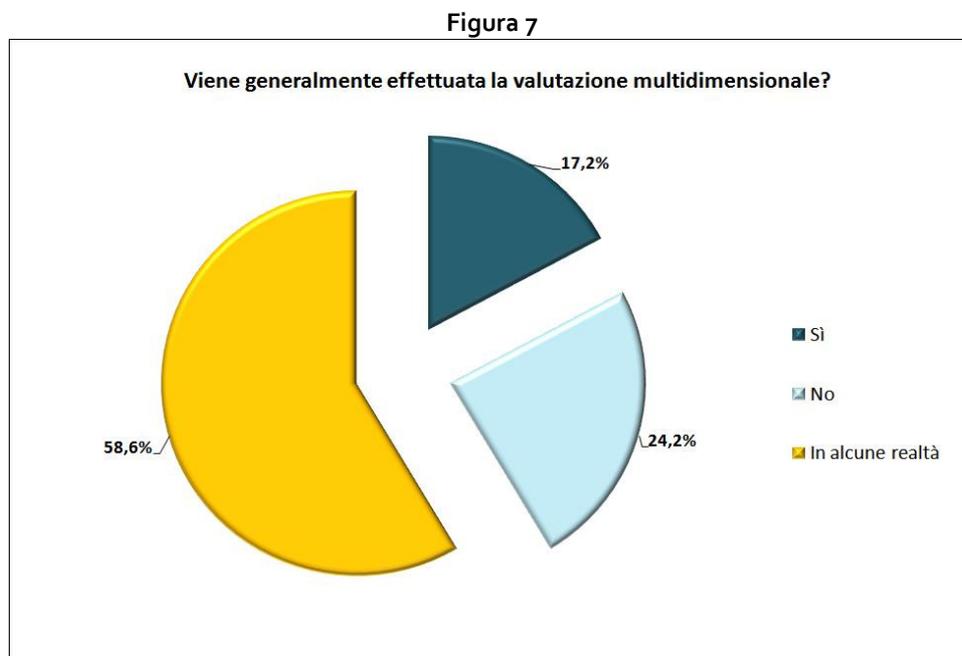
5.2 – La valutazione multidimensionale

La **valutazione multidimensionale**, in termini generali, ha l'obiettivo di definire in modo complessivo lo stato di salute di una persona anziana, e consiste in un'analisi accurata delle capacità funzionali e dei bisogni che la persona anziana presenta a vari livelli. Sulla base di questa analisi multidisciplinare vengono definiti i provvedimenti che bisogna prendere per migliorare le condizioni di vita della persona interessata.

Si tratta di un programma articolato, in grado di abbracciare vari aspetti: sanitario, assistenziale, ma anche sociale, e capace di privilegiare uno di questi ambiti a seconda delle esigenze che emergono nella fase valutativa.

Questa tipologia di valutazione, secondo le Associazioni interpellate, non viene effettuata nel 24,2% dei casi, ma soprattutto risente di una forte variabilità territoriale. Il 58,6% delle Associazioni, infatti, afferma che, se effettuata, ciò avviene solo in alcune realtà (figura 7).

Come dimostra anche l'analisi dei dati, che verrà illustrata successivamente, e come suggerito dalla semplice esperienza personale, la "presa in carico" del paziente non avviene nello stesso modo in tutta Italia. Un Servizio Sanitario Nazionale che abbiamo ereditato come uno dei migliori del Mondo, per il suo carattere universalistico, nel giro di pochi anni è stato messo in discussione da un "federalismo al ribasso", dove in alcune Regioni sembra si faccia a gara nel togliere i servizi o nel farli pagare direttamente ai cittadini, anziché nel migliorare le prestazioni e l'efficienza.



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

La valutazione multidimensionale, per essere considerata tale, dovrebbe valutare tutti gli aspetti: il **livello biologico e clinico** (stato di salute, segni e sintomi di malattia, livelli di autonomia, ecc.); il **livello sociale** (condizioni relazionali, di convivenza, situazione abitativa, economica, ecc.); il **livello psicologico** (tono dell'umore, capacità mentali superiori, ecc.); ed

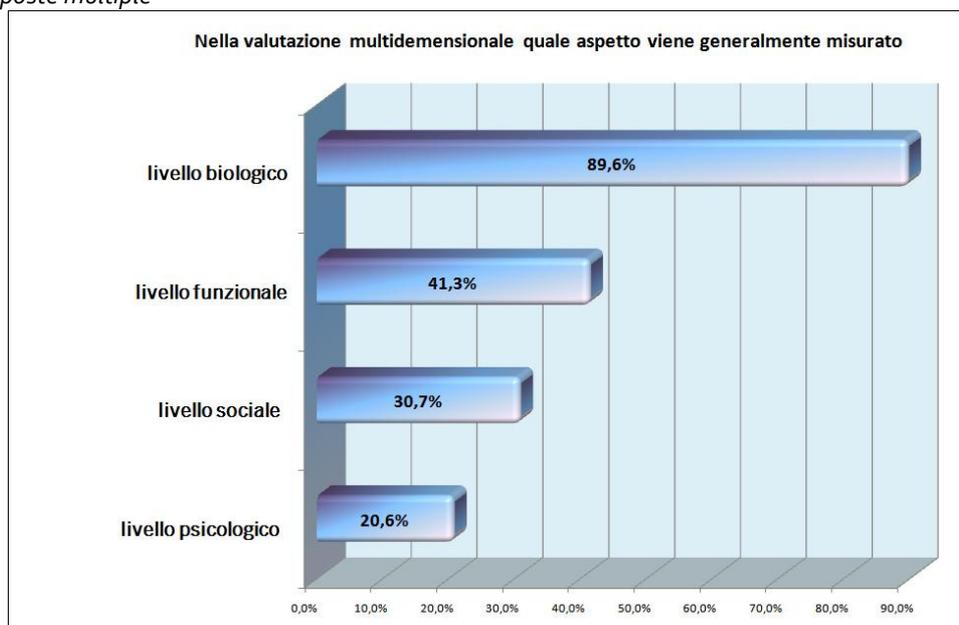
il **livello funzionale** (disabilità, ovvero la capacità di compiere uno o più atti quotidiani come lavarsi, vestirsi, salire le scale ecc.).

Quello che accade però, nella maggioranza dei casi (**89,6%**), è che la valutazione si limiti, ad **un’analisi del mero aspetto clinico del paziente**. **Largamente sottovalutato è invece lo stato psicologico dell’anziano** (solo il **20,6%** dei casi), come se questo fosse un aspetto poco importante nella cura e qualità di vita (figura 8).

Troppo spesso assistiamo a situazioni di disagio psicologico ed abbandono dell’anziano, forse più dolorose della stessa patologia.

Figura 8

Risposte multiple



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Che ci sia poca integrazione dei servizi e poca attenzione alla multidisciplinarietà nelle cure lo dimostra la tabella 25, che evidenzia come la **valutazione “multidimensionale”** veda protagonista lo **specialista di riferimento (un caso su due)** e, in misura decisamente inferiore (**35,7%**), il **medico di medicina generale** e, ancor meno (**28,5%**), la **commissione ASL** preposta (Unità Valutativa Geriatrica e/o Unità Valutativa Alzheimer).

Tabella 25 - Chi effettua generalmente la valutazione multidimensionale

Risposte multiple

lo specialista della patologia prevalente	50%
il Medico di Medicina Generale	35,7%
una commissione ASL (come UVG o UVA)	28,5%
congiuntamente con l’assistente sociale della ASL	14,2%
il geriatra della ASL	3,5%

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

5.3 – La mobilità

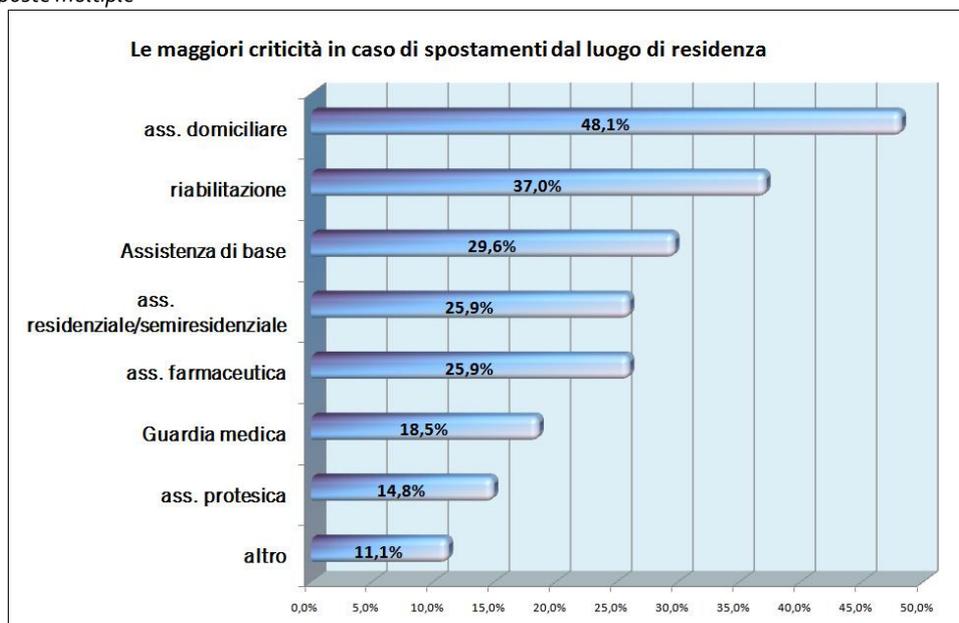
Le persone anziane affette da patologie croniche e/o rare in molti casi devono spostarsi dal proprio luogo di residenza, per lunghi o brevi periodi, per ricongiungersi con i propri familiari, per motivi di cura, o semplicemente per vacanza. La maggiore carenza ed i maggiori problemi in questo caso si riscontrano nell'assistenza territoriale.

Analizzando la figura 9 notiamo che le prime tre voci indicate come problematiche sono: **l'assistenza domiciliare (48,1%), la riabilitazione (37%) e l'assistenza del Medico di Medicina Generale (29,6%).**

Il territorio risulta carente e non in grado di rispondere alle richieste dei pazienti. Non c'è da meravigliarsi allora che i Pronto Soccorso siano stracolmi e che il privato inesorabilmente sostituisca il pubblico.

Figura 9

Risposte multiple



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

5.4 – La continuità assistenziale

Secondo gli studi demografici nel prossimo futuro l'Italia sarà il paese più anziano del continente. Tale condizione è evidenziata da tutti i principali indicatori demografici di struttura della popolazione, i quali hanno conosciuto un trend crescente già a partire dagli anni Settanta. La conseguenza del processo demografico che coinvolge l'Italia è stato, tra gli altri, un capovolgimento della piramide per età, prima con una base molto larga e una punta stretta, oggi con una base ridotta e una punta sempre più ampia.

L'organizzazione socio-sanitaria attuale è espressione, invece, di una società che aveva bisogni assistenziali diversi, determinati primariamente dalle malattie acute infettive e dove, quando presente, la cronicità era solamente di breve durata. La popolazione anziana era numericamente irrilevante e quando si ammalava aveva breve aspettativa di vita. Da qui la sua inadeguatezza nei confronti dell'anziano malato cronico.

La presa in carico del soggetto con fragilità e/o del soggetto non autosufficiente ha assunto un ruolo prioritario nella programmazione degli interventi sanitari negli anni recenti, proprio in virtù delle peculiari caratteristiche bio-psico-sociali di tali soggetti.

Manca ancora però una visione organica e complessiva.

Centrali, a tale proposito, sono il momento della valutazione multidimensionale e la formulazione di un progetto di cura e assistenza individuale finalizzato a tutelare la dignità della persona. Invece, i dati, come abbiamo visto, mostrano che ciò si verifica solo in pochi casi ed in alcune zone d'Italia e, in generale, tale valutazione risulta essere unidimensionale e non coinvolge tutte le figure professionali.

Un altro aspetto fondamentale per fornire all'anziano risposte continue, globali e flessibili nel tempo è garantire la **continuità assistenziale**, che vuol dire non applicare interventi sporadici e/o settoriali, ma rispondere riducendo l'ospedalizzazione impropria e conseguentemente i costi dell'assistenza ospedaliera, che incidono molto sulla spesa sanitaria.

Continuità assistenziale vuol dire molte cose: presa in carico del paziente in modo globale, garantire a tutti i cittadini percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali di elevata qualità, assicurare la continuità tra strutture di ricovero e territorio, facilitare il coordinamento e la cooperazione tra gli attori.

Ad esempio in caso di dimissioni le Associazioni indicano che il **medico di medicina generale** (tabella 26) **fornisce solo indicazioni sui vari uffici ASL preposti per l'attivazione dei servizi (51,9%)**, delegando ai familiari il compito di districarsi fra i vari uffici. La famiglia deve provvedere ad attivare l'assistenza domiciliare, a richiedere protesi e ausili, dove necessario, a fare domanda di inserimento in RSA, ecc.

Nel **33,3%** dei casi **è la famiglia che fa tutto**, senza aver ricevuto neanche un'informazione o un orientamento.

Siamo quindi ad oggi ancora ben lontani dal concetto di continuità assistenziale che necessita un anziano fragile, affetto da patologia cronica e spesso da più patologie; tutto ciò mentre, come dicevamo, la popolazione invecchia sempre più e diminuiscono le nascite.

Tabella 26 - Al momento delle dimissioni il MMG attiva tutti i servizi necessari per la continuità assistenziale (es. assistenza domiciliare integrata, domanda di inserimento in RSA, ecc.)

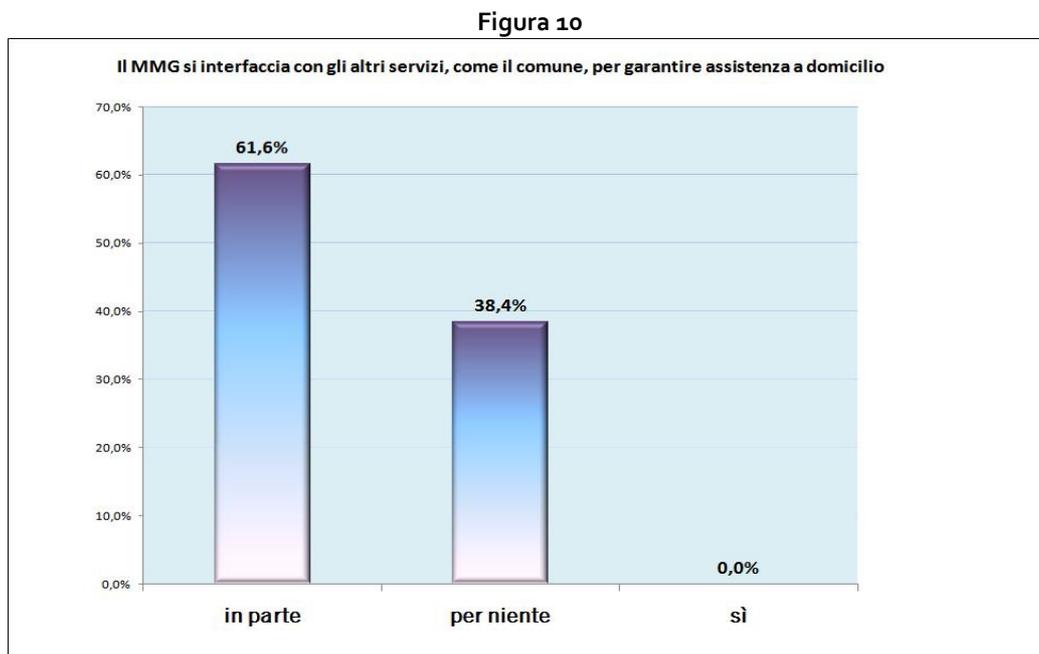
fornisce solo le indicazioni degli uffici ASL, ma devono provvedere i familiari

51,9%

no fa tutto la famiglia	33,3%
si fa tutto il necessario	14,8%

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Alla successiva domanda che riguarda la capacità del medico di medicina generale di interfacciarsi con gli altri servizi (comune, ASL, distretto, ecc.) (figura 10) notiamo che **nessuna Associazione ritiene che il medico faccia tutto il necessario per attivare i servizi**. La maggioranza (**61,6%**) indica invece che questo avviene in parte, vale a dire solo per alcuni aspetti e solo in casi eccezionali.

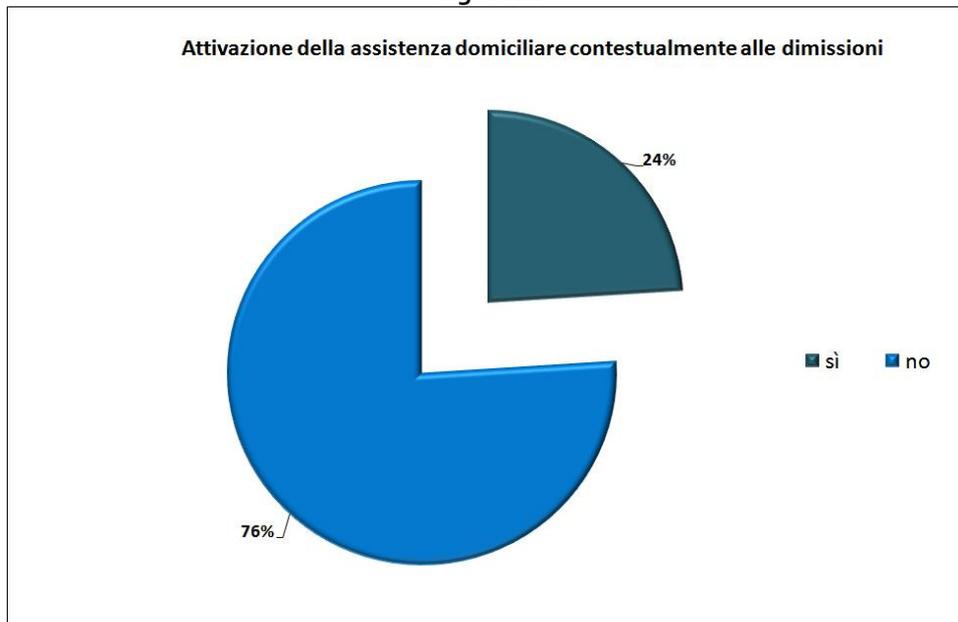


Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Il 76% delle Associazioni segnala la non attivazione dell'assistenza domiciliare contestualmente alle dimissioni ospedaliere (figura 11).

Questo vuol dire che è la famiglia che provvede.

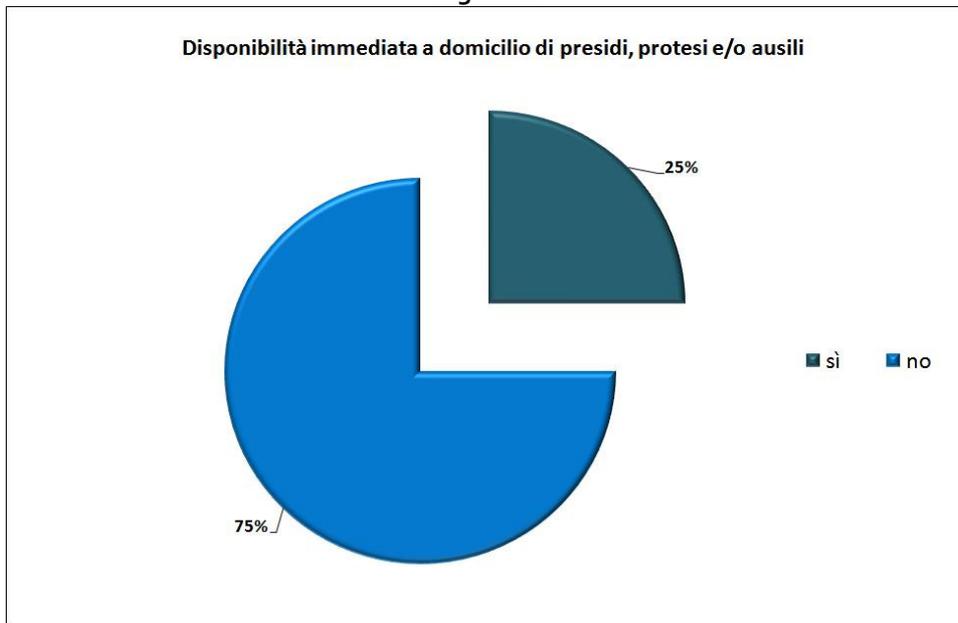
Figura 11



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Il 75% delle Associazioni segnala la mancata disponibilità immediata a domicilio dei presidi, protesi e ausili. Anche in questo caso sono i familiari a doversi attivare in modo particolare (figura 12).

Figura 12

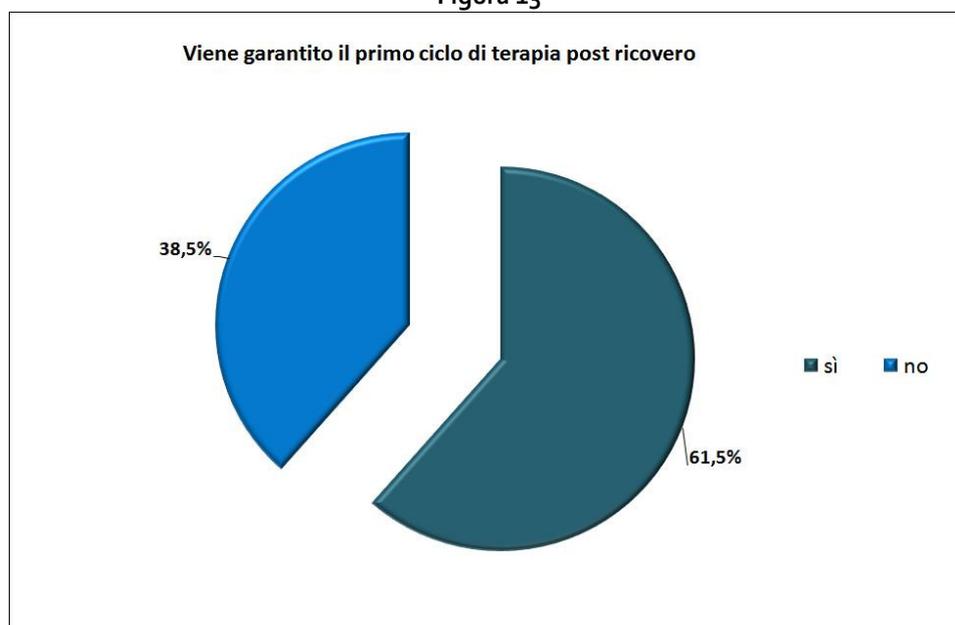


Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Le cose vanno meglio per quanto riguarda la continuità in ambito farmaceutico. Infatti, **nel 61,5% dei casi viene sempre garantito il primo ciclo di terapia post ricovero.**

Il dato in ogni caso, anche se positivo rispetto ai precedenti, denota che **nel 38,5% dei casi** ciò non avviene, ovvero non viene garantita la continuità terapeutica, rappresentando un rischio per tutti i pazienti soli e non autosufficienti (figura 13).

Figura 13



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

5.5 – L’Assistenza del Medico di Medicina Generale

Iniziamo la nostra analisi sull’assistenza territoriale, erogata alle persone anziane affette da patologie croniche e rare, con il primo tassello di questo mosaico, ovvero l’assistenza del MMG.

Il Medico di famiglia effettua visite domiciliari prevalentemente **solo su prenotazione (32,1%)**. **Mai di sua iniziativa per il 25% delle Associazioni**, dimostrando un approccio scarsamente proattivo. C’è anche un **14,2%** di Associazioni che dichiara che il **MMG non effettua generalmente le visite a domicilio** (tab. 27).

Tabella 27 - Il Medico di Medicina Generale solitamente effettua visite a domicilio

Risposte multiple

solo su prenotazione	32,1%
mai di sua iniziativa	25%
sì	21,4%
generalmente non effettua visite a domicilio	14,2%
solo in alcune fasce orarie	10,7%
con una cadenza troppo distanziata per le esigenze di controllo della patologia	3,5%

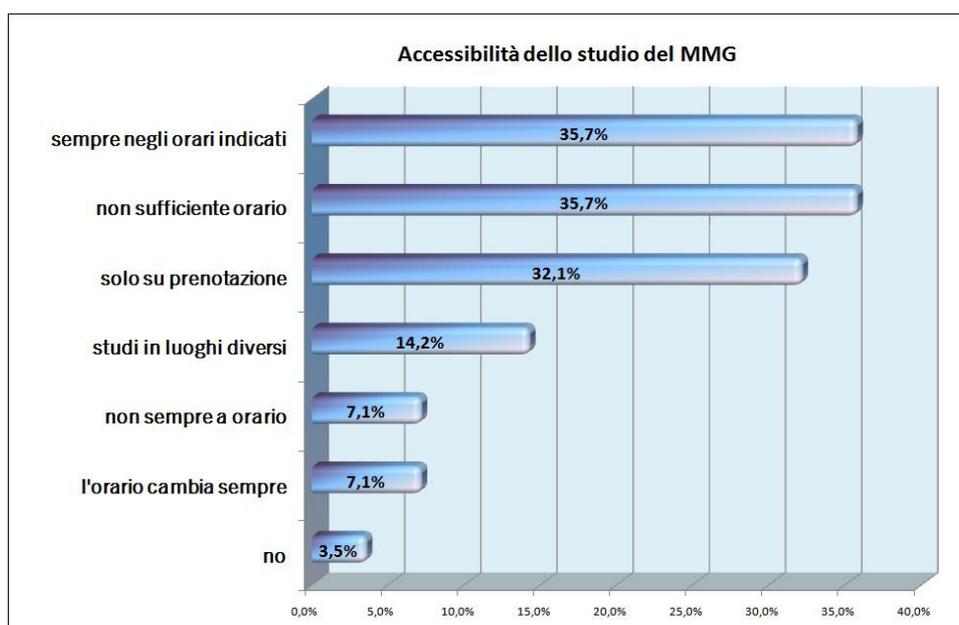
Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Con riferimento all’accessibilità allo studio del MMG (figura 14) le Associazioni segnalano che il **MMG è disponibile solo negli orari indicati (35,7%)**, ma **l’orario di apertura dello studio risulta essere insufficiente (35,7%)**.

Anche andando direttamente dal medico bisogna prendere appuntamento (32,1%) e, a volte, rivolgersi presso studi diversi, nel caso di medici associati (14,2%).

Figura 14

Risposte multiple



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Nella gestione di una patologia cronica e soprattutto se si tratta di una persona anziana, la relazione di fiducia con il proprio MMG riveste un ruolo fondamentale. Quello che le Associazioni lamentano, in modo particolare, nel rapporto con il proprio MMG (tab. 28) è **una scarsa integrazione con lo specialista (70,3%)** e questo dimostra quanto non esista un progetto organico di assistenza e quanto i servizi siano disconnessi e a farli dialogare debba essere il paziente, i familiari ed il caregiver.

Di conseguenza sono proprio questi soggetti che si trovano **sprovvisi di informazione ed orientamento nella gestione della patologia** e sono essi stessi a dover riempire questo vuoto informativo e formativo cercando all'esterno. La metà delle Associazioni (**51,8%**) dichiara poi che **la visita avviene in modo sbrigativo** ed il **37%** che **il MMG tende a sottovalutare i sintomi**. Quello che perciò risulta maggiormente carente è un approccio proattivo nella gestione della patologia ed una maggiore attenzione al trattamento della cronicità, dove la formazione al paziente ed ai familiari, il riconoscere i sintomi per evitare il ricorso al Pronto Soccorso e all'ospedalizzazione e il dedicare il tempo adeguato all'ascolto e alla cura, garantisce una migliore qualità e una maggiore efficacia nell'assistenza, nonché un risparmio economico per tutti.

Tabella 28 – Gli aspetti della relazione medico-paziente in cui vengono riscontrate le maggiori criticità nell'assistenza sanitaria di base

Risposte multiple

scarsa integrazione con lo specialista	70,3%
scarsa formazione/informazione rivolta alla persona, al caregiver e/o ai familiari	59,2%
visita sbrigativa	51,8%
tende a sottovalutare i sintomi	37,0%
disinteresse al monitoraggio della patologia	29,6%
manca di ascolto	29,6%
non prescrive le prestazioni richieste dallo specialista	25,9%

si infastidisce se contattato più volte	22,2%
scarsa disponibilità ad effettuare le visite domiciliari	18,5%
non ha fornito un recapito telefonico al di fuori di quello dello studio medico	3,7%
Non risponde mai alle chiamate	3,7%

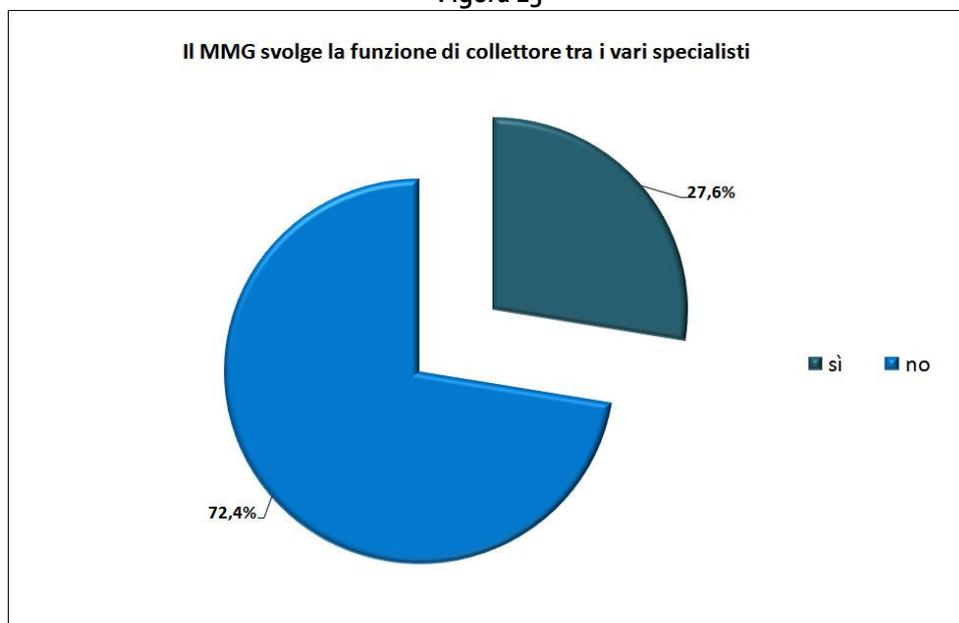
Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Per il **72,4%** delle Associazioni il **MMG non svolge la funzione di collettore tra i vari specialisti** (figura 15). Di conseguenza i servizi risultano non essere integrati, le prestazioni si duplicano, vengono effettuati esami inutili e la famiglia è costretta a fare da elemento di raccordo.

Avere una rete di assistenza territoriale che funziona con, ad esempio, i punti unici di accesso, vuol dire avere attività di accoglienza, valutazione e interpretazione dei bisogni sociosanitari di pazienti e familiari; inoltre informazione sull’offerta dei servizi sanitari territoriali a sostegno di una scelta consapevole del paziente e della sua famiglia, orientamento sulle modalità di accesso all’assistenza domiciliare integrata (Adi), all’Ospedalizzazione domiciliare Oncologica (Odo), ai servizi di cure palliative, alle prestazioni di riabilitazione globale e alle residenze sanitarie.

L’effetto di un sistema di cure integrate produce un’ottimizzazione dei trattamenti, il miglioramento dei risultati terapeutici, dello stato funzionale e della qualità di vita, nonché un’erogazione appropriata delle prestazioni.

Figura 15



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Per il **78,5%** delle Associazioni, il MMG, anche a causa del suo isolamento, **non è in grado di formare ed informare il paziente, i familiari ed il caregiver** (tab. 29), i quali si trovano “ad imparare” da soli e a dover cercare anche privatamente e a proprie spese le figure professionali in grado di assistere l’anziano.

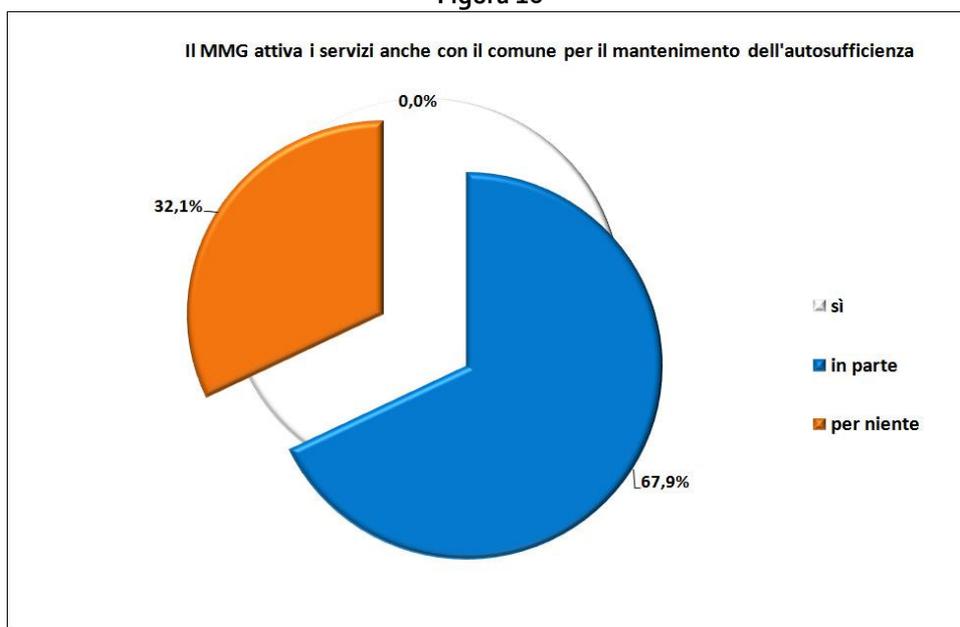
Tabella 29 – Il MMG è in grado di formare ed informare il paziente, i familiari ed il caregiver, per la gestione della patologia

no	78,5%
sì	21,5%

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Nessuna Associazione, poi, ritiene che tutti i MMG si adoperino per l’attivazione dei servizi del Comune che, per altro, grazie alle ultime manovre, stanno inesorabilmente scomparendo. L’attivazione viene effettuata solo in parte, ovvero solo da alcuni MMG e solo in alcune zone d’Italia (figura 16).

Figura 16

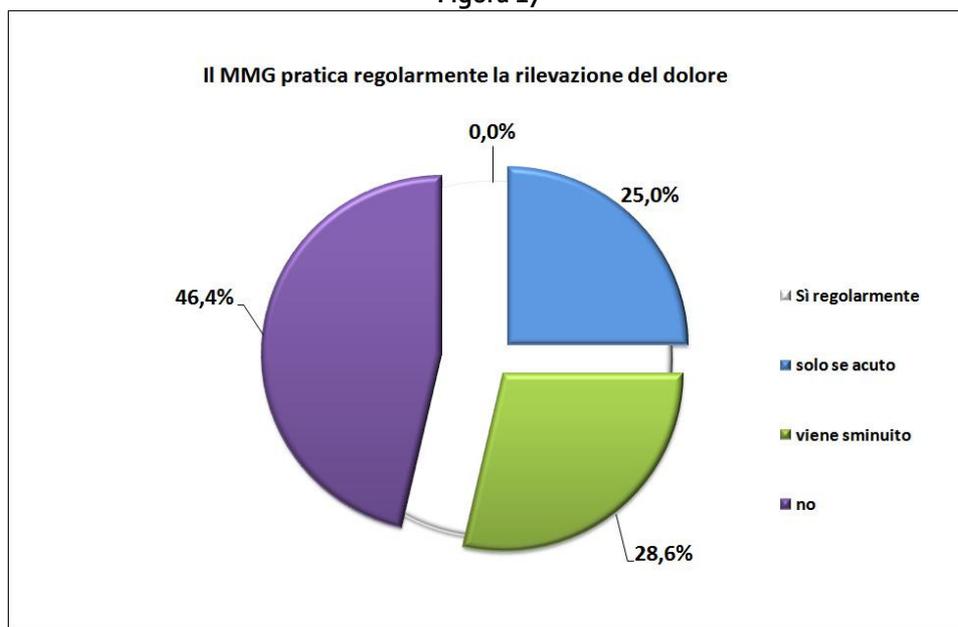


Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Un aspetto al quale teniamo molto e che incide profondamente sulla qualità delle cure erogate e sulla loro umanizzazione, è quello della "lotta al dolore inutile". Abbiamo perciò deciso di indagare rispetto ad una categoria di soggetti particolarmente fragili, perché anziani e spesso non autosufficienti, sul comportamento dei vari operatori sanitari rispetto alla rilevazione del dolore.

Quello che registriamo è che i MMG, pur essendo i più prossimi al paziente, non tengono in debita considerazione questo argomento. La maggioranza, ovvero il **46,4% dei MMG non registra il dolore**, il **28,6% lo sminuisce**, il **25% lo registra solo se acuto** (figura 17).

Figura 17



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

5.6 – L'assistenza domiciliare integrata (ADI)

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) consiste in un sistema integrato di interventi e servizi sanitari e sociali erogati a domicilio, volti al mantenimento del massimo livello di salute e benessere della persona. Oggi l'ADI gioca un ruolo fondamentale non solo per la salute dei cittadini, ma anche per la sostenibilità del SSN. Ma vediamo cosa emerge dalla nostra ricognizione. Il principale problema segnalato dalle Associazioni rispetto l'assistenza domiciliare è rappresentato dalla grande variabilità territoriale, questione denunciata, anche nella terza parte del Rapporto. Il **73%** di esse, infatti, afferma che **l'ADI viene erogata, ma non in tutte le Regioni**. La possibilità di essere curati al proprio domicilio, quindi, è una realtà solo in alcune zone d'Italia, con tutto quello che ciò comporta.

La difficoltà maggiormente avvertita, rispetto all'ADI (figura 18), è la sua **attivazione (65,3%)**, dovuta alla mancanza di orientamento, formazione e informazione del paziente, dei suoi familiari e del caregiver. Inoltre, come abbiamo visto nel capitolo precedente i servizi non comunicano tra di loro è questo rende l'assistenza meno efficace.

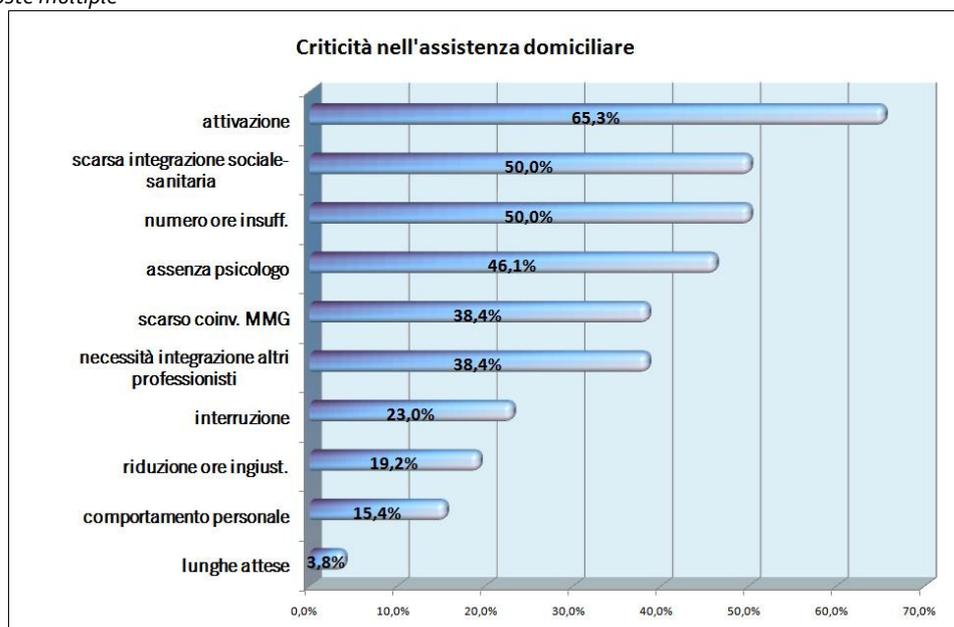
Un altro problema è la **scarsa integrazione tra gli interventi di tipo sanitario e quelli di tipo sociale (50%)** oltre che, sempre secondo la metà delle Associazioni, **un numero di ore di assistenza insufficiente**.

L'assistenza domiciliare non è pertanto integrata, se non in alcuni casi, e la parte sociale, che è altrettanto importante per il mantenimento dell'autosufficienza e per la qualità di vita dell'anziano, sta via via scomparendo. Così i familiari, dove possibile, sono costretti a provvedere autonomamente e ciò comporta spesso (come visto precedentemente) la perdita del lavoro, oppure un aggravio economico non sopportabile. Cosa ancora più grave, assistiamo all'aumentare del numero di anziani soli e abbandonati, che vivono nella indifferenza di un sistema sociale da cui sono esclusi, anziché protetti.

La terza problematica segnalata riguarda la **mancanza di sostegno psicologico (46,1%)**.

Figura 18

Risposte multiple



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Quanto detto finora porta il 61,5% delle Associazioni a giudicare la qualità dell'assistenza domiciliare erogata poco adeguata (tab. 30).

Tabella 30 – Ritenete che l'Assistenza domiciliare erogata sia

poco adeguata	61,5%
mediamente adeguata	26,9%
per niente adeguata	11,6%
molto adeguata	0%
del tutto adeguata	0%

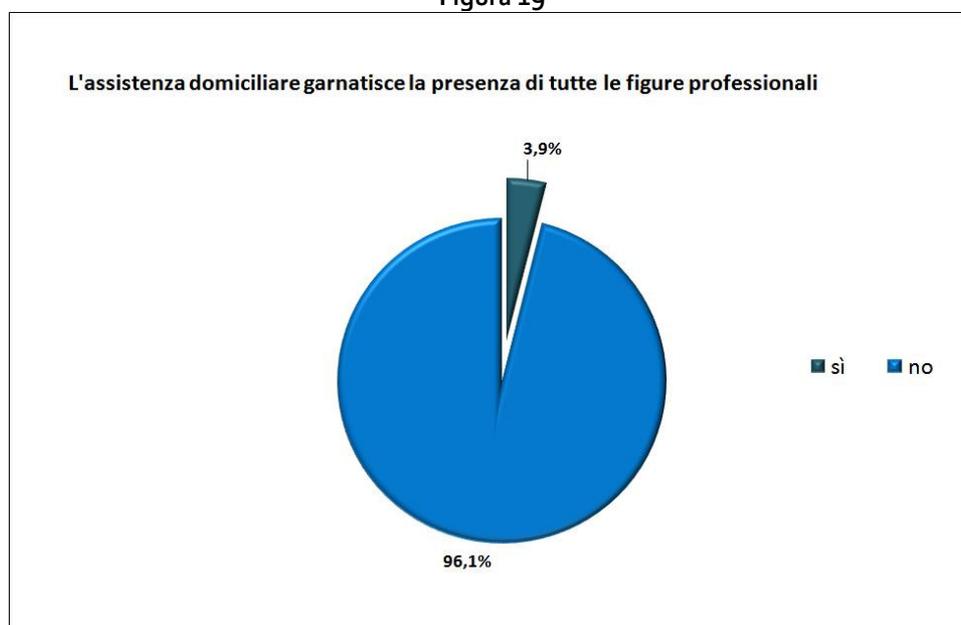
Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Particolarmente rilevante è la **percentuale di Associazioni che ritengono non ci sia integrazione fra le varie figure professionali dell'assistenza domiciliare** (figura 19). Si tratta infatti di quasi la totalità **96,1%**.

Ciò, insieme alla scarsa integrazione tra gli interventi sociali e sanitari, è uno dei principali motivi del giudizio fortemente negativo sull'assistenza erogata, che risulta assolutamente poco rispondente alle esigenze del paziente e dei familiari.

Ciò fa pensare quanto ancora ci sia da fare nel promuovere l'integrazione dei servizi e dell'assistenza territoriale e quanto siano difficili ed insufficienti le cure domiciliari.

Figura 19



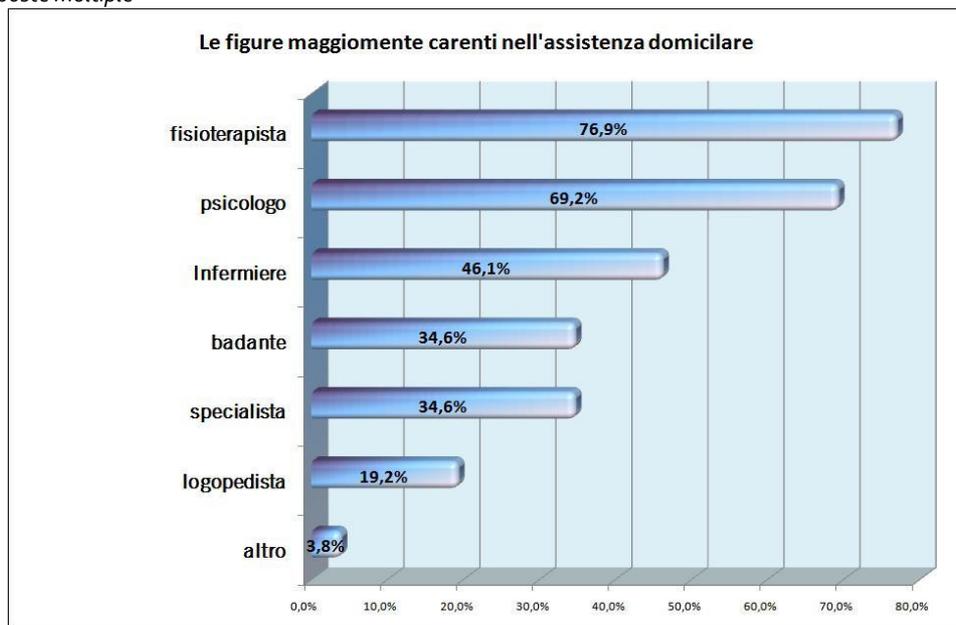
Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Le Associazioni ritengono che la figura professionale maggiormente carente nell'assistenza domiciliare (figura 20) sia il **fisioterapista (76,9%)**, seguita dallo **psicologo (69,2%)**. Si tende spesso a sottovalutare l'importanza di quest'ultimo, considerando la persona solo da un punto di vista clinico. Anche nella valutazione complessiva delle esigenze del paziente, si tende sempre ad anteporre gli aspetti esclusivamente medici, sottovalutando quanto invece un sostegno di tipo sociale e psicologico rappresenti un aspetto fondamentale nel processo

di cura ed assistenza e sia profondamente legato alla dignità del malato e della famiglia che lo assiste.

Figura 20

Risposte multiple



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

L'aspetto più critico dell'assistenza domiciliare erogata (tab. 31) è la **difficoltà di mantenere l'autosufficienza della persona (70,8%)**. Le conseguenze di tutto ciò ricadono poi sulla famiglia, che si trova a sostenere anche spese in termini di caregiver, ausili non erogati, farmaci e parafarmaci.

I problemi poi quando la persona è costretta a letto si moltiplicano, come la presenza di **piaghe da decubito (54,1%)** o di **infezioni (54,1%)**.

Quello che però ancora una volta colpisce è che fra le criticità, ancor più di questi aspetti, risulta problematica la **mancanza di socialità (66,6%)**.

Ancora una volta le Associazioni sottolineano quanto la vulnerabilità e fragilità dell'anziano, prima ancora che dallo stato di salute fisica, derivi da un problema di natura psicologica e sociale. Probabilmente proprio la perdita della propria autosufficienza, la conseguente mancanza di relazioni sociali, la solitudine e il senso di abbandono, recano sofferenza, ancor più della patologia stessa.

Tabella 31 – Gli aspetti su cui viene riscontrata minore attenzione nell'assistenza domiciliare

Risposte multiple

mantenimento dell'autosufficienza (nei movimenti e negli atti quotidiani: lavarsi da soli, ecc.)	70,8%
socialità	66,6%
movimentazione del paziente per evitare piaghe da decubito	54,1%
prevenzioni delle infezioni	25%
idratazione	25%
igiene	20,8%
aderenza alle terapie	20,8%
trattamento delle piaghe da decubito	16,6%
nutrizione	16,6%

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Allo stesso tempo la famiglia deve sostenere dei costi esorbitanti. Ben **8.488 euro** è, in media, la spesa annuale per il caregiver.

Quasi **4.000 euro** il costo medio annuale per le visite specialistiche o le attività riabilitative effettuate a domicilio e non comprese nell'assistenza domiciliare.

La spesa media annuale per il supporto assistenziale integrativo alla persona	8.488,00 euro
---	---------------

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

La spesa media annuale per lo svolgimento di visite specialistiche o attività riabilitative da effettuare a domicilio del paziente	3.718,00 euro
--	---------------

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

5.7 – L'assistenza protesica ed integrativa

L'accesso a presidi, protesi e ausili costituisce uno degli ambiti assistenziali più problematici per le persone anziane affette da patologie croniche e rare, perché inserito in iter autorizzativi e di assistenza molto spesso inadeguati e farraginosi.

Come possiamo vedere nella tabella 32 la complessità e la burocraticità della domanda di erogazione fa sì che per ottenere questo tipo di assistenza passino **oltre due settimane (37,5%)**, se non oltre i due mesi (**20,9%**). C'è chi (8,4%) attende addirittura **più di 6 mesi!**

Tabella 32 – Il tempo massimo riscontrato per l'erogazione di presidi, protesi e ausili

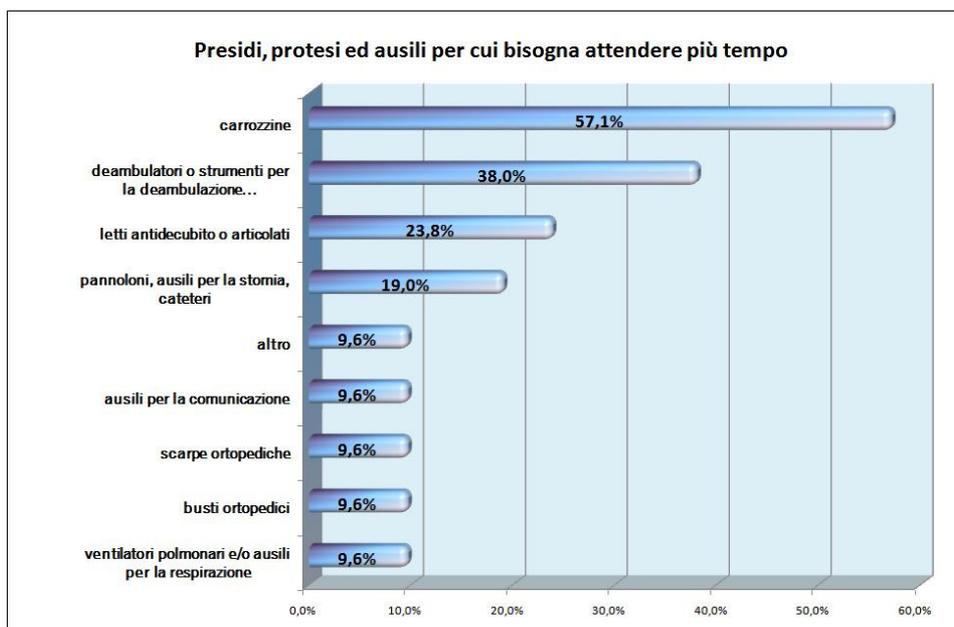
più di due settimane	37,5%
più di due mesi	20,9%
un mese	20,9%
più di 6 mesi	8,4%
dai 3 ai 6 mesi	4,1%
altro	4,1%
una settimana	4,1%

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Gli ausili per cui si attende più tempo (figura 21) sono le **carrozze (57,1%)** seguite dai **deambulatori o sistemi per la deambulazione (38%)** ed i **letti antidecubito ed articolati (23,8%)**. La conseguenza che più frequentemente riscontriamo di questi problemi, di natura prettamente burocratica ed economica, è che persone anziane siano reclusi nelle proprie abitazioni senza aver la possibilità di uscire per una semplice passeggiata e che in breve tempo si ritrovano non autosufficienti e depressi.

Figura 21

Risposte multiple



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

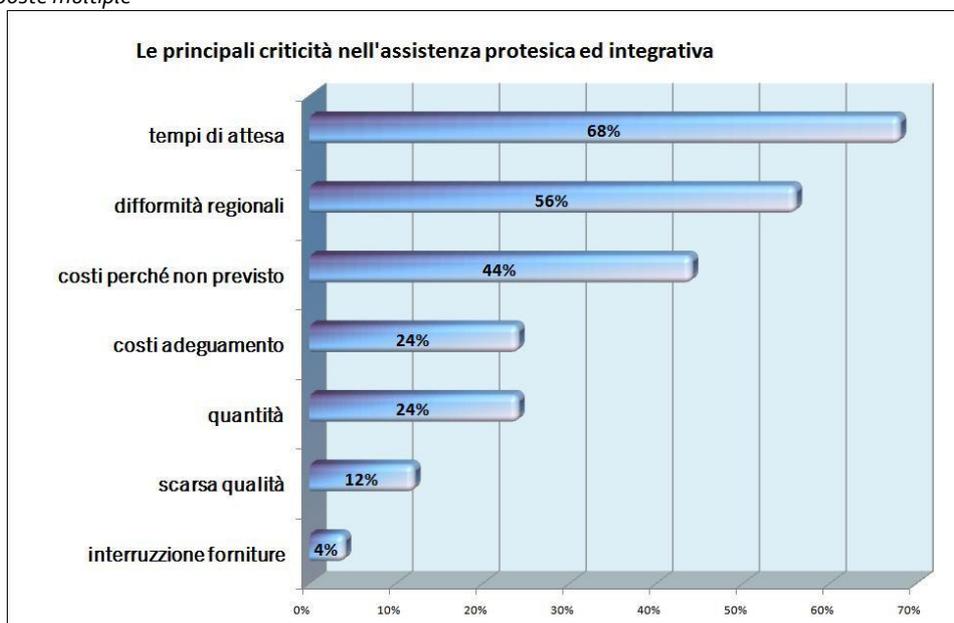
Alla domanda circa le principali criticità riscontrate nell’assistenza protesica ed integrativa (figura 22), non meraviglia pertanto che il **68%** delle Associazioni risponda i **tempi di attesa**, che come abbiamo visto possono superare i sei mesi.

La seconda criticità segnalata (**56%**) riguarda le **difformità regionali**, che producono un’ingiustificabile differenza di accesso a presidi o protesi innovative in alcuni casi, ed in altri l’obbligo di utilizzo di ausili a dir poco scadenti. La terza voce (**44%**) riguarda, infatti, i **costi di presidi, protesi e ausili non previsti dal Nomenclatore Tariffario**, fermo da oltre dieci anni e quindi non in linea con le esigenze dei cittadini e con la capacità di innovazione tecnologica del mercato.

Le altre problematiche individuate riguardano sempre i costi, ma in questo caso, di adattamento, la quantità e scarsa qualità delle forniture, e la loro interruzione.

Figura 22

Risposte multiple



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Le Associazioni ritengono, come riportato nella tabella 33, che l’assistenza fornita sia mediamente (76%) o poco adeguata (24%).

Tabella 33 – Ritenete che l’Assistenza protesica ed integrativa erogata sia

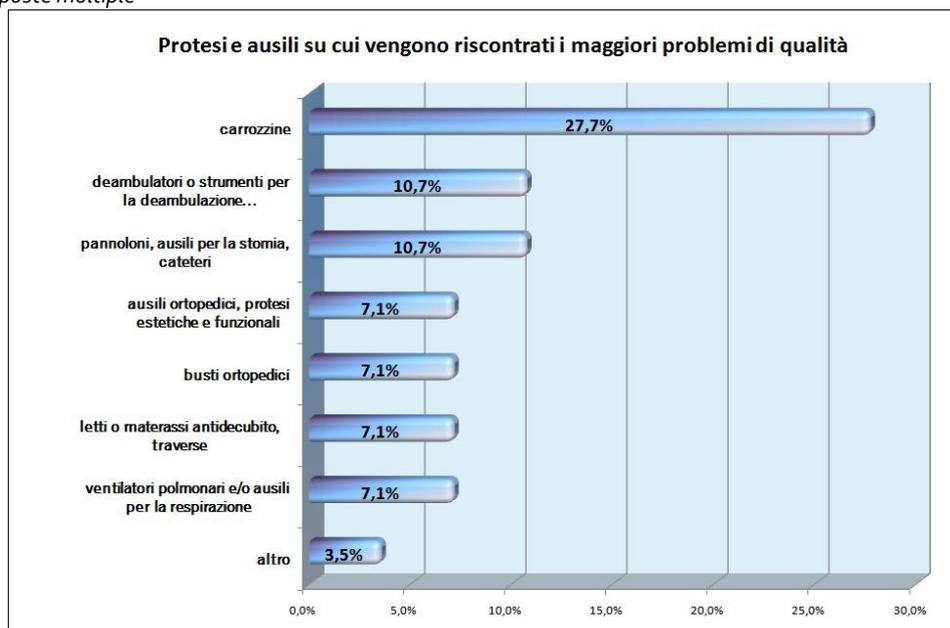
poco adeguata	24%
mediamente adeguata	76%
per niente adeguata	0%
molto adeguata	0%
del tutto adeguata	0%

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Riguardo alla qualità di protesi e ausili (figura 23) il triste primato lo ottengono nuovamente le **carrozze (27,7%)**. Al secondo posto ritroviamo (**10,7%**) i **deambulatori ed in generale gli ausili per la deambulazione**. Quello che preoccupa sempre il 10,7% delle Associazioni è la scarsa qualità di **pannoloni, ausili per la stomia e cateteri**. Il fatto che le Regioni pensino di attuare i risparmi sulla spesa sanitaria sulla qualità persino di pannoloni, ausili per la stomia e cateteri, ci fa capire la deriva che stiamo raggiungendo. Non si parla neanche lontanamente di innovazione, ma del diritto di potersi muovere autonomamente (carrozze e deambulatori) e di avere una vita sociale dignitosa (pannoloni, ausili per la stomia e cateteri).

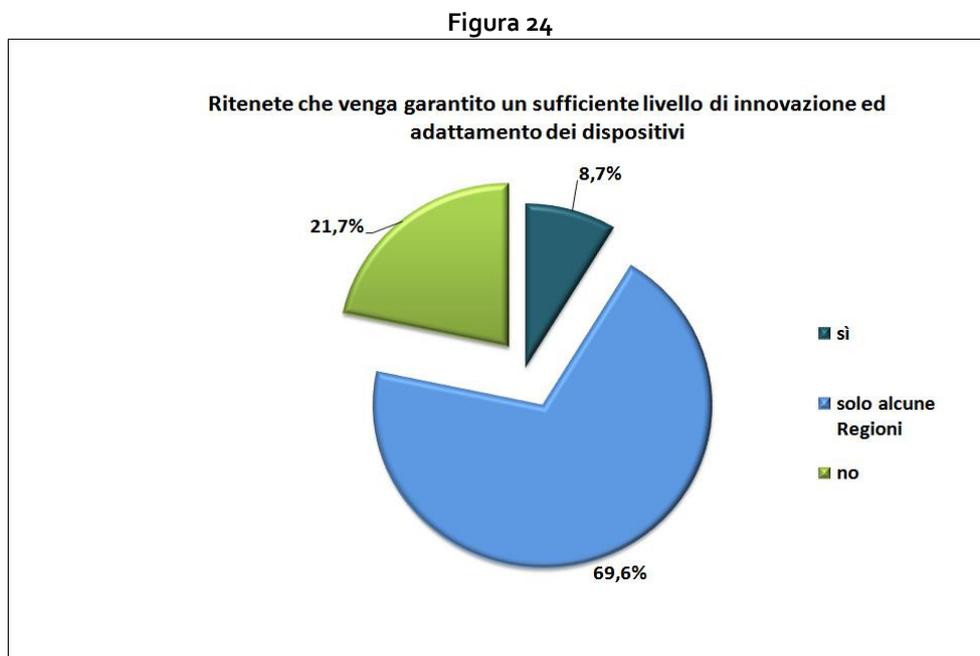
Figura 23

Risposte multiple



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

L'innovazione e l'adattamento dei dispositivi (figura 24), ovvero un'assistenza protesica personalizzata ed adeguata è possibile **solo in alcune Regioni**, come testimonia il **69,6%** delle Associazioni. Quello che dovrebbe essere un diritto acquisito di tutti i cittadini italiani, dipende purtroppo dal proprio luogo di residenza.



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

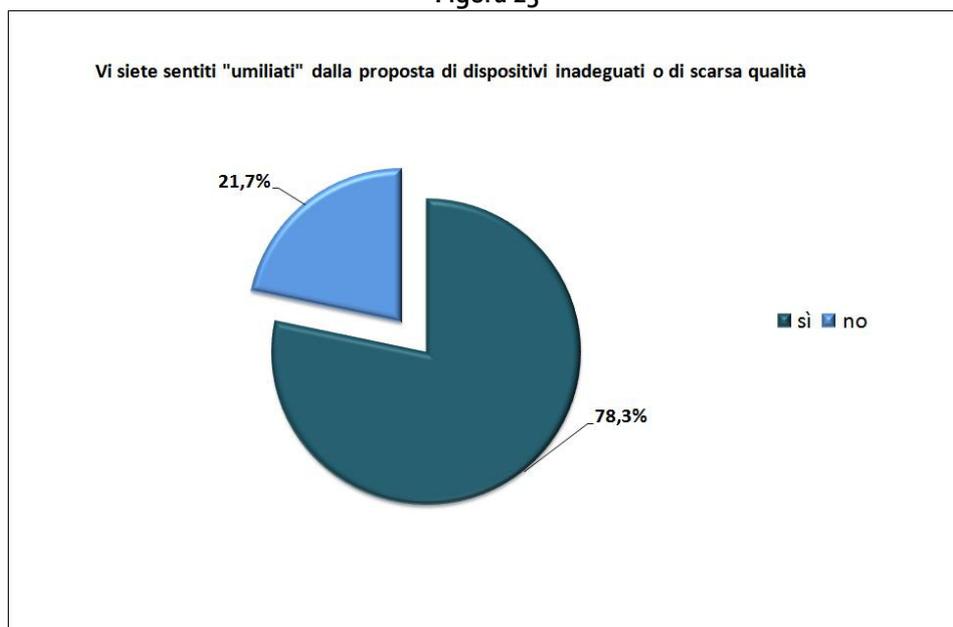
La possibilità di avere presidi, protesi e ausili di qualità accettabile, personalizzati e in tempi congrui, costa annualmente alle famiglie in media 944 euro.

La spesa media annuale per l'acquisto di protesi ed ausili	944,00 euro
--	-------------

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

La figura 25 esprime più chiaramente quanto ad essere calpestati non siano solo le esigenze dei malati, ma la stessa dignità umana. **Il 78,3% delle Associazioni intervenute nell'analisi dichiarano che i propri associati si sono sentiti "umiliati" dalla proposta di dispositivi inadeguati o di scarsa qualità.** Questo è un dato che parla decisamente da sé e non necessita commenti.

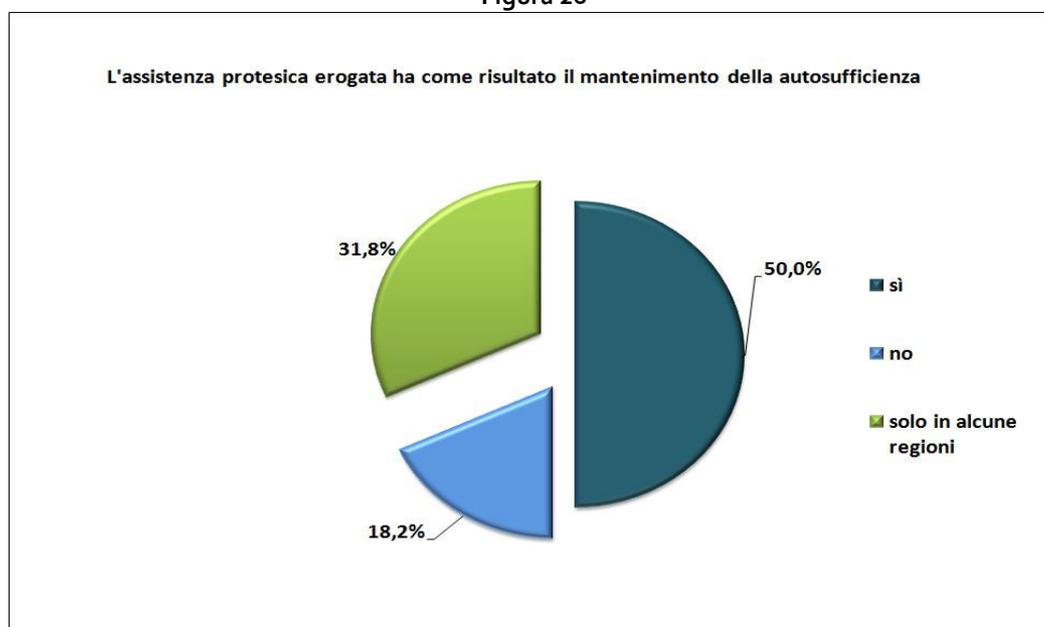
Figura 25



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Per quanto riguarda la capacità di garantire il mantenimento dell'autosufficienza attraverso l'assistenza protesica ed integrativa (figura 26), quello che stupisce è che il **31,8%** delle Associazioni risponde: **solo in alcune Regioni**, sottolineando quanto, ancora una volta, pesino le differenze territoriali.

Figura 26



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Tenendo complessivamente conto delle risposte delle Associazioni sull'assistenza protesica ed integrativa, il quadro che ne viene fuori è preoccupante. Tempi lunghi e a volte lunghissimi per ottenere ausili che, solo in alcune Regioni sono innovativi e adatti, ma che in genere, troppo spesso, risultano scadenti ed anche umilianti per le persone che li ricevono.

5.8 – L'assistenza socio-sanitaria residenziale e semiresidenziale

Per concludere l'analisi dei dati sull'assistenza territoriale dal punto di vista delle Associazioni, affronteremo ora le prestazioni residenziali e semiresidenziali.

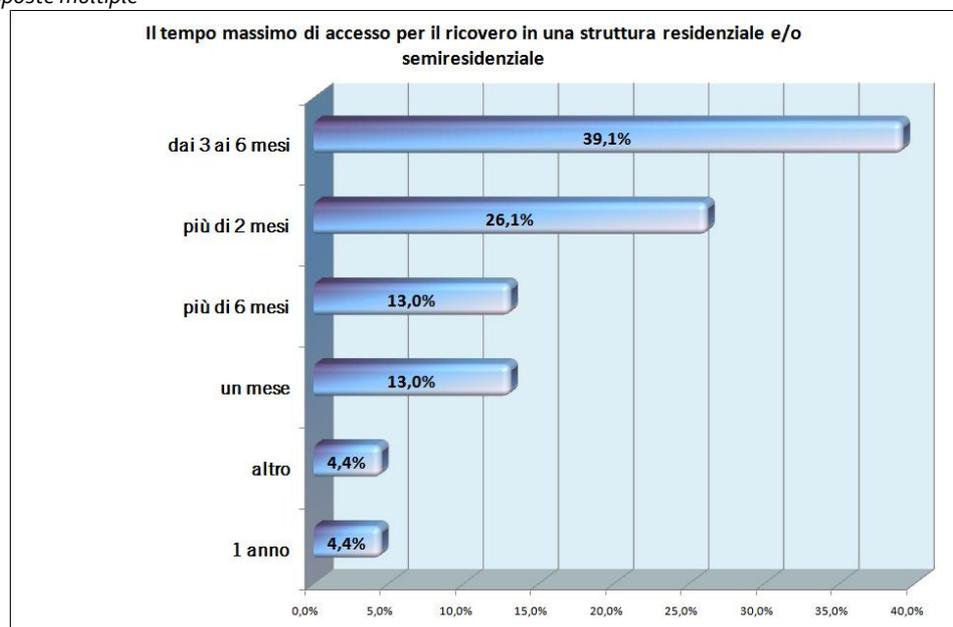
Con ciò si intende il complesso integrato di prestazioni socio-sanitarie ed assistenziali erogate a soggetti non autosufficienti e non assistibili a domicilio. Si tratta di prestazioni di assistenza a lungo termine a persone in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di "terapia post-acuzie" (riabilitazione e lungodegenza post-acuzie), svolte in genere in regime ospedaliero o in strutture extra-ospedaliere specializzate per la riabilitazione.

Parliamo, pertanto, di RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale), ma anche, Case Protette, Residenze Protette, Istituti di Riabilitazione Geriatrica, Lungodegenze Riabilitative..... Perciò quando l'anziano con patologia cronico-degenerativa, permanentemente o temporaneamente, non può essere curato al proprio domicilio, né essere ricoverato in ospedale in quanto in un fase stabilizzata e non acuta della propria patologia, la soluzione prospettata è l'inserimento in queste strutture.

Il primo problema che però ci si trova ad affrontare sono le lunghissime liste di attesa per il ricovero. Il **39,1%** delle Associazioni afferma che **l'attesa mediamente è dai 3 ai 6 mesi** (figura 27), un tempo che, in queste condizioni, è davvero lunghissimo. Il **13%** attende anche più di 6 mesi.

Figura 27

Risposte multiple



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Il **79,2%**, ovvero una percentuale altissima di Associazioni, ritiene che la qualità dell'assistenza socio-sanitaria erogata nelle strutture residenziali e/o semiresidenziali è mediocre (tab. 34).

Tabella 34 – Ritenete che l'assistenza socio-sanitaria erogata nelle strutture residenziali e/o semiresidenziali sia

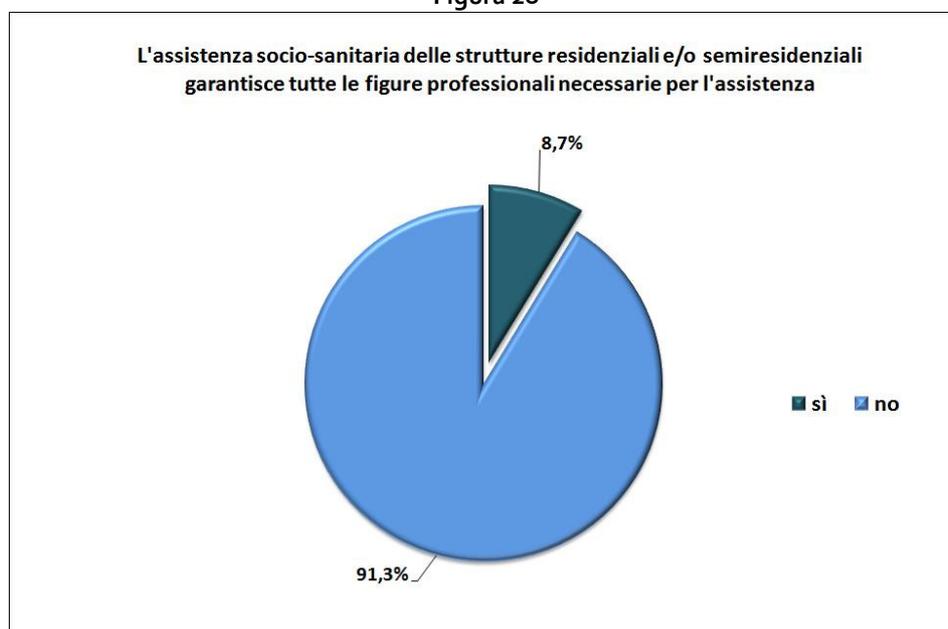
pessima	0%
cattiva	4,1%
mediocre	79,2%
sufficiente	16,7%
ottima	0%

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Solo l'8,7% ritiene che queste strutture garantiscano la presenza di tutte le figure professionali necessarie all'assistenza (figura 28).

Quello che sembra è che a questa categoria di soggetti si possa garantire solo il minimo delle cure indispensabili.

Figura 28



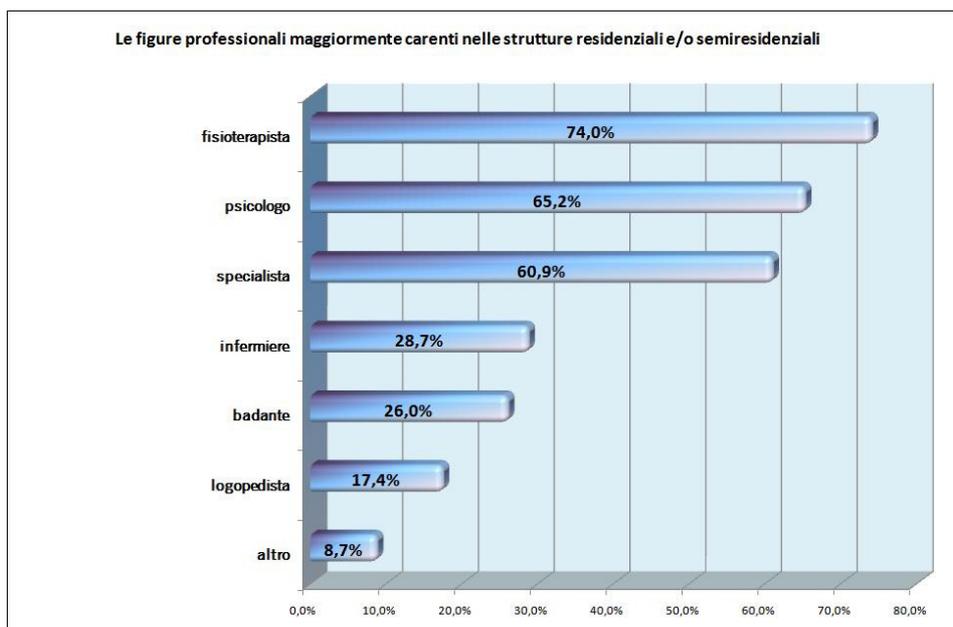
Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

La figura che è maggiormente carente nell'assistenza erogata nelle strutture residenziali e/o semiresidenziali (figura 29), secondo il 74% delle Associazioni, è il **fisioterapista** seguito dallo **psicologo** (65,2%) e dallo **specialista** (60,9%).

Ciò denota la mancanza di attenzione sia verso il mantenimento dell'autosufficienza, che sullo stato di disagio psicologico dei pazienti.

Figura 29

Risposte multiple



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

La prima criticità segnalata nell’assistenza erogata (tab. 35), dal **66,6%** delle Associazioni, è proprio il **mantenimento dell’autosufficienza** nei movimenti ed atti quotidiani. Segue (**62,5%**) la **movimentazione del paziente per evitare le piaghe da decubito** e la **socialità (45,8%)**. Queste strutture vengono descritte più come “parcheggi” per pazienti anziani dove l’assistenza è ridotta al minimo, con spesso un solo infermiere per reparto ed i pazienti abbandonati a sé stessi.

Tabella 35 – Gli aspetti su cui viene riscontrata minore attenzione nell’assistenza per i degenti delle strutture residenziali e/o semiresidenziali

Risposte multiple

mantenimento dell’autosufficienza (nei movimenti e negli atti quotidiani: lavarsi da soli, ecc.)	66,6%
movimentazione del paziente per evitare piaghe da decubito	62,5%
socialità	45,8%
prevenzioni delle infezioni	33,3%
igiene	25%
nutrizione	20,8%
idratazione	16,6%
aderenze alle terapie	16,6%

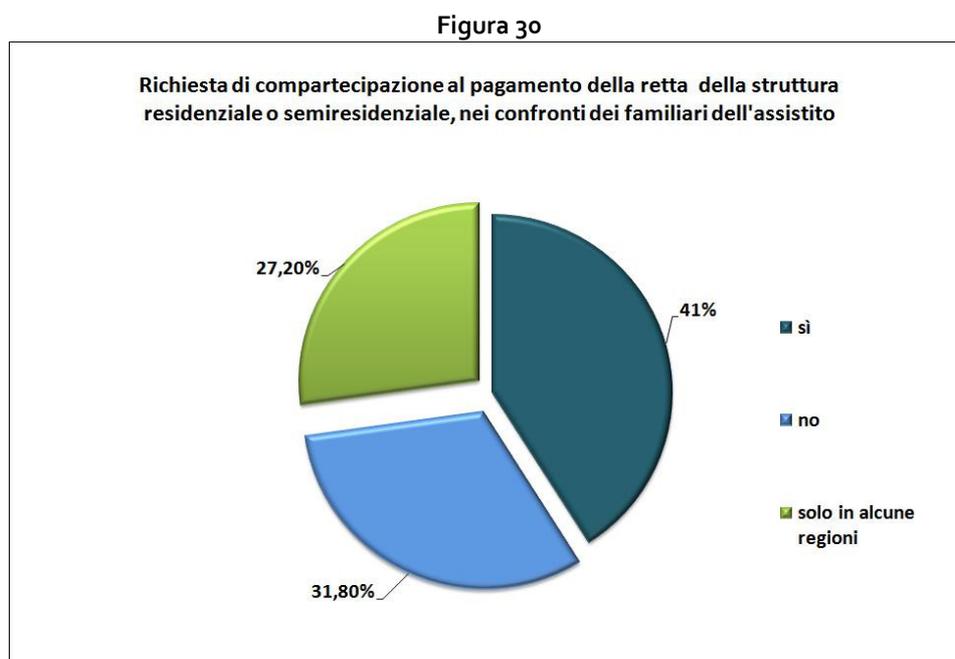
Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Quanto sono costrette a pagare le famiglie, impossibilitate a tenere a casa la persona cara per garantirgli una cura mediocre, ma l’unica possibile? Mediamente, quasi 14.000 euro l’anno.

La spesa media annuale per la retta delle strutture residenziali e/o semiresidenziali	13.946,00 euro
---	----------------

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Il **27,2%** delle Associazioni risponde che solo in alcune Regioni è richiesta una **compartecipazione dei familiari al pagamento della retta** (figura 30), che, tra l'altro, varia a seconda della Regione.



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Quanto detto finora sulla qualità dell'assistenza di questo tipo di strutture acquista toni drammatici considerando che ben il **43,5% delle Associazioni segnala la presenza di forme di maltrattamento** (tab. 36).

Tabella 36 – Segnalazioni di maltrattamenti in strutture residenziali e/o semiresidenziali

no	56,5%
sì	43,5%

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Si parla di **abbandono del paziente (70%)**, **trascuratezza dell'igiene (70%)**, forme di **aggressività (60%)**, presenza di **piaghe da decubito (60%)**, **malnutrizione (40%)**, **disidratazione (30%)** e addirittura nel **10%** dei casi perfino **contenzione** (figura 31).

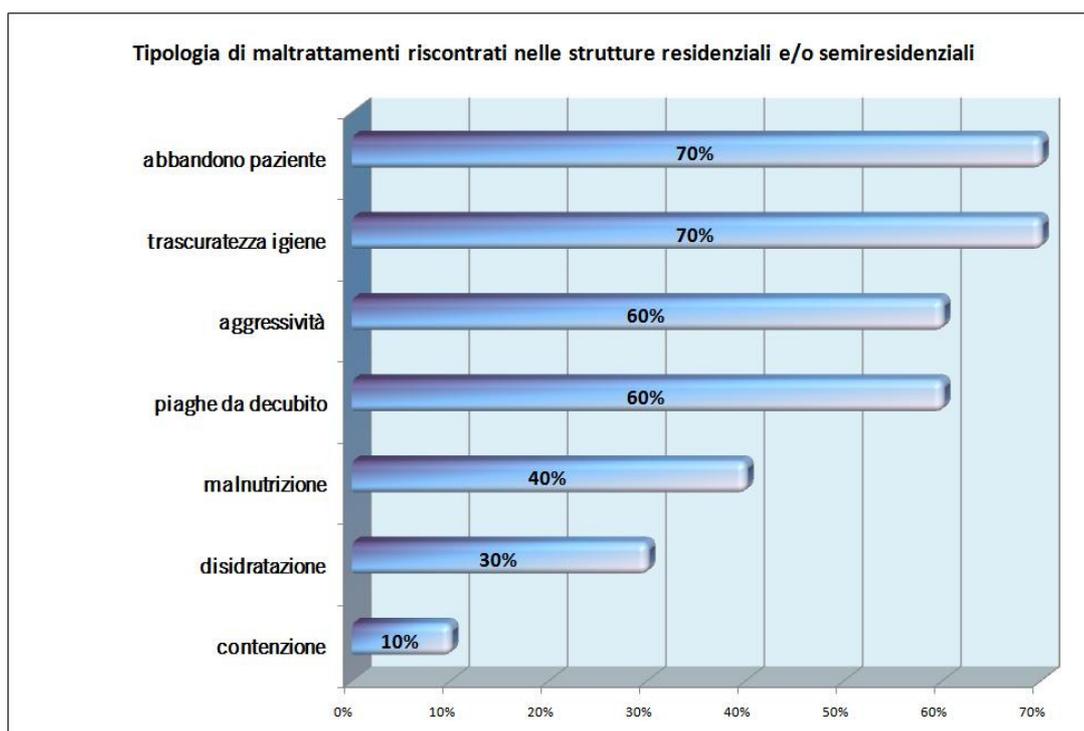
Il quadro descritto è grave: anziani non autosufficienti e fragili abbandonati, malnutriti, disidratati, spaventati, con piaghe da decubito.

Così arrivano spesso nei Pronto Soccorso di molti ospedali, ormai sfiniti.

Il tema torna, purtroppo, alla ribalta quando emerge l'ennesimo caso di cronaca.

Figura 31

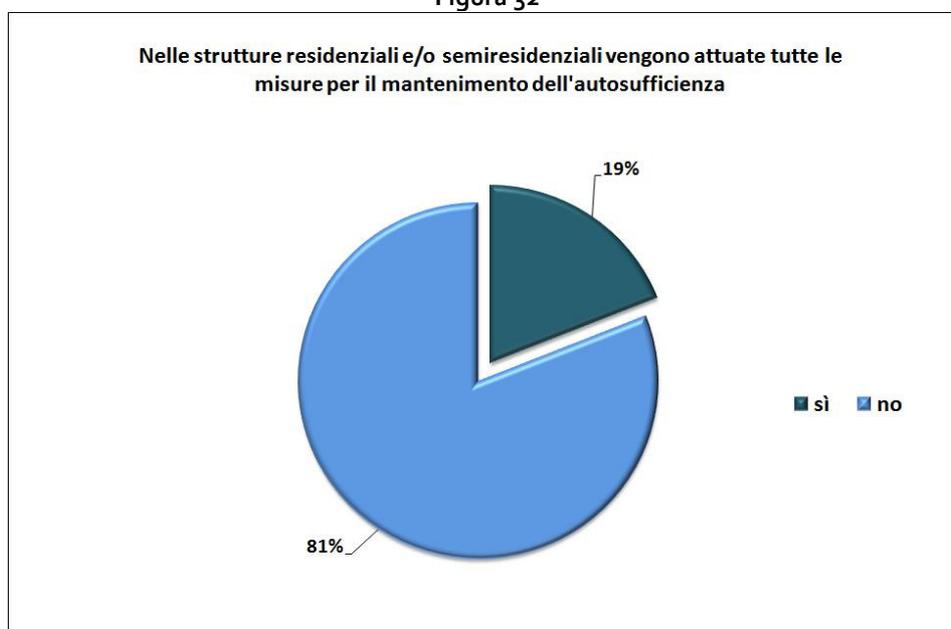
Risposte multiple



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Come si può facilmente prevedere il **mantenimento dell'autosufficienza** non è un obiettivo perseguito dalle strutture semiresidenziali per l'**81%** delle Associazioni (figura 32).

Figura 32



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Il **dolore** generalmente viene **sminuito** (56,6%) o **non viene misurato** (21,7%). Solo per il **13%** delle Associazioni viene misurato, ma **solo se il dolore è acuto**, e la percentuale diminuisce al **8,7%** per le strutture in cui la **rilevazione del dolore viene regolarmente praticata** (tab. 37).

Tra piaghe da decubito e infezioni queste persone si trovano a soffrire molto, ma rilevare ed alleviare il loro dolore non è un obiettivo della maggior parte delle strutture.

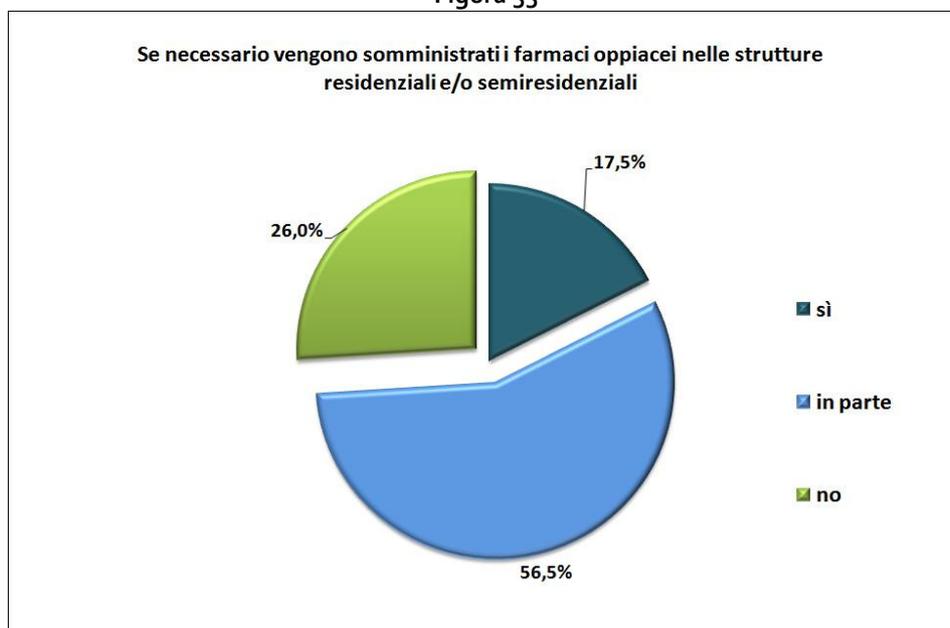
Tabella 37 – Nelle strutture residenziali e/o semiresidenziali viene regolarmente misurato il dolore

Non sempre, viene generalmente sminuito	56,6%
No non viene mai misurato	21,7%
Viene misurato solo se acuto	13%
Si viene regolarmente misurato	8,7%

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Come possiamo vedere nella figura 33 più della metà delle Associazioni afferma che **la somministrazione degli oppiacei avviene in parte, ovvero dipende dalle strutture**, altrimenti **non viene effettuata (26%)**. Solamente il **17,5%** ha sempre riscontrato la somministrazione degli oppiacei laddove necessario. Decisamente troppo poco per un aspetto così importante nell'assistenza.

Figura 33



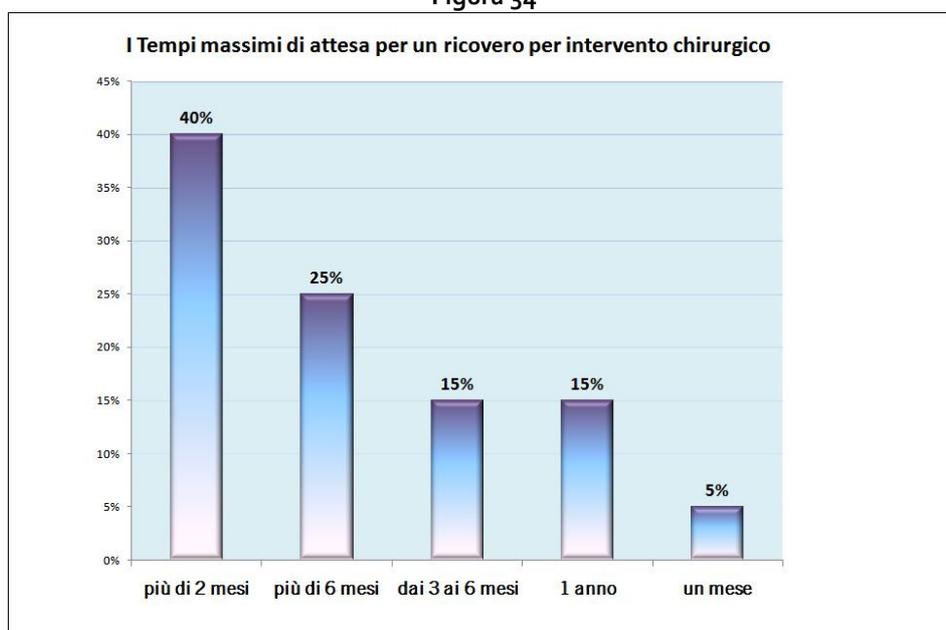
Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

5.9 – L'assistenza ospedaliera

L'assistenza territoriale, come abbiamo visto nei capitoli precedenti, funziona solo in alcune Regioni e la sua qualità complessiva è piuttosto bassa. Vediamo quindi ora come vanno le cose, secondo le Associazioni, per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera.

La politica dei tagli indiscriminati dei posti letto ha avuto come effetto innanzitutto l'allungamento delle liste d'attesa. **Per un intervento chirurgico** come dimostra la figura 34, **il 30% delle Associazioni dichiara di arrivare ad attendere da tre mesi ad un anno**, mentre nella maggioranza dei casi (**40%**) si attendono almeno **2 mesi**.

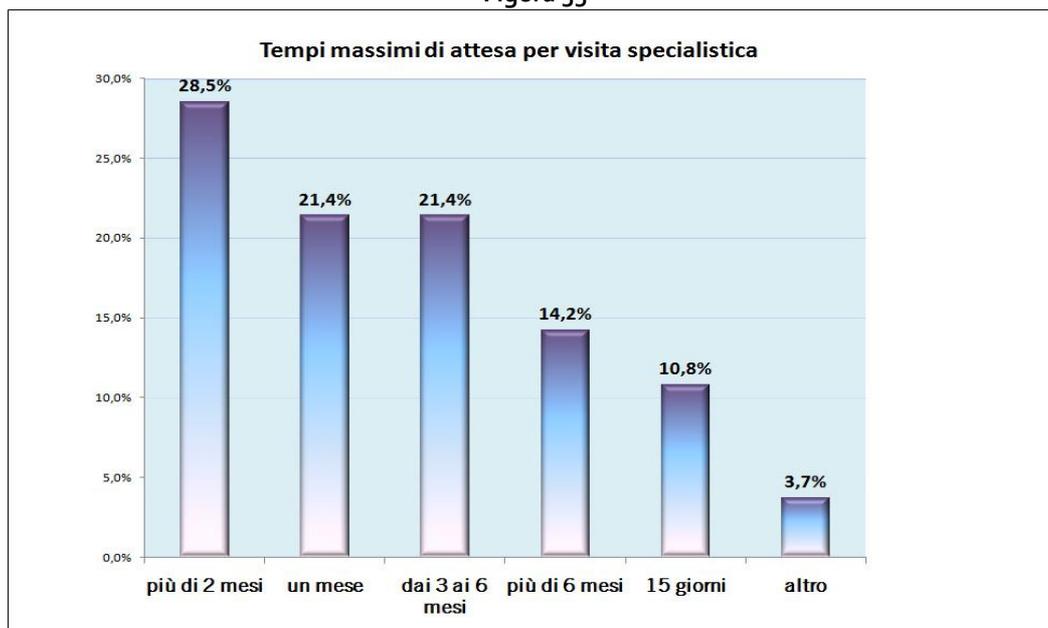
Figura 34



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Stessa cosa accade per **le visite specialistiche** (figura 35). L'attesa media come afferma la maggioranza delle Associazioni (**28,5%**) è di più di due mesi, ma si arriva ad attendere anche più **6 mesi (14,2%)**.

Figura 35



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Come possiamo notare dalla tabella 38 il **giudizio sull’assistenza ospedaliera**, al contrario di quanto abbiamo visto per quella territoriale, registra risultati migliori: a fronte di una maggioranza (**53,6%**) di Associazioni che la ritiene **mediocre**, il **42,8% di Associazioni la ritiene sufficiente**.

L’Ospedale, seppure con le sue criticità, continua a registrare la maggior fiducia delle persone affette da patologie croniche e rare, per cui rappresenta una garanzia che il territorio oggi non fornisce, se non per alcune eccezioni.

Tabella 38 – Ritenete che l’assistenza socio-sanitaria erogata in ospedale sia

pessima	0%
cattiva	3,6%
mediocre	53,6%
sufficiente	42,8%
ottima	0%

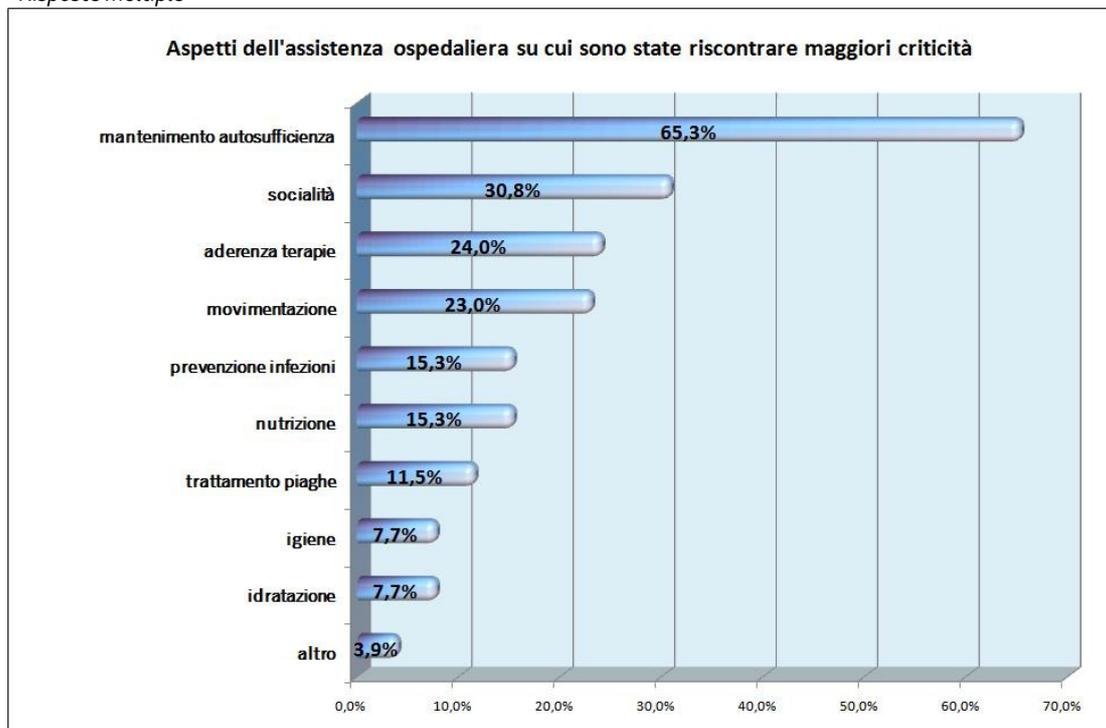
Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Comunque le criticità si riscontrano anche nell’assistenza ospedaliera (figura 36). La più avvertita è il **mantenimento dell’autosufficienza (63,5%)** seguita dalla **socialità (30,8%)**. Anche in Ospedale quindi si guarda al malato solo ed esclusivamente da un punto di vista clinico, non occupandosi della qualità di vita che gli viene offerta, che decade notevolmente dal momento in cui l’anziano non è più autosufficiente e non esiste una rete sociale a sostenerlo.

Il **24%** delle Associazioni, ancora, segnala un problema di **aderenza alle terapie**, seguono problemi di **movimentazione del paziente (23%)**, **manca di prevenzione delle infezioni (15,3%)** e problemi di **nutrizione (15,3%)**. Ad essere maggiormente carente è, quindi, l'assistenza alla persona, che viene lasciata a sé stessa, non viene movimentata, non si verifica che assuma correttamente le terapie, soprattutto non viene aiutata a far da sé, perdendo così l'autonomia.

Figura 36

Risposte multiple



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Il controllo e la gestione di una patologia cronica può essere molto costoso, anche perché si è costretti, viste le lunghe liste d'attesa, a rivolgersi al privato o in regime intramurario. **La spesa media annuale per le visite specialistiche è quindi di ben 855 euro**

La spesa media annuale per le <u>visite specialistiche</u> effettuate in regime privato o intramurario	855,00 euro
--	-------------

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

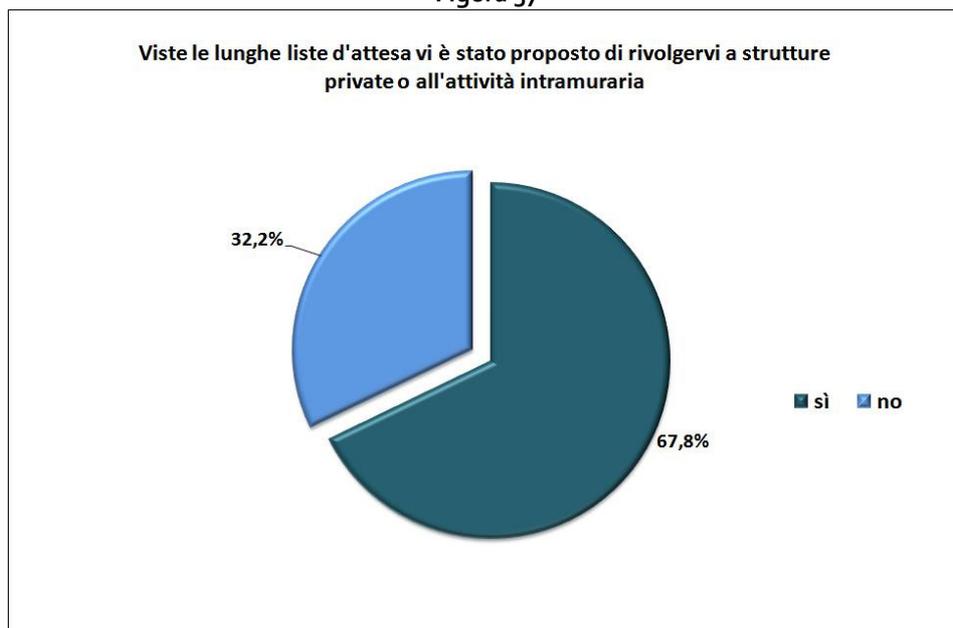
Ancora più costosa risulta la spesa per **gli esami diagnostici** che si è costretti a fare in regime privato o intramurario, in questo caso si raggiungono i **1.034 euro** annuali.

La spesa media annuale per <u>esami diagnostici</u> effettuati in regime privato o intramurario	1.034,00 euro
---	---------------

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Questa non è affatto una scelta dei cittadini. Molte volte accade che siano gli stessi operatori sanitari a **"suggerire" altre vie, per non attendere mesi in lista d'attesa**. È quanto accade secondo il **67,8% delle Associazioni** (figura 37).

Figura 37



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Abbiamo visto che nell’assistenza territoriale, in particolare quella relativa alle strutture residenziali e semiresidenziali, esiste un problema riguardante il trattamento dell’anziano non autosufficiente, sottoposto in alcuni casi anche a maltrattamenti.

In Ospedale le segnalazioni di maltrattamenti sono meno frequenti (31%) (tab. 39).

Rimane il fatto che esistono.

Tabella 39 – Segnalazioni di maltrattamenti in strutture ospedaliere

no	69%
sì	31%

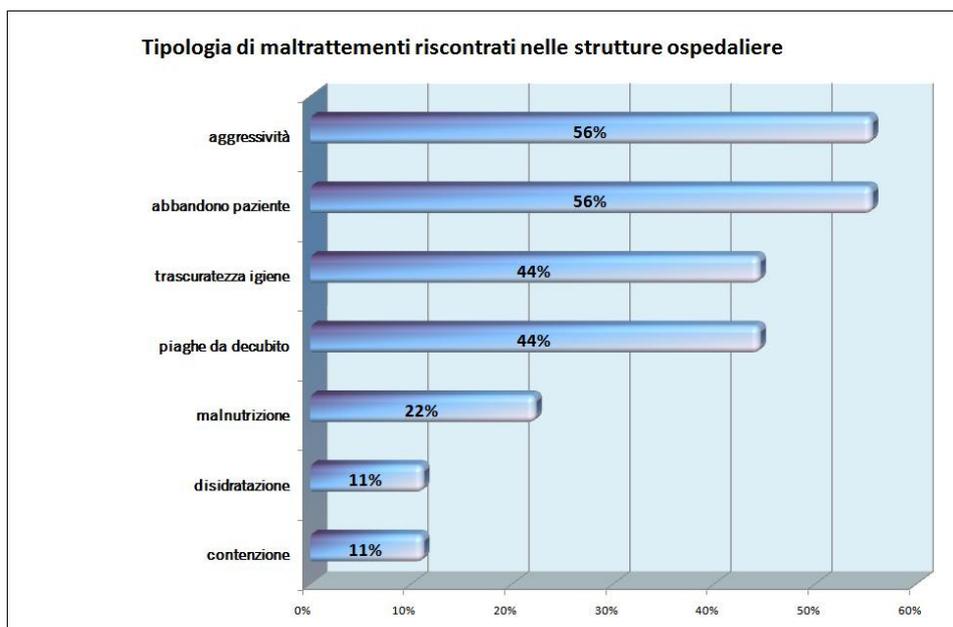
Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Rispetto le tipologie di maltrattamenti segnalate (figura 38), le più frequenti riguardano l’**aggressività** nei confronti dei pazienti (**56%**) il loro **abbandono** (sempre **56%**), la **trascuratezza dell’igiene** (**44%**) e sempre, con la stessa percentuale, le **piaghe da decubito**.

Probabilmente, i provvedimenti degli ultimi anni relativi al contenimento della spesa per il personale sanitario non hanno contribuito a migliorare il clima lavorativo.

Figura 38

Risposte multiple



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Un altro aspetto importante nel misurare l’attenzione rivolta ai pazienti ed ai loro familiari, riguarda la somministrazione del consenso informato (tab. 40). La buona notizia è che **generalmente viene somministrato**; infatti **solo l’11,5%** delle Associazioni risponde **No**. Inoltre, per il **38,4%** il **consenso viene somministrato sia alla persona interessata che ai familiari**.

Tabella 40 – In caso di prestazioni invasive viene somministrato il consenso informato

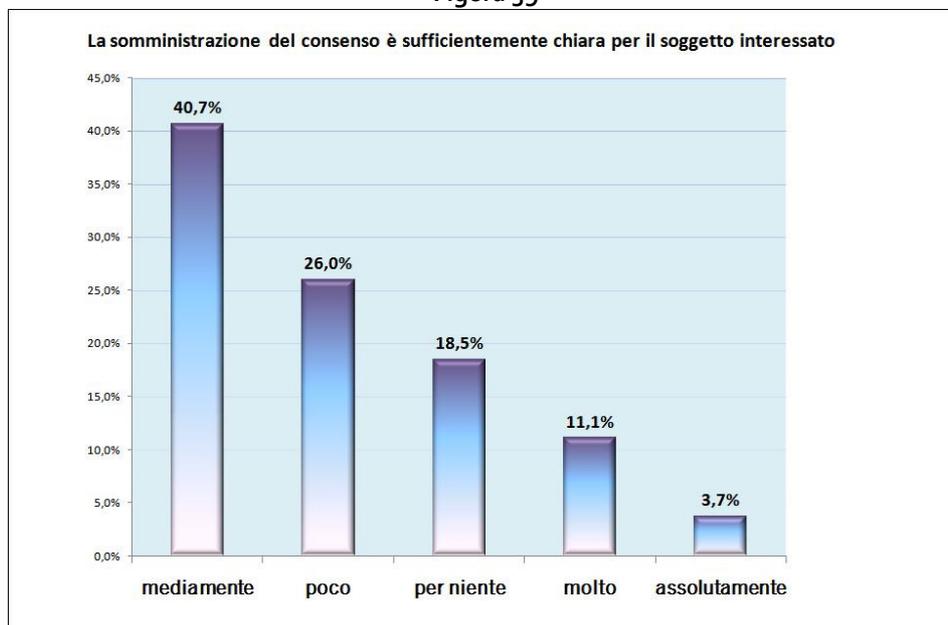
Si ad entrambi	38,4%
Si ai familiari	27 %
Si alla persona	19,2 %
no	11,5 %
Non sempre	3,9%

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Il vero problema si riscontra nel fatto che, ancora oggi, il consenso informato è considerato un adempimento burocratico, più che un reale strumento di informazione. Il **40,7%** delle Associazioni dichiara, infatti, che **il consenso somministrato è mediamente chiaro**, risulta **molto comprensibile solo per l’11,7%** delle Associazioni.

Per il **18,5%** invece è addirittura **per niente comprensibile** (figura 39).

Figura 39



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Come per l'assistenza territoriale, anche per l'assistenza ospedaliera, **il mantenimento dell'autosufficienza dei pazienti anziani non è un obiettivo per il 67,8%** delle Associazioni (tab. 41).

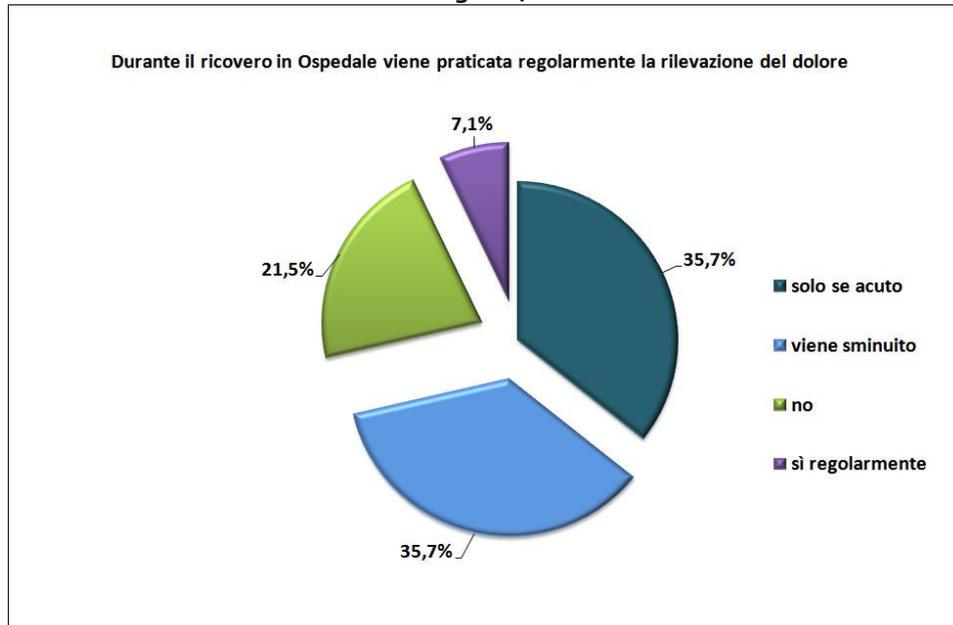
Tabella 41 – In ospedale vengono attuate tutte le misure per garantire il mantenimento dell'autosufficienza e delle abilità residue

no	67,8%
sì	32,2%

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Un altro aspetto spesso trascurato nell'assistenza è quello della **rilevazione del dolore** (figura 40). Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, **viene regolarmente registrato solo secondo il 7,1% delle Associazioni**, mentre **per il 35,7% delle Associazioni, viene misurato solo se acuto oppure viene sminuito**. Circa un'Associazione su cinque afferma che **non viene mai misurato**.

Figura 40



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Per quanto riguarda, infine, la **somministrazione dei farmaci oppiacei** (tab. 42) la maggioranza delle Associazioni, ovvero il **48,2%**, dice che avviene **in parte**, ovvero non in tutti i casi, o più probabilmente non in tutte le realtà. Per il **22,2%** non vengono mai somministrati, ed il **29,6%** risponde positivamente.

Tabella 42 – Se necessario in ospedale vengono somministrati i farmaci oppiacei

in parte	48,2%
no	22,2%
sì	29,6%

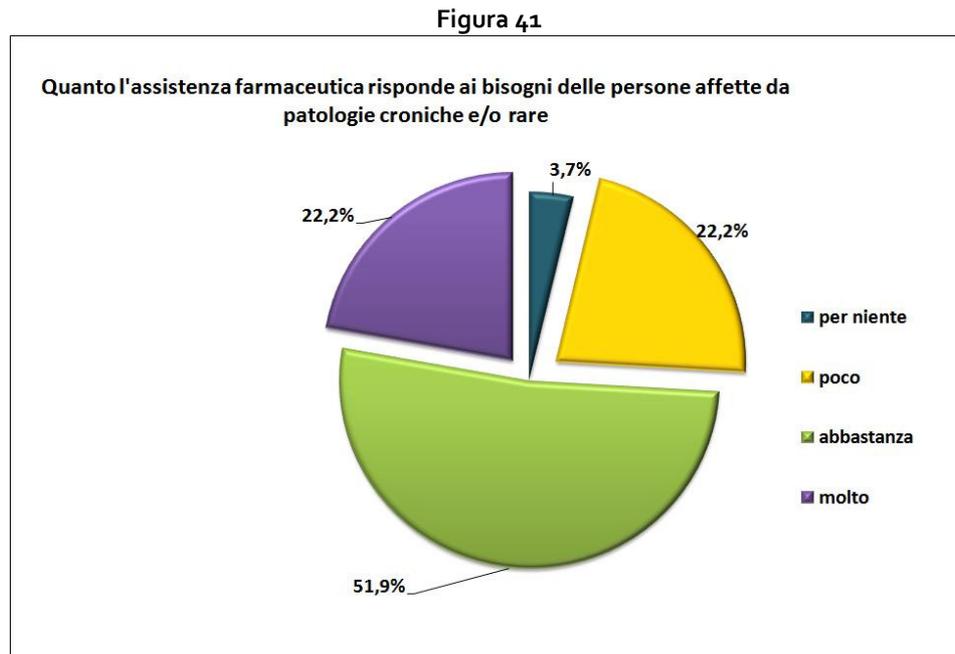
Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

5.10 – L'assistenza farmaceutica

L'accesso all'assistenza farmaceutica è un aspetto importante per il trattamento di molte patologie croniche e rare.

Vediamo, innanzitutto, quale è il giudizio espresso dalle Associazioni sulla capacità dell'assistenza farmaceutica di rispondere alle esigenze dei pazienti.

Per il **51,9%** delle Associazioni risponde mediamente alle esigenze di salute (figura 41). Esistono, pertanto, alcuni ambiti sui quali è possibile migliorarla.



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Ciò che maggiormente lamentano le Associazioni (**55,2%**), sono i **tempi eccessivamente lunghi per l'autorizzazione all'immissione in commercio di alcuni farmaci da parte dell'AIFA** e le **limitazioni di accesso ai farmaci da parte delle Aziende Ospedaliere o delle ASL per motivi di budget** (tab. 43). Molto spesso accade, infatti, che farmaci presenti nel prontuario farmaceutico non vengano dispensati da alcuni ospedali o ASL e i pazienti siano costretti a spostarsi anche per centinaia di chilometri per poter accedere ad una terapia più innovativa, o siano costretti ad essere pazienti di serie B ed accontentarsi di quello che "passa" la propria ASL.

Un altro importante problema riguarda il **numero di farmaci non rimborsati e quindi a carico dei cittadini (34,4%)**; se a questo aggiungiamo che molte Regioni hanno inserito i ticket anche per chi è affetto da una patologia cronica e/o rara ci accorgiamo del peso economico che questa voce di spesa ha per un anziano che magari vive con la pensione minima.

Un'altra ingiusta ed assurda forma di limitazione all'accesso all'assistenza farmaceutica è rappresentata dai **tempi diversificati di inserimento dei farmaci nei PTOR (Prontuario Farmaceutico Ospedaliero Regionale)**, diventati per le Regioni uno strumento di contenimento della spesa farmaceutica. A porre limitazioni, per il **31% delle Associazioni è il Medico di Medicina Generale, che si rifiuta di prescrivere un determinato farmaco**. Sempre il **31%** delle Associazioni riscontra invece **difficoltà nel rilascio del piano terapeutico**.

Altri problemi di accesso riscontrati dalle Associazioni sono nell'ordine: la limitazione delle note AIFA, i tempi eccessivamente lunghi di inserimento dei farmaci nei PTOR, il mancato inserimento nei PTOR e la scarsità o lontananza del centro farmaceutico dal proprio domicilio.

Tabella 43 – Le criticità riscontrate nell'assistenza farmaceutica

Risposte multiple

Tempi eccessivamente lunghi per l'autorizzazione all'immissione in commercio del farmaco da parte di AIFA	55,2%
Limitazione da parte delle AO e ASL per motivi di budget	55,2%
Farmaco non rimborsato (fascia C)	34,4%
Tempi di inserimento del farmaco nei PTOR diversi da Regione a Regione	34,4%
Limitazione di prescrizione da parte del MMG	31%
Difficoltà nel rilascio del piano terapeutico	31%
Farmaco in fascia C con limitazione (nota AIFA)	24,1%
Tempi di inserimento del farmaco nei PTOR eccessivamente lunghi	24,1%
Mancato inserimento del farmaco nei PTOR	20,7%
Scarsità o lontananza del centro farmaceutico del domicilio	6,9%

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Quello che sicuramente è un problema per le famiglie è il costo elevatissimo, in media **1.127 euro** l'anno, che devono sostenere **per l'acquisto dei farmaci necessari e non rimborsati dal SSN.**

La spesa media annuale per l'acquisto di farmaci necessari e non rimborsati dal SSN	1127,00 euro
---	--------------

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

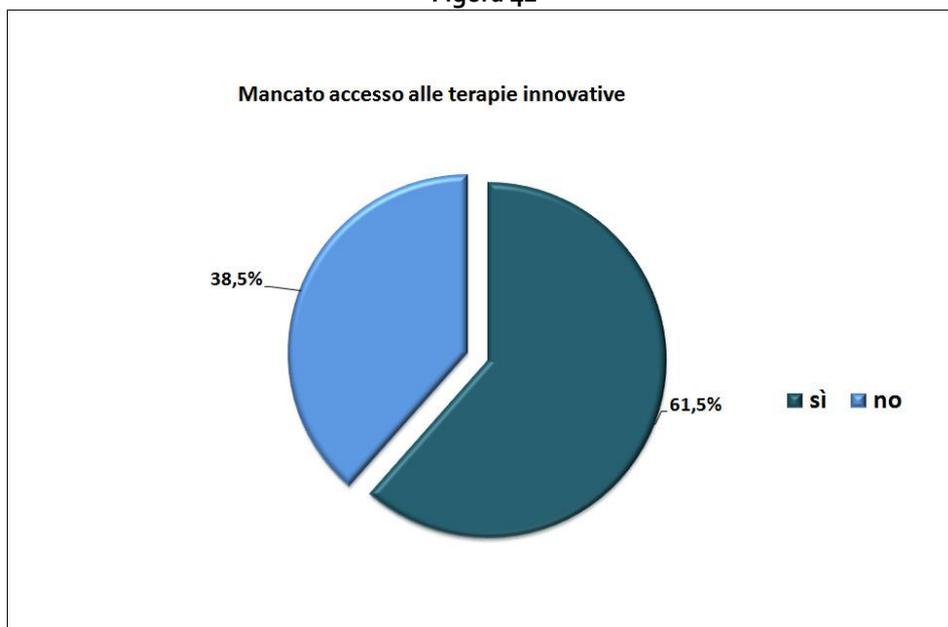
Leggermente più alta risulta la spesa per l'acquisto di **parafarmaci** (integratori alimentari, pomate, creme, colliri, ecc.), per **una spesa totale di 1.297,00 euro l'anno.**

La spesa media annuale per l'acquisto di parafarmaci (es. integratori alimentari, dermocosmetici – creme, pomate -, lacrime artificiali, ecc.)	1297,00 euro
--	--------------

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Un ultimo aspetto molto importante, riguardante la capacità effettiva dell'assistenza farmaceutica di rispondere alle esigenze di cura dei pazienti, è l'**accesso alle terapie innovative** (figura 42). Ben il **61,5% di Associazioni afferma di non riuscire ad accedere alle terapie innovative.**

Figura 42



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

È lungo l’elenco di patologie che non riescono ad accedere a tali terapie:

Tabella 44 – Le patologie per le quali risulta difficoltoso accedere alle terapie innovative

malattia di behcet
leucemie
epatiti
diabete
infezioni osteoarticolari
insufficienza respiratoria cronica
BPCO
malattia di Huntington
osteoporosi
sclerosi multipla
sclerodermia
Morbo di Crohn e colite ulcerosa
Cefalea
artrite reumatoide
cistite interstiziale
difetti ereditari della coagulazione

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Box 1 – Criticità maggiormente riscontrate dai cittadini affetti da Epatite, Cirrosi, Epatocarcinoma e trapiantati di fegato sull'assistenza farmaceutica e sulle terapie farmacologiche.

A cura di Epac onlus

Ritardi nell'approvazione della rimborsabilità dei farmaci innovativi. E' un fatto che l'approvazione dei nuovi farmaci per la cura dell'epatite C, (gli inibitori della proteasi), ha subito pesanti ritardi rispetto ad altri paesi europei. Il primo dei dossier registrativi è stato inviato ad AIFA nel luglio 2011 e solo un anno dopo, nell'agosto 2012, l'Agenzia del farmaco ha concesso la rimborsabilità. Aggiungendo i tempi di pubblicazione del decreto in gazzetta e di introduzione dei farmaci nei prontuari regionali, è verosimile che in alcune regioni i farmaci saranno disponibili ai pazienti dopo 18 mesi dall'approvazione dell'EMA. Considerata l'elevata importanza clinica e sociale di questi nuovi farmaci, queste tempistiche sono inaccettabili soprattutto per una certa fascia di pazienti a rischio. Proprio per questi (migliaia) di pazienti la posta in gioco è altissima: in particolare facciamo riferimento ai pazienti con cirrosi o malattia avanzata, co-infetti con HIV, trapiantati di fegato con recidiva da HCV i quali sono al limite della eleggibilità a queste nuove cure e che non possono aspettare: col trascorrere del tempo si allontana la loro unica possibilità di bloccare l'evoluzione della patologia. Evidenze scientifiche indicano chiaramente il rischio: Le percentuali di evoluzione da cirrosi compensata a cirrosi scompensata sono di circa il 5-7% per anno. **Conseguenze:** se questi pazienti non vengono prontamente curati, sono destinati alle inenarrabili sofferenze dello scompenso epatico, al decesso o al trapianto di fegato per i più "fortunati". Rendere indisponibili farmaci così importanti anche per soli pochi mesi presenta un conto molto salato: parliamo di numerosi malati che perderanno anni di vita con decesso prematuro e dell' incremento dei costi a carico del SSN per curare le complicanze derivate dal non curare tempestivamente. E' un fatto incontestabile che, in situazioni come questa, la rapidità con la quale si mette a disposizione un farmaco ai medici e pazienti è un fattore chiave che può cambiare l'intero corso della malattia. Si rende quindi necessaria una seria riflessione da parte del Ministero della Salute sulle modalità di presa in carico dei farmaci nel nostro paese e guardare a modelli europei più efficaci sotto questo aspetto, ovvero più flessibili e pronti a recepire immediatamente farmaci di rilevante interesse sociale.

Accesso diversificato nelle singole regioni: da diversi mesi, in alcune Regioni sono stati convocati e operativi gruppi di lavoro sull'epatite virale, con l'obiettivo di elaborare "linee guida" per definire l'accesso ai nuovi farmaci. Questi tavoli hanno l'obiettivo dichiarato di "razionalizzare la spesa" o "ottimizzare" qualsivoglia, attraverso la consulenza di esperti del settore. Benchè lo scopo dichiarato sia nobile ci siamo, ed abbiamo chiesto, (senza avere risposte convincenti), quale sia l'utilità di sviluppare algoritmi curativi a livello regionale, se ne esistono già a livello nazionale ed internazionale curati da esperti del settore. Nulla da dire sull'autonomia regionale sulla gestione della spesa Sanitaria (in virtù dell'articolo 5 della Costituzione e il Titolo V della Parte seconda della Costituzione all'articolo 119), tuttavia pare concreta una certa differenza di vedute tecnico-scientifiche tra i medici specialisti consulenti dei vari tavoli di lavoro, influenzate pesantemente dalla scarsità di fondi che l'istituzione immancabilmente lamenta. Con questi presupposti, le "linee guida regionali" sono improntate ad una sorta di selezione di pazienti da curare per primi compatibilmente con le risorse disponibili, cercando di limitare o meglio "suggerire" l'accesso alla terapia ai soli pazienti più gravi. A parte la palese discriminazione, questo fa a pugni con una certa logica clinica che evidenzia che i pazienti "meno gravi" hanno probabilità elevate pari al 70-80% di riuscire a guarire. Va inoltre considerato che i centri specializzati che saranno in grado di gestire i nuovi farmaci (gravati da notevoli effetti collaterali) non sono uniformemente distribuiti sul territorio nazionale e questo insieme di situazioni potrebbe portare ad una disparità di accesso al trattamento a seconda della regione di appartenenza e certamente a un **incremento delle migrazioni dei pazienti che cercheranno centri specializzati in grado di offrire loro maggiori speranze di cura.**

Esami diagnostici scoperti da esenzione e costi per i pazienti. Aalcuni esami diagnostici di recente introduzione nell'ambito delle diagnostica epatologica (es. **Fibroscan** e **IL28B**) sono indispensabili per individuare il paziente eleggibile al trattamento con i nuovi farmaci, tuttavia non sono ancora stati inseriti in qualità di prestazione esenti nelle esenzioni per patologia 016 (epatite cronica attiva) e 008 (cirrosi epatica). Tal mancanza potrebbe portare a un esborso economico considerevole, variabile da regione a regione da parte del paziente solo per capire se può accedere o meno al nuovo trattamento. In pratica una tassa pre-trattamento di default. Sfortunatamente i due esami citati non sono presenti nel Nomenclatore specialistico ambulatoriale e quindi non possono essere inseriti in esenzione, finché quest'ultimo non sarà aggiornato.

Riconoscimento dell'art. 3, Comma 3, LEGGE 104/92 per la durata del trattamento terapeutico. Le terapie antivirali per l'epatite C durano dai 6 ai 12 mesi e sono gravate da effetti collaterali duri da sopportare. Il quadro psico-fisico derivante dall'assunzione di terapie antivirali può aggravarsi a tal punto da richiamare la disabilità grave sancita dal comma 3 dell'articolo 3 della Legge 104/92: **sfortunatamente sono ancora pochissime le commissioni ASL che riconoscono questo grave handicap, seppur temporaneo.** Ai due farmaci di base che rappresentano il trattamento standard (*Standard of Care*), saranno aggiunti gli inibitori della proteasi per aumentare le possibilità di eradicazione virale. Lo svantaggio sarà un incremento degli effetti collaterali (anemia, affaticamento, sintomi simil influenzali, emicrania, piastrinopenia, rash cutanei anche gravi) già notoriamente difficili da sopportare in duplice terapia. Quindi la cura è classificabile **come simil-chemioterapia**. Tutto questo riduce ancora di più la capacità di vivere una vita sociale e lavorativa normale poiché quasi sempre il malato deve assumere farmaci per il mal di testa, dolori muscolari e articolari, per la nausea, per il vomito, per l'ansia e la depressione, disordini ematologici e dermatologici. In un ambito ristretto come quello lavorativo e senza tutele sufficienti, il malato è costretto a rivelare il proprio stato di salute con evidenti ripercussioni negative sul vissuto. In sintesi il trattamento di cui stiamo parlando è continuativo (6-12 mesi), salvavita e non facile da gestire lavorando. Di conseguenza il malato – durante la terapia – deve giustificare le assenze dal lavoro (per controlli clinici periodici, problemi di salute, effetti collaterali, visite di routine) con i propri giorni di malattia o con i propri giorni di ferie. **Criticità:** l'ottenimento del riconoscimento dell'art. 3, Comma 3, LEGGE 104/92 avviene, nella migliore delle ipotesi, solo a dopo alcuni mesi dall'inizio della terapia, ovvero il beneficio non copre il periodo di tempo iniziale del trattamento, quello più duro da gestire e con una maggiore frequenza di controlli clinici. Poche commissioni danno parere favorevole alla concessione del richiamato art. 3 comma 3 L. 104/92 e quindi uniforme sul territorio Nazionale. **Discrepanza:** solo il malato oncologico, ai sensi dell'art.6 Legge 80/06 ha la possibilità di essere chiamato a visita per l'invalidità civile e di conseguenza per il riconoscimento della legge 104/92 entro 15 giorni dalla data di presentazione della domanda.

L' accesso alle cure farmacologiche in regime detentivo. Concesso raramente e a macchia di leopardo in ragione di molteplici fattori: breve permanenza, scarsità di fondi, pazienti poco aderenti al trattamento, mancanza di un adeguato follow up terapeutico, difficoltà logistiche per trattamenti così prolungati e con notevoli effetti collaterali.

5.11 – L'invalidità civile

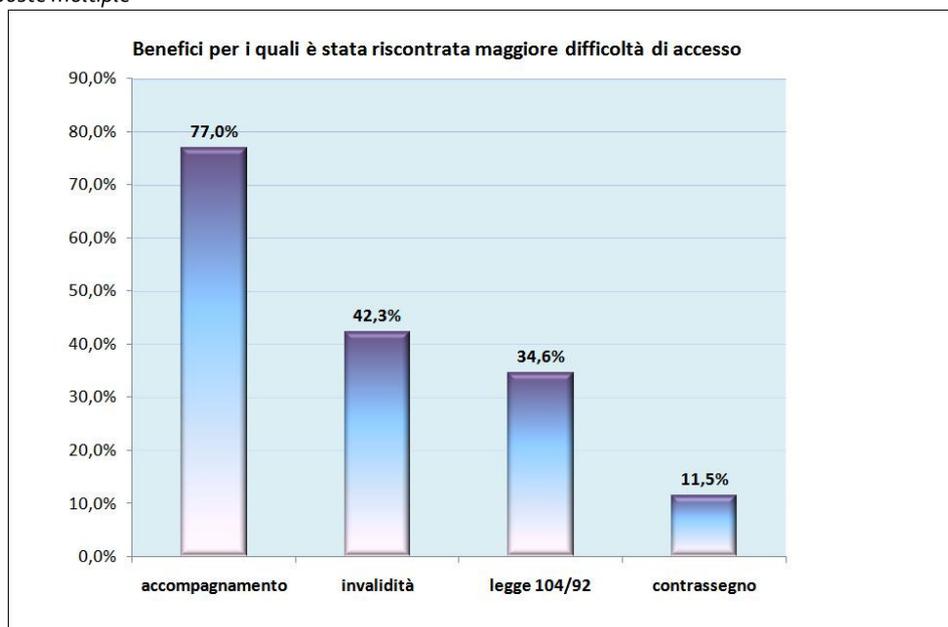
Le indennità economiche ancora parzialmente concesse dallo Stato, assumono un ruolo veramente cruciale in questo momento di crisi economica, visti i costi che gli anziani, insieme alle proprie famiglie, sono costretti a pagare di tasca propria per tutta quella parte di assistenza non erogata dallo Stato, in termini di visite, esami, protesi e ausili, ticket, farmaci, assistenza alla persona, ecc.

Negli ultimi anni c'è stata invece una preoccupante erosione, in particolare, rispetto alle **indennità di accompagnamento** come attesta il **77% delle Associazioni** (figura 43), non dovuto purtroppo ad un improvviso miglioramento della popolazione al di sopra dei 65 anni, ma ad una spregiudicata politica che ha deciso di ridurre drasticamente questa voce di spesa dello Stato, come vedremo meglio nei capitoli successivi.

Al secondo posto dei benefici maggiormente negati dallo Stato troviamo l'**invalidità (42,3%)**, anch'essa fonte di sostegno economico, seppure quasi irrisoria, rispetto ai costi dell'assistenza; a seguire il **riconoscimento della Legge 104/92 (34,6%)** e, all'ultimo posto, il **contrassegno per invalidi (11,5%)**

Figura 43

Risposte multiple



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Abbiamo poi chiesto alle Associazioni se, perlomeno, la nuova procedura di presentazione telematica della domanda di riconoscimento dell'invalidità li avesse agevolati nei tempi e nelle modalità, così come previsto dalla legge 102, che prometteva la conclusione dell'iter in 120 giorni dalla presentazione della domanda, ma, come possiamo leggere nella tabella 45 il **72% delle Associazioni non ha riscontrato una riduzione dei tempi di accertamento, né una semplificazione della procedura**

Tabella 45 – Con la presentazione telematica della domanda di riconoscimento dello stato di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, (art. 20 del D. L. n. 78/2009 convertito con modificazione nella L 102 del 3 agosto 2009), avete riscontrato una semplificazione e riduzione dei tempi?

no	72%
----	-----

sì 28%

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

La nuova procedura di riconoscimento dell’invalidità e dell’handicap prevede, inoltre, la **presenza in fase di accertamento sanitario di un medico INPS**. Ciò **non avviene** per il **48% delle Associazioni** (tab. 46). Ci chiediamo come mai a due anni di distanza dall’introduzione della norma ciò non avvenga in un caso su due.

Tabella 46 – È sempre presente il medico INPS in fase di accertamento sanitario (visita) nella commissione ASL, così come previsto nella normativa vigente

no 48%

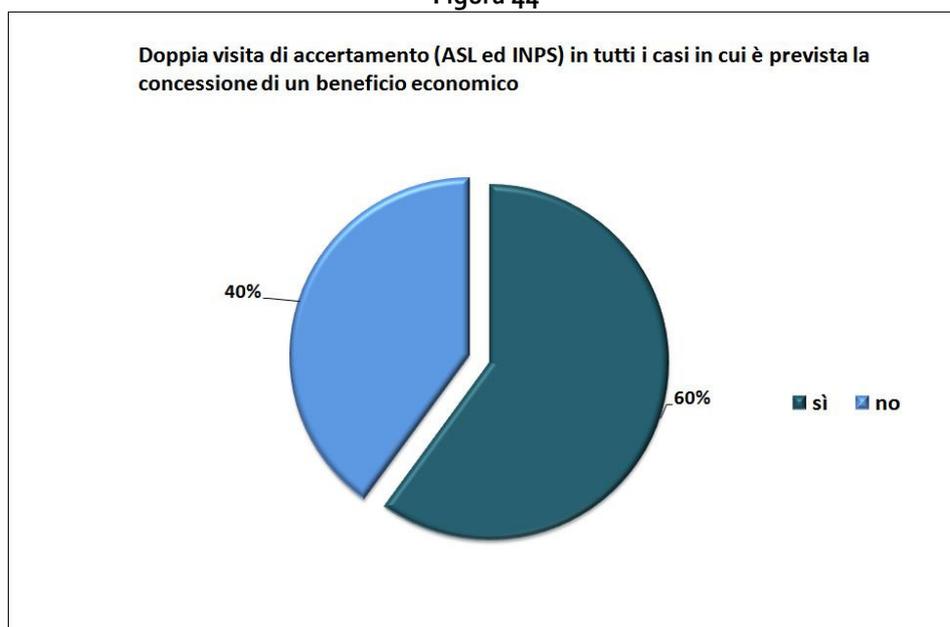
sì 52%

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

La conseguenza della mancanza del medico INPS e di questa politica di controllo esasperato, quasi fosse un delitto possedere i requisiti per avere un’indennità di accompagnamento o un assegno di invalidità, è **che i cittadini sono costretti a sottoporsi a due visite di accertamento, una presso la ASL ed una presso l’INPS**, lo afferma il **60%** delle Associazioni (figura 44).

Per svolgere quest’ultima, in molte zone di Italia, persone anziane affette da patologie degenerative anche in condizioni gravissime, sono costrette a fare centinaia di chilometri, per affermare il proprio diritto ad avere un aiuto economico, seppur insufficiente, da parte dello Stato.

Figura 44



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Le modalità con cui poi, in alcuni casi, vengono sospesi i benefici economici a persone realmente invalide e che contano su quell'assegno per far fronte alle innumerevoli spese che abbiamo elencato, hanno dell'incredibile.

Il 43,5% delle Associazioni afferma che i propri associati sono stati convocati a visita non con una Raccomandata A/R (tab. 47).

Tabella 47 – Sono avvenute convocazioni con modalità non previste dalla legge, ovvero non con raccomandata A/R

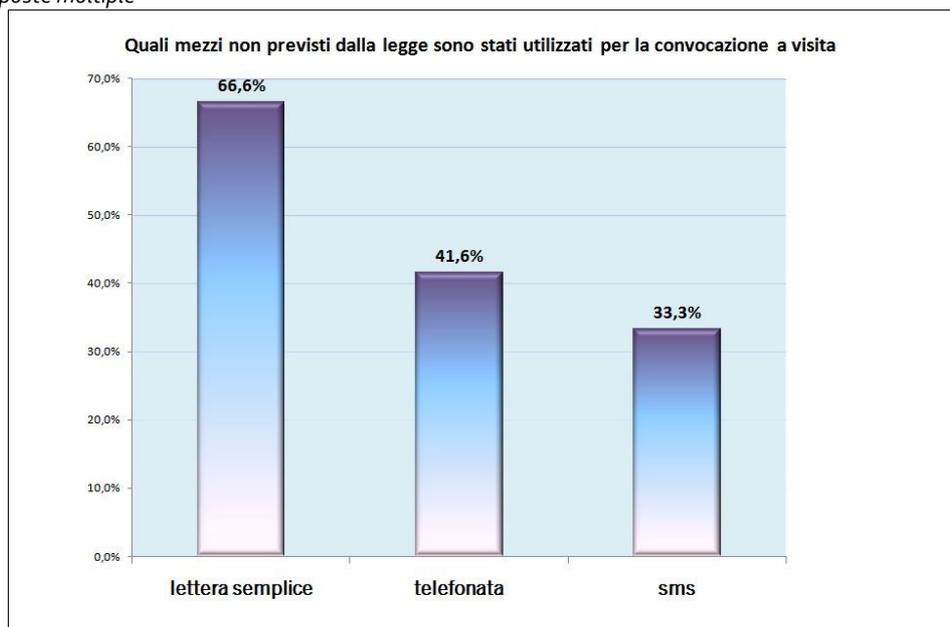
no	56,5%
sì	43,5%

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Allora in che modo è avvenuta questa convocazione? **Il 66,6% delle Associazioni** afferma che è avvenuto tramite **lettera semplice**, **il 41,6%** tramite una **telefonata**, e addirittura il **33,3%** afferma che la convocazione è avvenuta tramite **SMS** (figura 45)!

Figura 45

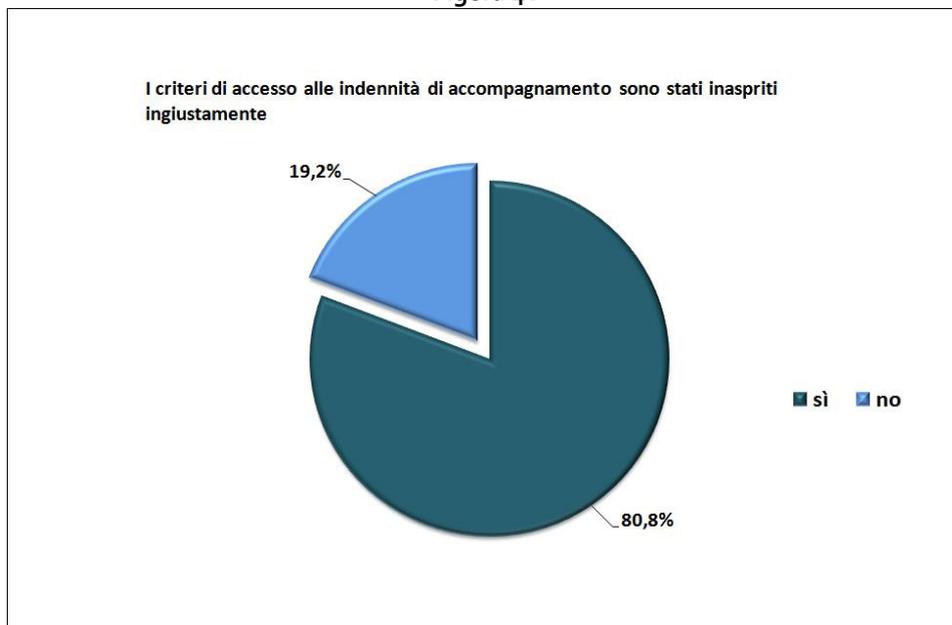
Risposte multiple



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Dietro poi la lotta ai così detti "falsi invalidi" si nasconde il tentativo di limitare l'accesso ai benefici economici anche da parte di chi ne ha realmente diritto. Ben l' **80,8% delle Associazioni** ritiene che **i criteri di accesso alle indennità di accompagnamento sono stati inaspriti ingiustamente** (figura 46).

Figura 46



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Lo stesso avviene per i **criteri di riconoscimento dell’handicap grave (art.3 comma 3 L.104/92)** anche se in misura leggermente inferiore **72%** (tab. 48).

Tabella 48 – Nell’ultimo anno avete riscontrato che i criteri di riconoscimento dell’handicap grave (art. 3 comma 3 L 104/92) sono stati inaspriti ingiustamente

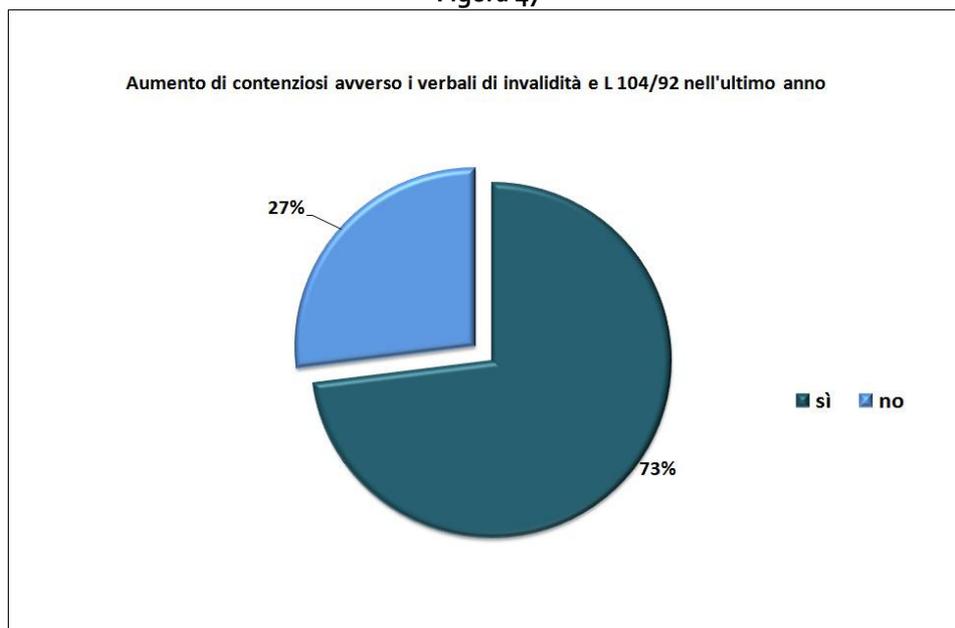
sì	72%
no	28%

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Tutto ciò ha portato l’**aumento**, per il **73% delle Associazioni**, dei **contenziosi legali** per riaffermare il diritto all’accesso calpestato ingiustamente (figura 47). La principale conseguenza è un incremento e non una riduzione dei costi dello Stato.

L’aspetto più grave è che colpisce proprio i soggetti più deboli, ovvero quelli che non possono permettersi di ricorrere ad un legale e che si vedono sottrarre ingiustamente una fonte di reddito sulla quale hanno sempre contato e che per alcuni rappresenta la sopravvivenza.

Figura 47



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

5.12 – Quadro di sintesi dei costi sostenuti dalle famiglie

Spesa media annuale per il supporto assistenziale integrativo alla persona	8.488,00 euro
--	---------------

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Spesa media annuale per lo svolgimento di visite specialistiche o attività riabilitative da effettuare a domicilio del paziente	3.718,00 euro
---	---------------

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Spesa media annuale per l'acquisto di protesi ed ausili	944,00 euro
---	-------------

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Spesa media annuale per la retta delle strutture residenziali e/o semiresidenziali	13.946,00 euro
--	----------------

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Spesa media annuale per le visite specialistiche effettuate in regime privato o intramurario	855,00 euro
--	-------------

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Spesa media annuale per esami diagnostici effettuati in regime privato o intramurario	1.034,00 euro
---	---------------

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Spesa media annuale per l'acquisto di farmaci necessari e non rimborsati dal SSN	1127,00 euro
--	--------------

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Spesa media annuale per l'acquisto di parafarmaci (es. integratori alimentari, dermocosmetici – creme, pomate -, lacrime artificiali, ecc.)	1297,00 euro
---	--------------

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

PARTE TERZA

di Tonino Aceti

Capitolo 6

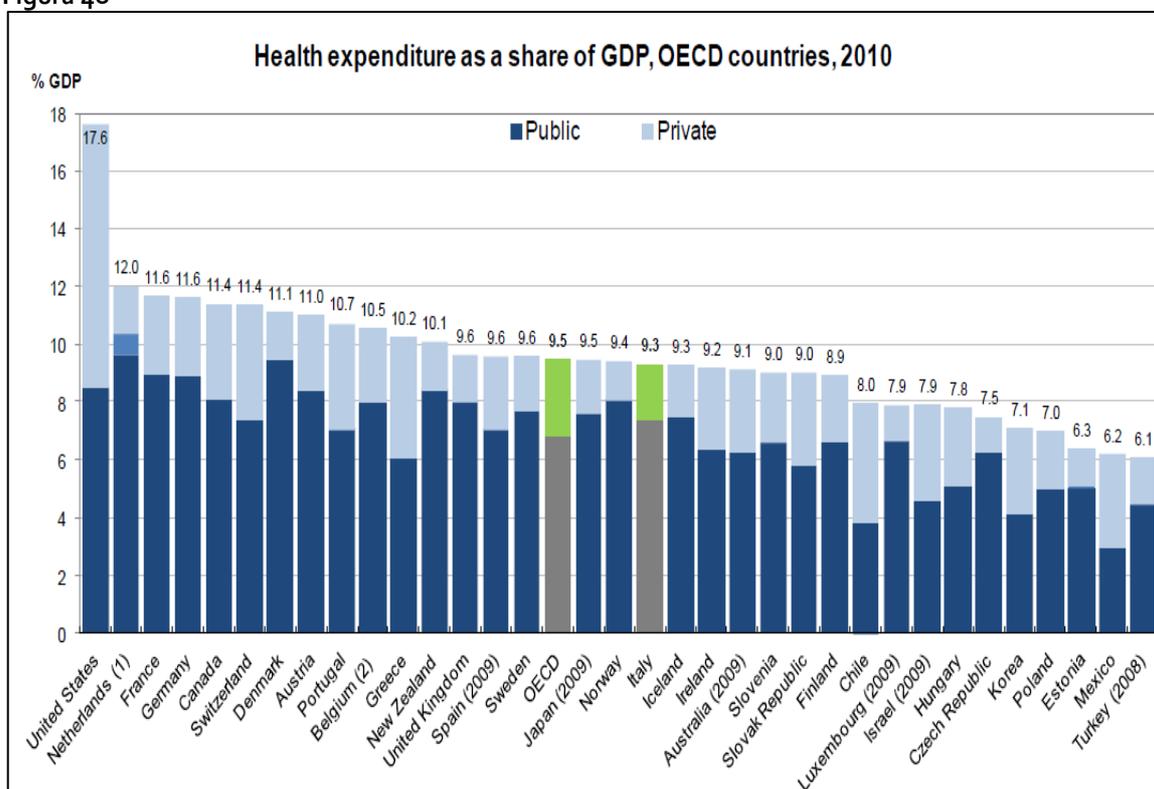
Analisi civica delle politiche di Welfare sanitario e sociale

Dopo aver individuato le criticità che dal punto di vista delle Associazioni dei pazienti caratterizzano l'assistenza socio-sanitaria del nostro Paese erogata agli anziani malati cronici, **attraverso il presente capitolo si è voluto analizzare con una chiave di lettura civica, la capacità di risposta delle politiche pubbliche sociali e-sanitarie, nazionali e regionali, al bisogno di salute della collettività. L'analisi vuole dimostrare, tra l'altro, come molte delle criticità segnalate dai pazienti nel precedente capitolo, non rappresentino soltanto il "percepito" dei cittadini, ma al contrario siano questioni oggettive, che trovano, di fatto, conferma nei dati prodotti dalle stesse Istituzioni, e che quindi meritano una pronta risposta.** In tal senso abbiamo utilizzato i dati più aggiornati prodotti da Istituzioni nazionali e internazionali, Enti di ricerca, Università e Associazioni. Le tematiche che abbiamo deciso di approfondire sono quelle che incidono più direttamente sulla vita dei cittadini, in particolare di quelli affetti da patologie croniche. Particolarmente interessanti sono gli approfondimenti riguardanti il peso sui redditi familiari delle maxi aliquote e dei ticket sanitari. **L'analisi condotta oltre a tenere in considerazione la dimensione internazionale, permette per le singole materie trattate un confronto dei dati a livello regionale.**

6.1 – La spesa sanitaria italiana a confronto con i Paesi OCSE

Nel corso degli ultimi 4 anni Cittadinanzattiva, insieme a molti altri soggetti, ha denunciato ripetutamente la propria preoccupazione/allarme rispetto alla progressiva e lineare riduzione delle risorse destinate a sanità e sociale (senza una parallela e contestuale attività di programmazione e riorganizzazione dell’assistenza), allarme che trova ampio fondamento, come vedremo più avanti, negli ultimi dati prodotti dalla Corte dei Conti. Molti tagli al FSN sono stati decisi con le ultime manovre del Governo Berlusconi, altri, quelli più attuali, dal Governo Monti, nonostante **in Italia**, e lo confermano i dati OCSE più aggiornati, pubblicati nel 2012, **la spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) rappresenta nel 2010 il 9,3% del PIL, meno della media OCSE 9,5%** e molto meno rispetto agli Stati Uniti (17,6% del PIL), Paesi Bassi 12,0%, Francia 11,6%, Germania 11,6% e Spagna 9,6% (figura 48).

Figura 48

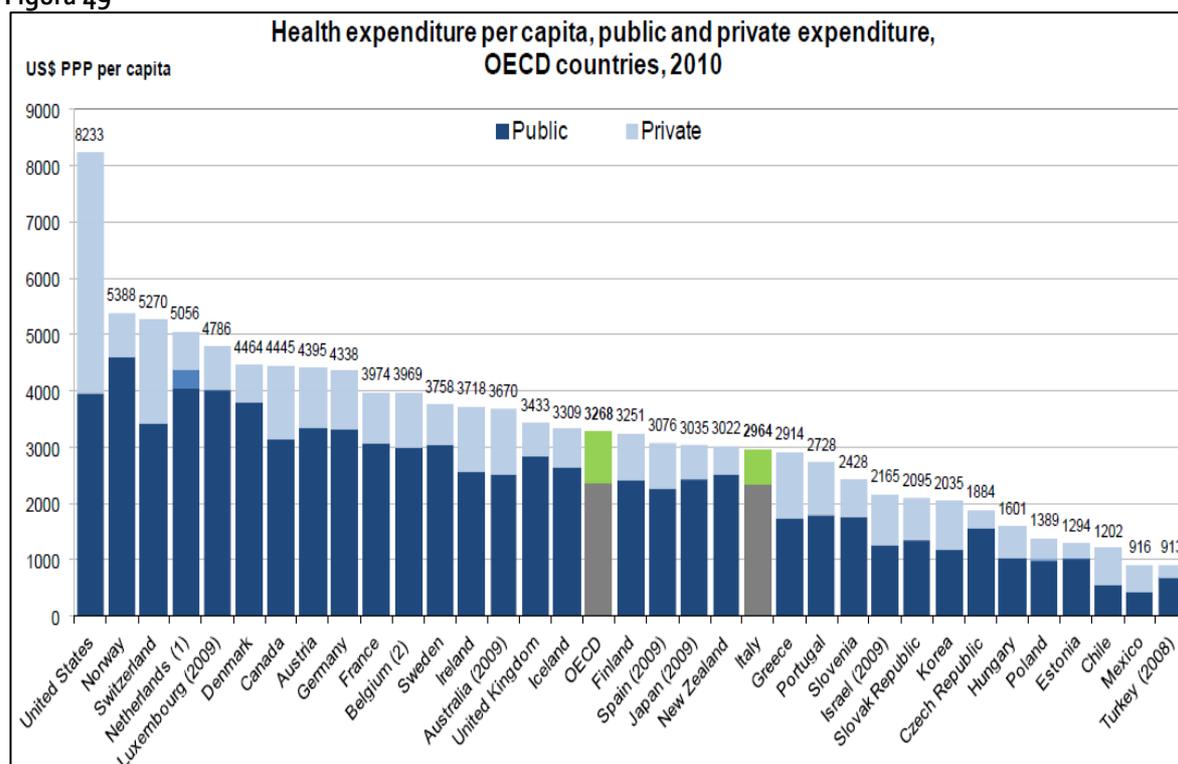


Fonte: OECD Health Data 2012, June 2012

Ancora più evidente il differenziale con riferimento alla **spesa sanitaria pro capite** (figura 49).

L'Italia ha una spesa sanitaria pro capite nel 2010 pari a 2.964,00€, meno della media OCSE 3.268,00€, meno della Spagna 3.076,00€, nonché molto meno di Germania 4.338,00€ e Francia 3.974,00.

Figura 49



Fonte: OECD Health Data 2012, June 2012

Il tasso di crescita della spesa sanitaria in termini reali tra gli anni 2000 e 2009 si attesta mediamente all'1,9% l'anno. **Nel 2010 il tasso di crescita è rallentato attestandosi all'1,5%**, proprio per effetto di quei tagli sopra citati.

La sanità dei paesi OCSE è finanziata prevalentemente con risorse pubbliche, ad eccezione del Cile, gli Stati Uniti Stati Uniti e Messico.

L'Italia nel 2010 ha una percentuale di spesa sanitaria finanziata da risorse pubbliche pari al 79,6%, maggiore della media del 72,2% nei paesi OCSE.

Nel 2010, in alcuni paesi nordici (Danimarca, Islanda, Norvegia e Svezia), il Regno Unito e Giappone, la percentuale di finanziamento pubblico della spesa sanitaria è stata particolarmente elevata oltre l'80%.

Le riduzioni ulteriori al finanziamento del FSN per i prossimi anni, attuate con la Spending Review in sanità (vedi paragrafo successivo), potrebbero accentuare le differenze già esistenti tra Italia e gli altri Paesi in termini di incidenza della spesa sanitaria complessiva sul PIL e in termini di spesa sanitaria pro capite, con possibili ricadute anche in termini di accesso alle prestazioni da parte dei cittadini. Crediamo inoltre che **le riduzioni lineari alle risorse non saranno in grado di qualificare ulteriormente l'assistenza e la spesa, come invece ipotizzato dallo Stato, ma si trasformeranno, di fatto, in tagli ai servizi e minore qualità degli stessi**. Tutto ciò perché non si è proceduto con un'attività selettiva di lotta agli sprechi, alla corruzione e alle inefficienze, le quali, attraverso la logica dei tagli lineari, continueranno a rimanere al loro posto. Inoltre la programmazione e la riorganizzazione dei servizi sanitari e sociali sono al palo ormai da molti anni, anche per una questione di inadeguatezza delle risorse messe sul piatto: basti pensare alla dialettica degli ultimi anni tra lo Stato e le Regioni per la stipula del Patto per la Salute e per il riparto del FSN.

I pochi atti nazionali di programmazione sanitaria oltre a rimanere del tutto sulla carta, non hanno, di fatto, mai messo effettivamente mano alla questione delle cronicità e dell'assistenza territoriale, cruciali invece per la sostenibilità del Sistema.

6.2 – Il Finanziamento e la spesa del SSN

In riferimento ai tagli lineari alle risorse destinate al finanziamento del FSN, precedentemente richiamati e rispetto ai quali i cittadini nutrono forti preoccupazioni, di seguito forniamo un quadro completo con dati e percentuali dettagliate (tab. 49).

Nel 2011 il finanziamento del FSN si è attestato a € 111,110 miliardi, contro euro 109,127 miliardi nel 2010, 106,795 miliardi nel 2009, 103,483 miliardi del 2008 e 100,095 miliardi del 2007.

Il trend dell'incremento annuale delle risorse continua ad essere decrescente: +1,8% sul 2010, + 2,2 sul 2009, +3,2 sul 2008 e +3,4% sul 2007.

Il disavanzo complessivo nazionale è di € 1,779 miliardi, in diminuzione rispetto agli anni precedenti: nel 2010 2,206 miliardi, nel 2009 3,364, nel 2008 3,658 miliardi, nel 2007 3,709 miliardi.

I due strumenti principali di finanziamento del FSN sono il gettito derivante da IVA e accise, che rappresenta nel 2011 il 48,7%, in aumento rispetto al 2010 dello 0,6%, e il **gettito da Irap e addizionale regionale IRPEF**, che rappresenta il **34,5%** e in notevole aumento rispetto all'anno precedente del **3,4%** con un valore pro capite di **629 euro**. Merita di esser segnalato come il trend del gettito derivante da Irap e IRPEF sia in notevole aumento, quando invece nei precedenti anni era caratterizzato da una diminuzione del -6%.

Tabella 49 - Finanziamento del SSN anno 2011 (importi in miliardi di euro)

Voci	2010				2011			
		composizione %	+ / - anno preced.	procapite euro		composizione %	+ / - anno preced.	procapite euro
			%	%			euro	%
FINANZIAMENTO (1)	109,127	98,0	2,2	1.804	111,110	98,4	1,8	1.833
Finanziamento SSN / PIL		7,0				7,0		
- REGIONI e PP.AA.	108,564	100,0	2,2	1.795	110,469	100,0	1,8	1.822
Irap e Addizionale Irpef	36,874	34,0	-6,0	610	38,134	34,5	3,4	629
Fabbisogno ex D.L.vo 56/00 (Iva e Accise)	53,498	49,3	8,7	885	53,803	48,7	0,6	887
Ulteriori Trasferimenti da Pubblico e da Privato	10,986	10,1	2,1	182	10,468	9,5	-4,7	173
Ricavi e Entrate Proprie varie	2,994	2,8	0,3	49	2,995	2,7	0,0	49
FSN e Quote Vincolate a carico dello Stato	4,212	3,9	4,0	70	4,002	3,6	-5,0	66
Costi capitalizzati					1,067			
- ALTRI ENTI DEL SSN (2)	0,563		1,3		0,641		13,9	
Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato								
DISAVANZO (3)	-2,206	2,0	-34,4	-36	-1,779	1,6	-19,3	-29
Disavanzo SSN / PIL		0,1				0,1		
Disavanzo a carico dello Stato								
Disavanzo a carico dello Stato coperto con Fondi appositi								
Disavanzo a carico delle Regioni	-2,206				-1,779			

Fonte: Corte dei Conti, Rendiconto Generale dello Stato 2011

Con riferimento alla spesa per il SSN relativa al 2011 questa si attesta a **112,889 miliardi di euro** con un incremento rispetto al 2010 dell'**1,4%** (tab. 50).

Il rapporto tra la spesa 2011 per il SSN e il PIL è pari al 7,1%, in evidente diminuzione rispetto al 2010 (7,2%). Un dato quest'ultimo indicativo di una spesa di fatto in diminuzione.

La spesa pro capite si attesta a 1.862,00€.

Le voci di spesa in diminuzione rispetto al 2010 sono 2:

- personale;
- assistenza farmaceutica convenzionata.

Entrambe hanno risentito dei provvedimenti di contenimento della spesa sanitaria adottati (blocco turn over e riduzione tetto di spesa farmaceutica) con le manovre finanziarie del Governo Berlusconi e con i Piani di rientro delle Regioni.

Per la farmaceutica va segnalato che ci saranno ulteriori diminuzioni anche per gli anni successivi.

La spesa per il personale ha visto una diminuzione rispetto al 2010 dell'1,4%.

La spesa per la farmaceutica convenzionata ha subito una diminuzione rispetto al 2010 davvero molto rilevante e pari al -9,0%.

In aumento del 3% la spesa per beni e servizi, dell'1,3% la spesa per la Medicina Generale convenzionata e tutte le altre voci.

Tabella 50 - Spese del SSN per l'anno 2011 (importi in miliardi di euro)

	2010				2011			
		composizione %	+ / -			composizione %	+ / -	
			anno preced.	procapite euro			anno preced.	procapite euro
			%	%			%	%
SPESA (1)	111,333	100,0	1,1	1.841	112,889	100,0	1,4	1.862
PIL e Spesa SSN / PIL	1.553,166	7,2	2,2	25.679	1.580,220	7,1	1,7	26.065
- REGIONI e PP AA	110.770	100,0	1,1	1.831	112.249	100,0	1,3	1.851
Personale	36,674	33,1	1,3	606	36,149	32,2	-1,4	596
Beni e altri Servizi	33,103	29,9	0,8	547	34,095	30,4	3,0	562
Medicina Generale convenzionata	6,541	5,9	2,8	108	6,625	5,9	1,3	109
Farmaceutica convenzionata	10,913	9,9	-0,8	180	9,930	8,8	-9,0	164
Specialistica convenzionata e accreditata	4,504	4,1	10,4	74	4,654	4,1	3,3	77
Riabilitativa accreditata	1,971	1,8	-0,3	33	1,972	1,8	0,1	33
Integrativa e Protesica convenzionata e accreditata	1,915	1,7	2,6	32	1,922	1,7	0,4	32
Altra Assistenza convenzionata e accreditata	6,292	5,7	5,1	104	6,413	5,7	1,9	106
Ospedaliera accreditata	8,849	8,0	0,3	146	8,891	7,9	0,5	147
Saldo gestione straordinaria	-0,132				-0,013			
Saldo intramoenia	-0,058				-0,081			
Mobilità verso B. Gesù (2)	0,164		2,4		0,164		0,0	
Mobilità verso Smom (2)	0,035		2,2		0,035		0,0	
Ammortamenti					1,494			
- ALTRI ENTI DEL SSN (3)	0,563		1,3		0,641		13,9	
Finanziati con Quote Vincolate a carico dello Stato								

Fonte: Corte dei Conti, Rendiconto Generale dello Stato 2011

Relativamente agli anni 2012-2015 le risorse a disposizione del Fondo Sanitario Nazionale sono oggetto di ulteriori e importanti riduzioni, con il rischio di notevoli ricadute sulla qualità e accessibilità dei servizi.

Di seguito riportiamo alcune delle principali misure in campo sanitario per gli anni 2012-2015, introdotte con la **legge 7 agosto 2012 n.135 (Spending Review)**, di conversione del **DL 6 luglio 2012 n.95**:

- **riduzione delle risorse a disposizione del FSN pari a 900 milioni di euro per il 2012, 1.800 milioni di euro per il 2013, 2.000 milioni di euro per il 2014, 2.100 milioni di euro a decorrere dal 2015, per un totale di riduzioni di risorse relativi agli anni 2012-2015 pari a 6,8 miliardi di euro. Tali riduzioni vanno a sommarsi agli ulteriori tagli approvati dal precedente Governo pari a circa 8 miliardi di euro;**
- possibilità per le Regioni con piano di rientro di aumentare l'**addizionale Irpef** dallo 0,5% sino all'1,1% a partire dal 2013, con un anno di anticipo rispetto a quello precedentemente previsto.
- rideterminazione del tetto programmato di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale per l'anno 2012: si passa dal 13,3% del FSN al 13,1% del FSN. Il tetto complessivo per l'assistenza farmaceutica passa dal 15,7% al 15,5% del FSN
- Rideterminazione del tetto programmato di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale a decorrere dal 2013 e fissato all'11,35% del FSN;
- Rideterminazione del tetto **programmato di spesa per l'assistenza farmaceutica ospedaliera** a decorrere dal 2013 e fissato al 3,5% del FSN. Il tetto complessivo di spesa per l'assistenza farmaceutica passa dal 15,5% del 2012 (come rideterminato) al 14,85% del 2013;
- Rideterminazione del **tetto di spesa per l'acquisto di dispositivi medici** per l'anno 2013 al 4,9% del FSN, e a decorrere dal 2014 al 4,8% del FSN;
- Riduzione del 5% della spesa per beni e servizi relativa al 2012, esclusi i farmaci;
- Riduzione dello standard di posti letto da 4 a 3,7 per mille abitanti (comprensivi di 0,7 posti letto per lungodegenza e riabilitazione), con riduzione del tasso di ospedalizzazione da 180 a 160 per mille abitanti;
- Proroga al 2015 dell'obiettivo di contenimento della spesa complessiva di personale previsto dalla legislazione vigente per gli anni 2012-2014 (spesa del 2004 diminuita dell'1,4% al netto dei rinnovi contrattuali);
- Approvazione del Patto per la Salute 2013-2015 entro il 15 novembre 2012

Proseguendo con l'analisi dei dati, particolarmente interessante è la **ripartizione percentuale della spesa sanitaria nazionale, relativa al 2009, tra i macro livelli di assistenza** (figura 50):

- assistenza ospedaliera (46,97%);
- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro (4,19%);
- assistenza distrettuale (48,84%).

Andando a confrontare i valori percentuali di spesa 2009 di ciascun livello di assistenza con i relativi livelli di finanziamento fissati con Patto per la Salute 2010-2012, notiamo scostamenti rilevanti e quindi importanti margini di miglioramento in termini di spesa, che dal nostro punto di vista potrebbero qualificare ulteriormente l'offerta assistenziale.

La spesa per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro relativa al 2009 (4,19%) è inferiore al livello di finanziamento previsto dal Patto per la Salute 2010-2012 (5%). All'interno di questo livello di assistenza rientra la **prevenzione**, la quale risulta fortemente sotto-finanziata in rapporto alla sua strategicità per la sostenibilità del SSN.

La spesa per l'assistenza ospedaliera relativa al 2009 (46,97%) è superiore al livello di finanziamento previsto dal patto per la Salute 2010-2012 fissato al 44%.

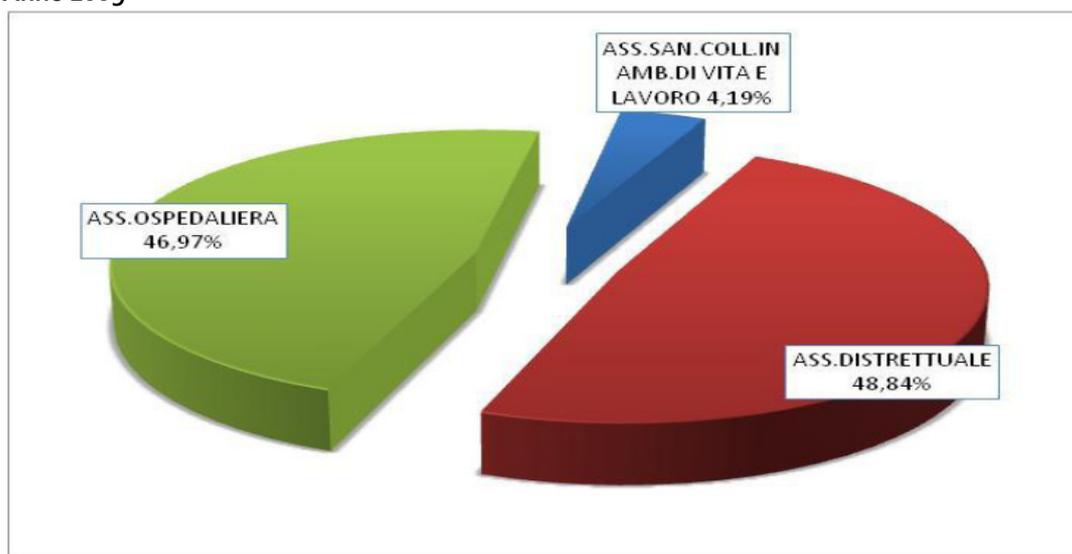
Al contrario, nel 2009, **la spesa per l'assistenza distrettuale (48,84%) è ancora molto al di sotto del livello di finanziamento previsto dal Patto per la Salute per questo livello di assistenza e fissato al 51%.**

Per l'assistenza distrettuale è quindi necessario:

- investire di più, riorientando risorse dall'ospedale al territorio;
- ottimizzare le risorse già impegnate attraverso una riorganizzazione/riforma dell'assistenza territoriale, in grado di garantire la reale presa in carico delle cronicità e di conseguenza una riduzione della spesa generale;
- avviare un'**attività permanente di valutazione dell'assistenza territoriale**, in particolare attraverso il **coinvolgimento delle Organizzazioni civiche**.

*Dal punto di vista dei cittadini non è giustificabile essere obbligati a pagare maggiori ticket e imposte, a fronte di minori livelli di finanziamento del FSN, e verificare come un livello così importante di assistenza sanitaria come quella territoriale, che assorbe circa **40 miliardi di euro all'anno** (e destinata ad assorbirne sempre di più), non fornisca in termini di risposta assistenziale un riscontro, dal punto di vista dell'efficacia, efficienza e accessibilità, adeguato al bisogno di salute. Non è inoltre accettabile verificare, come vedremo in seguito, evidenti differenze regionali di offerta assistenziale, con importanti risvolti anche in termini di equità di accesso al Sistema.*

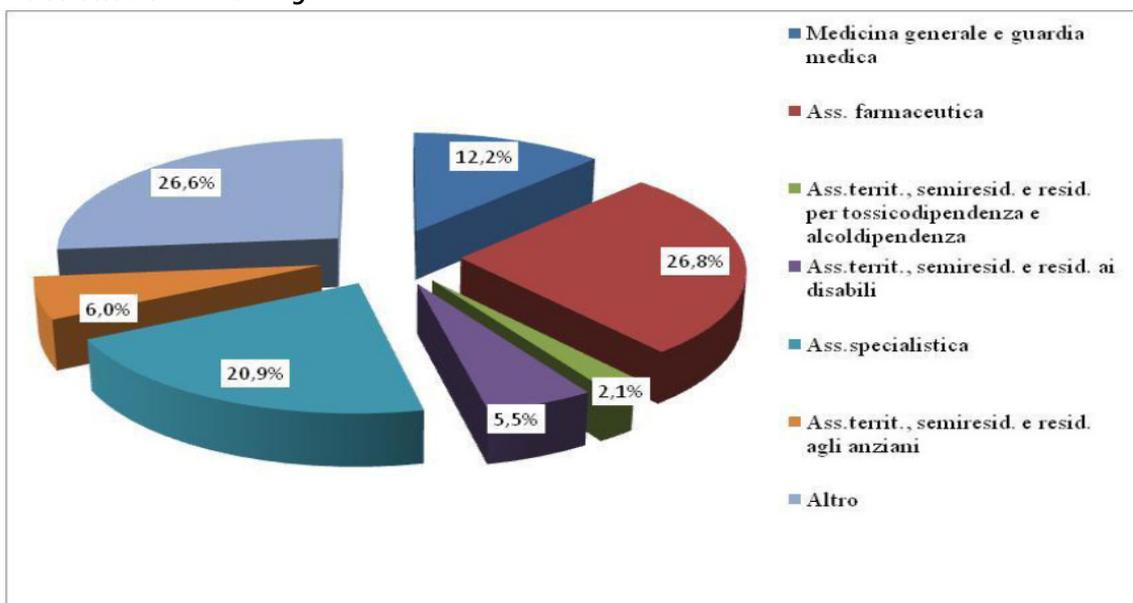
Figura 50- Ripartizione percentuale della spesa sanitaria nazionale tra i macro livelli di assistenza – Anno 2009



Fonte: Ministero salute, 2011 - Rapporto nazionale monitoraggio LEA anni 2007 - 2009

Con riferimento alla ripartizione percentuale della spesa sanitaria per il livello di assistenza distrettuale evidenziamo come l'**assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale ai disabili e agli anziani** assorba rispettivamente solo il 5,5% e il 6% (criticità evidenziata anche con i dati delle Associazioni dei malati cronici). Maggiore invece il livello percentuale di spesa per la Medicina Generale e Guardia Medica: 12,2% (figura 51).

Figura 51- Ripartizione percentuale della spesa sanitaria nazionale per il livello di assistenza distrettuale – Anno 2009



Fonte: Ministero salute, 2011 - Rapporto nazionale monitoraggio LEA anni 2007 – 2009

Tra le Regioni con i livelli percentuali più bassi di spesa per l'assistenza distrettuale (anno 2009) segnaliamo (tab. 51): Sardegna, Sicilia, Abruzzo e Lazio. Livelli più alti per Toscana, Emilia Romagna, Liguria, Veneto e Piemonte

Tabella 51– Costo percentuale del livello di assistenza distrettuale – Anni 2007 - 2009

	ANNO 2007	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2009	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Costo livello assistenza distrettuale (in migliaia di Euro)	Costo totale dei livelli di assistenza (in migliaia di Euro)
Piemonte	48,8%	51,4%	52,4%	4.646.397	8.869.709
Valle D'Aosta	47,7%	52,0%	48,0%	141.700	295.041
Lombardia	49,4%	48,5%	48,6%	8.702.771	17.910.193
P.A. Bolzano	49,9%	49,8%	n.d.	n.d.	n.d.
P.A. Trento	49,7%	50,4%	n.d.	n.d.	n.d.
Veneto	49,7%	50,8%	52,5%	4.862.202	9.255.360
Friuli V.G.	46,6%	47,0%	47,7%	1.223.327	2.563.313
Liguria	51,3%	50,8%	51,7%	1.825.087	3.531.942
Emilia R.	50,7%	51,2%	51,2%	4.537.931	8.866.867
Toscana	49,9%	50,8%	51,2%	3.928.118	7.666.361
Umbria	46,2%	48,5%	48,1%	846.288	1.760.983
Marche	50,3%	49,5%	48,7%	1.439.104	2.956.904
Lazio	41,3%	41,4%	44,6%	5.300.330	11.887.949
Abruzzo	45,0%	41,9%	41,9%	1.098.874	2.621.840
Molise	44,4%	46,7%	48,4%	328.501	678.632
Campania	47,7%	45,9%	48,2%	4.998.359	10.374.628
Puglia	48,5%	48,4%	50,0%	3.799.265	7.602.183
Basilicata	47,5%	45,9%	48,5%	558.711	1.152.906
Calabria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Sicilia	46,7%	44,4%	45,5%	4.057.851	8.909.050
Sardegna	45,0%	44,4%	46,1%	1.464.541	3.176.855
ITALIA	47,7%	47,6%	48,8%	53.759.357	110.080.716
Parametro di riferimento (INTESA 3.12.09)	51,0%	51,0%	51,0%		

Fonte: Ministero salute, 2011 - Rapporto nazionale monitoraggio LEA anni 2007 – 2009

6.3 – Regioni a confronto: spesa, appropriatezza, mobilità, avanzi e disavanzi dei SSR

I dati prodotti dalla Corte dei Conti e dal Ministero dell'Economia ci permettono di svolgere un approfondimento anche sui singoli Servizi Sanitari Regionali. In tal senso, il presente paragrafo vuole mettere in evidenza alcune importanti differenze regionali relative a: spesa sanitaria, erogazione LEA, mobilità, gestione finanziaria dei SSR. L'analisi offre importanti spunti di riflessione sul trend decrescente delle risorse a disposizione per la Sanità, sull'efficacia e sull'efficienza dei SSR, sul tema dell'equità del nostro SSN, nonché sulla questione attuale dei costi standard in sanità.

La **spesa media procapite regionale** nel 2011 è pari **1.851,00€**; nel 2010 è stata 1.831,00€ (tab. 52). Le **Regioni con spesa pro capite più bassa** sono Campania (1.710,00€), Sicilia (1.729,00€), Puglia (1.731,00€), Calabria (1.704,00€), Abruzzo (1.751,00€). **Valori più elevati di spesa pro capite** sono riscontrabili in Liguria (2.044,00€), Regione con maggiore incidenza di popolazione anziana e malattie croniche, Friuli Venezia Giulia (2.074,00€), PA Trento (2.209,00€), PA Bolzano (2.256,00€), Molise (2.057,00€), V. Aosta (2.222,00€). I maggiori incrementi percentuali di spesa pro capite rispetto al 2010 si riferiscono alla Lombardia +3,9%, Sicilia +2,6%, Sardegna +2,4%, Friuli +4,9%, PA Trento +6,7%, PA Bolzano +4,2%.

I dati sopra riportati indicano che spendere meno non vuol dire sempre spendere meglio. Abbiamo visto, infatti, che i valori di spesa pro capite più bassi appartengono a Regioni con Piano di rientro, che hanno al loro interno sacche accertate di inefficienza e inefficacia nell'organizzazione e nella gestione dei servizi, nonché situazioni di spreco e corruzione. Ciò è sicuramente un aspetto da tenere in considerazione in riferimento alla tematica dei costi standard in sanità.

Tabella 52 - Spese per Regione del SSN anno 2011, confronto 2010

	2010			2011 (*)		
		+ / - anno preced. %	procapite euro		+ / - anno preced. %	Procapite Euro
LOMBARDIA	17.818,517	3,6	1.805	18.514,009	3,9	1.867
LAZIO	11.191,305	-1,1	1.962	11.280,459	0,8	1.969
CAMPANIA	10.011,058	-1,4	1.717	9.976,620	-0,3	1.710
VENETO	8.784,613	1,7	1.784	8.946,090	1,8	1.812
SICILIA	8.510,839	1,4	1.686	8.732,121	2,6	1.729
E. ROMAGNA	8.441,743	2,1	1.912	8.518,794	0,9	1.922
PIEMONTE	8.467,556	1,5	1.902	8.445,965	-0,3	1.895
TOSCANA	7.083,960	-0,5	1.894	7.111,197	0,4	1.896
PUGLIA	7.237,308	1,3	1.771	7.083,998	-2,1	1.731
CALABRIA	3.455,227	-1,2	1.719	3.426,834	-0,8	1.704
LIGURIA	3.241,112	-0,9	2.005	3.304,101	1,9	2.044
SARDEGNA	3.127,958	2,5	1.869	3.202,214	2,4	1.911
MARCHE	2.800,780	2,3	1.793	2.797,055	-0,1	1.787
FRIULI	2.442,845	1,4	1.978	2.562,462	4,9	2.074
ABRUZZO	2.333,618	-0,5	1.741	2.358,247	1,1	1.757
UMBRIA	1.627,671	0,7	1.801	1.663,047	2,2	1.835
PA TRENTO	1.096,169	3,2	2.079	1.169,561	6,7	2.209
PA BOLZANO	1.099,056	3,2	2.174	1.145,423	4,2	2.256
BASILICATA	1.058,388	2,3	1.799	1.067,584	0,9	1.817
MOLISE	662,526	-0,3	2.070	657,897	-0,7	2.057
V. AOSTA	277,760	5,3	2.169	284,938	2,6	2.222
TOTALE	110.770.008	1,1	1.831	112.248.615	1,3	1.851

Fonte: Corte dei Conti, Rendiconto Generale dello Stato 2011

La spesa sanitaria rappresenta mediamente l'**81,35%** della spesa corrente delle Regioni a Statuto Ordinario e il 51,79% nelle Regioni a Statuto Speciale (tab. 53). **Quasi tutte le Regioni hanno visto un aumento dell'incidenza percentuale della spesa sanitaria sulla spesa corrente.** Tale risultato è riconducibile soprattutto alla sempre maggiore inadeguatezza delle risorse economiche a disposizione delle Regioni, ma anche a un fabbisogno di salute della collettività in continua crescita. In tal senso, il caso più eclatante con **aumento maggiore** di incidenza percentuale della spesa sanitaria sulla spesa corrente è rappresentato dall'**Emilia Romagna**, Regione tra le più virtuose, che passa da un valore pari a 81,43% del 2010 all'86,34 del 2011.

Tabella 53- Incidenza percentuale della Spesa sanitaria sulla Spesa corrente (Impegni)

Regioni	Spesa sanitaria corrente/Totale Spesa corrente		
	2009	2010	2011
Piemonte* ⁽¹⁾	78,97	79,30	83,16
Lombardia	81,60	80,74	79,97
Veneto	85,30	86,05	88,71
Liguria	80,96	80,82	83,38
E. Romagna	81,50	81,43	86,34
Toscana	81,74	78,80	82,96
Marche	79,70	80,65	80,75
Umbria	78,25	79,45	80,02
Lazio*	75,64	83,23	81,71
Abruzzo*	80,70	80,69	81,21
Molise*	74,96	78,18	79,46
Campania*	73,45	74,08	71,64
Puglia*	79,73	84,08	84,92
Basilicata ⁽²⁾	78,01	75,77	77,07
Calabria*	76,50	77,97	77,54
Totale RSO	79,46	80,76	81,35
Valle d'Aosta	24,73	24,78	26,57
Trentino A.A.	0,00	0,00	0,00
Prov. BZ	35,77	35,28	31,03
Prov. TN	37,92	37,29	39,11
Friuli V.G.	47,87	45,97	48,57
Sardegna	48,96	54,33	53,82
Sicilia*	56,48	60,64	61,47
Totale RSS	48,90	51,11	51,79
TOTALE GENERALE⁽²⁾	72,35	74,01	74,53

* Regioni sottoposte a Piani di Rientro.

⁽²⁾ Titolo I della spesa + spesa corrente sanitaria formalmente registrata nelle contabilità speciali.

Fonte: Corte dei Conti, Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni, esercizi 2010-2011

Rispetto alle **voci di spesa** (tab. 54), come abbiamo già affermato nel precedente capitolo, sono solo 2 quelle che hanno visto una riduzione rispetto al 2010: **personale, farmaceutica convenzionata.**

Per il **personale la riduzione si attesta a -1,4%**. Rispetto a questo dato è interessante verificare come tranne tre realtà regionali, tutte le altre vedono tale voce di spesa in diminuzione.

Ancora più evidente il caso della **farmaceutica convenzionata -9%**, rispetto alla quale tutte le Regioni hanno attuato importanti riduzioni di spesa. In tal senso va segnalato come parallelamente alle riduzioni della spesa pubblica, per questo tipo di assistenza, sia andata invece crescendo la misura dei ticket e in generale della spesa privata per l'acquisto dei farmaci. Analizzeremo in seguito il tema dell'assistenza farmaceutica con un capitolo specifico, ma è sufficiente qui ricordare come negli ultimi anni siano state ridotte le tutele per i malati cronici in termini di esenzioni sulla farmaceutica salvavita.

Le **maggiori riduzioni di spesa sulla farmaceutica convenzionata** rispetto al 2010 si riferiscono a Calabria -17,4%, Puglia -16,8%, Campania -10,5%, Marche -10,3%, Basilicata -10,2%, Toscana -10,2%, Piemonte -9,9% e Veneto -9,6%.

Particolarmente rilevante il dato sulla **spesa per beni e servizi** (esclusi farmaci e ass. integrativa e protesica) che ha visto un aumento importante pari al **+2,8%**, nonostante le Regioni si siano dotate di nuove modalità di acquisto volte proprio al contenimento di questo tipo di spesa. L'aumento maggiore è a carico della **Sicilia + 8,2%**, segue il **Veneto +6,4%**, **Molise +5,4%**, **Friuli Venezia Giulia +5,7%**, **Lombardia +5,9%**.

Per quanto riguarda la spesa per la **Medicina Generale** che aumenta rispetto al 2010 del **+1,3%**, risaltano gli incrementi di **V. d'Aosta +6,4%** e **Lazio +5,6%**.

La spesa per la **riabilitazione** vede un aumento minimo rispetto al 2010 e pari al **+0,1%**. Anche qui merita di esser segnalato l'aumento esponenziale di spesa della **PA Trento +138,3%**, seguono **V. d'Aosta +10,5%**, **Molise +10,7%**, al contrario in forte contrazione la spesa della Basilicata -24,9%.

Aumenta di poco rispetto al 2010 la spesa per l'**assistenza integrativa e protesica +0,4%**, con picchi per V. d'Aosta +6,5%, Marche +23,7%, Molise +8,6% e Calabria +12,1%. Al contrario forti riduzioni di spesa per Liguria -8,5%, Puglia -11,7% e Basilicata -16,8%.

Passando ai **dati 2010 relativi all'appropriatezza nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza LEA** (tab. 55), da confrontare con i dati regionali relativi alla spesa per singole voci, l'Umbria è la Regione con percentuale maggiore di adesione alle vaccinazioni raccomandate 95,4%.

La maggiore percentuale di **screening** viene svolto in Emilia Romagna 13%, Toscana 11%, Umbria 11%, Veneto 9% e Basilicata 8%; i valori più bassi per Abruzzo 1%, Campania 1%, Calabria 2%, Sicilia 2%, Lazio 2% e Liguria 2%.

Il tasso minore di **ricoveri evitabili per patologie croniche** è della Toscana (tasso standardizzato 453,9), grazie ad un'attività specifica di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari per la presa in carico delle cronicità; al contrario il tasso più elevato appartiene alla Puglia (710,0).

L'Emilia Romagna è la Regione con percentuale maggiore di **anziani trattati in ADI 11,6%**, segue l'Umbria con il 7,7%; i valori più bassi si riferiscono alla Puglia 1,8% e alla Sicilia 1,5%.

I tassi maggiori di ospedalizzazione appartengono a Puglia 213,1, Campania 204,2 e Molise 200,6; il valore più basso è del Veneto 146,9.

Le percentuali maggiori di **ospedalizzazione ad alto rischio di inappropriatazza** appartengono al Molise 40,5%, alla Puglia 35,3%, alla Lombardia 27,7% e al Lazio 27,0%.

Fonte: Il Sole 24 Ore Sanità - Relazione sulla Situazione Economica del Paese 2011

	Personale		Beni e servizi		Costi straordinari/rimanenze		Medicina generale		Farmaceutica		Specialistica		Riabilitativa		Integrativa e protesica		Altra assistenza		Ospedale/area accreditata		Totale	
	2011	Diff. 2010	2011	Diff. 2010	2011	Diff. 2010	2011	Diff. 2010	2011	Diff. 2010	2011	Diff. 2010	2011	Diff. 2010	2011	Diff. 2010	2011	Diff. 2010	2011	Diff. 2010	2011	Diff. 2010
Piemonte	2.935,6	-1,4	2.685,1	0,2	18,0	69,0	474,2	-0,2	697,8	-9,9	275,2	-1,7	178,1	1,5	191,9	-4,2	566,9	-0,2	546,1	0,0	8.601,6	-1,0
V. d'Aosta	112,5	-1,9	111,6	1,5	0,0	-100,0	15,4	6,4	20,6	-6,8	1,9	-11,1	5,1	10,5	2,7	6,5	7,8	-5,9	4,8	0,4	288,8	2,1
Lombardia	5.114,3	-0,5	5.291,0	5,9	22,7	224,7	901,5	-0,6	1.443,6	-7,5	1.054,0	5,2	242,0	-0,7	242,2	3,8	1.709,1	1,6	2.294,0	0,0	18.737,4	3,9
Pa. Bolzano	549,3	-0,2	323,8	4,7	2,2	59,0	54,5	1,4	56,5	-8,2	6,2	10,7	6,3	3,1	39,4	3,2	61,4	1,4	23,5	0,0	1.148,2	3,5
Pa. Trento	412,9	2,5	324,8	3,8	6,6	-55,0	58,4	1,6	77,0	-1,9	27,3	9,0	7,1	138,3	21,9	1,1	152,2	3,9	56,2	0,0	1.179,6	5,6
Veneto	2.754,5	-0,6	3.134,7	6,4	58,2	42,5	543,0	0,4	672,1	-9,6	361,4	-0,9	33,2	-1,0	138,7	3,1	843,6	-0,6	532,6	-0,1	9.121,3	1,4
Friuli	949,0	-0,5	948,8	5,7	10,4	-30,6	128,9	1,8	219,1	-4,9	50,7	-3,2	62,4	4,3	46,5	0,1	49,1	7,7	63,6	0,0	2.599,5	4,4
Liguria	1.156,5	-1,7	1.067,2	0,2	15,1	101,5	162,9	0,4	283,3	-5,4	54,1	-3,3	96,4	-1,1	36,8	-8,5	184,5	1,7	247,6	0,1	3.374,3	1,7
Emilia R.	3.014,7	0,5	2.862,1	0,6	23,5	-45,2	517,5	1,3	680,2	-4,9	190,5	8,8	7,4	-6,0	120,5	3,2	616,4	0,5	612,5	0,0	8.692,0	0,7
Toscana	2.620,2	-0,1	2.682,2	0,6	154,4	88,3	415,4	2,0	548,9	-10,2	140,0	-0,4	86,3	3,7	77,6	0,1	389,0	-2,9	235,0	0,0	7.393,6	0,9
Umbria	614,6	0,2	606,6	1,6	3,2	-14,2	92,4	2,2	146,7	-6,3	17,1	7,5	8,3	-0,1	39,1	1,9	83,5	1,1	42,3	0,0	1.684,6	2,2
Marche	1.029,1	-1,1	995,9	-0,1	6,9	-58,3	173,5	3,4	255,4	-10,3	44,4	3,8	71,3	3,1	34,8	23,7	110,6	10,6	109,2	0,1	2.842,7	-0,2
Lazio	2.988,7	-2,8	3.491,4	-0,7	82,3	-8,1	609,3	5,6	1.094,2	-8,5	522,8	-0,1	220,1	-3,9	248,2	4,0	495,8	12,0	1.378,8	0,0	11.335,8	0,5
Abruzzo	774,2	-1,8	794,8	0,6	18,2	-62,0	152,2	0,8	250,6	-5,0	56,6	16,2	74,5	5,4	25,2	-4,2	90,8	2,5	127,9	0,1	2.409,1	0,8
Molise	209,2	-2,7	197,4	5,4	1,4	-2.186,8	51,1	2,2	55,0	-5,9	35,7	5,3	16,7	10,7	7,1	8,6	21,4	1,4	71,5	-0,1	674,5	1,3
Campania	3.038,2	-5,6	2.993,8	4,4	76,2	-56,7	653,1	1,1	956,4	-10,5	761,6	2,9	272,8	-3,0	165,9	-3,9	181,1	4,2	825,0	0,0	10.058,9	-0,9
Puglia	2.123,6	-3,1	2.129,5	-0,7	95,4	10,5	500,8	1,2	723,7	-16,8	246,1	3,4	242,3	1,0	113,3	-11,7	238,1	0,5	721,2	0,0	7.148,7	-3,0
Basilicata	392,4	-0,2	327,2	3,9	9,9	42,7	83,2	0,3	95,4	-10,2	38,1	45,2	49,7	-24,9	26,7	-16,8	34,4	1,8	13,0	1,6	1.075,1	0,7
Calabria	1.260,8	-2,3	913,7	2,8	15,6	-59,2	248,3	0,1	364,5	-17,4	133,5	15,0	65,1	2,6	78,0	12,1	135,7	7,8	195,4	0,0	3.434,9	-1,4
Sicilia	2.936,2	-1,3	2.236,3	8,2	18,8	-75,3	589,1	1,2	955,1	-6,7	519,6	3,0	167,8	6,9	195,8	0,7	341,6	1,3	699,2	0,0	8.824,2	2,6
Sardegna	1.162,8	0,0	1.031,8	2,8	14,6	-67,2	200,1	2,7	333,5	-4,0	117,3	5,5	59,0	5,5	69,6	1,7	99,7	7,8	91,2	0,0	3.227,4	1,7
Totale	36.149,1	-1,4	35.149,7	2,8	653,5	-19,2	6.624,8	1,3	9.979,7	-9,0	4.653,9	3,3	1.971,9	0,1	1.921,9	0,4	6.412,7	1,9	8.890,6	0,0	113.852,3	1,0

Tabella 55 - Indicatori appropriatezza LEA 2010

Fonte: Il Sole 24 Ore Sanità - Cortei dei Conti, Rapporto 2012 Coordinamento della finanza pubblica

Regioni	Vaccinaz. raccomandate - Mpr (%)	Test screening (%)	Procapite assistenza collettiva	Tassi patologie evitabili in ricovero	% anziani >65 in AdI	Costo % farmac. in ambito distrettuale	Prestazioni specialist. (%)	Pazienti centri salute mentale per 100mila ab.	Tasso ospedializz. per 1.000 ab.	Ric. diurno diagnostico (% sui ric. diurni)	% Drg chirurgico in regime ordinario	% ospedializz. alto rischio inappropri.	Cesarei (% su parti)	% over-65; fratt. femore operata 48 ore
Piemonte	93,2	7,0	82,7	461,5	2,2	14,7	9,2	586,0	155,0	2,8	49,2	14,1	30,0	50,5
Lombardia	94,7	7,0	86,1	610,6	4,3	15,0	6,7	1.385,0	158,6	6,0	44,9	27,7	29,2	59,0
Veneto	91,9	9,0	78,4	608,2	5,6	13,4	8,5	1.515,0	146,9	3,5	40,5	20,1	28,2	58,7
Liguria	88,9	2,0	59,4	554,7	3,5	15,8	5,7	1.576,6	190,8	27,7	34,4	19,8	37,4	61,4
Emilia R.	93,1	13,0	84,5	643,6	11,6	14,3	3,7	1.736,0	160,9	7,5	43,6	22,0	29,4	65,4
Toscana	93,1	11,0	90,6	453,9	2,3	15,6	6,7	2.161,0	147,1	10,8	42,9	15,7	26,3	70,9
Umbria	95,4	11,0	97,2	652,8	7,7	12,7	4,6	2.051,0	164,8	13,2	41,1	21,6	32,1	54,2
Marche	92,7	7,0	82,4	620,9	3,5	14,9	3,2	1.347,0	158,4	12,5	41,6	18,7	34,5	77,3
Lazio	90,9	2,0	60,2	505,6	4,6	15,6	7,3	1.273,0	180,6	16,0	39,3	27,0	41,6	42,8
Abruzzo	92,4	1,0	87,9	608,4	4,9	15,5	1,4	1.033,0	176,2	7,8	35,8	22,2	43,7	45,9
Molise	93,6	5,0	85,7	611,0	3,3	12,2	14,1	904,0	200,6	25,3	33,3	40,5	44,9	45,1
Campania	81,0	1,0	76,6	576,7	2,1	14,7	4,6	1.230,0	204,2	26,0	35,4	28,0	61,8	28,1
Puglia	93,4	4,0	67,9	710,0	1,8	18,7	5,0	1.044,0	213,1	22,7	35,7	35,3	46,8	33,7
Basilicata	89,7	8,0	92,9	566,7	5,0	14,1	1,5	1.512,0	180,2	18,2	32,3	19,2	45,1	38,2
Calabria	83,9	2,0	97,3	682,2	2,8	14,7	4,8	3.535,0	180,8	20,2	27,5	24,2	44,3	34,0
Sicilia	87,7	2,0	83,5	594,3	1,5	15,4	0,8	1.667,0	191,6	25,9	31,1	20,8	52,8	28,5

È confermata quindi una situazione, già denunciata dalle associazioni dei malati cronici nel precedente capitolo, di un Servizio Sanitario Nazionale non in grado di garantire un'erogazione uniforme su tutto il territorio nazionale delle prestazioni previste tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Un Sistema quindi particolarmente differenziato da

Regione a Regione, che oltre a non essere capace di offrire a tutti le stesse opportunità di cura, come vedremo più avanti, applica anche differenti livelli di compartecipazione alla spesa e di imposizione fiscale.

Un **Sistema** che possiamo definire **iniquo**.

Le opzioni quindi per i cittadini sono la mobilità interna alla Regione, la mobilità fuori Regione, ma anche la mobilità transfrontaliera.

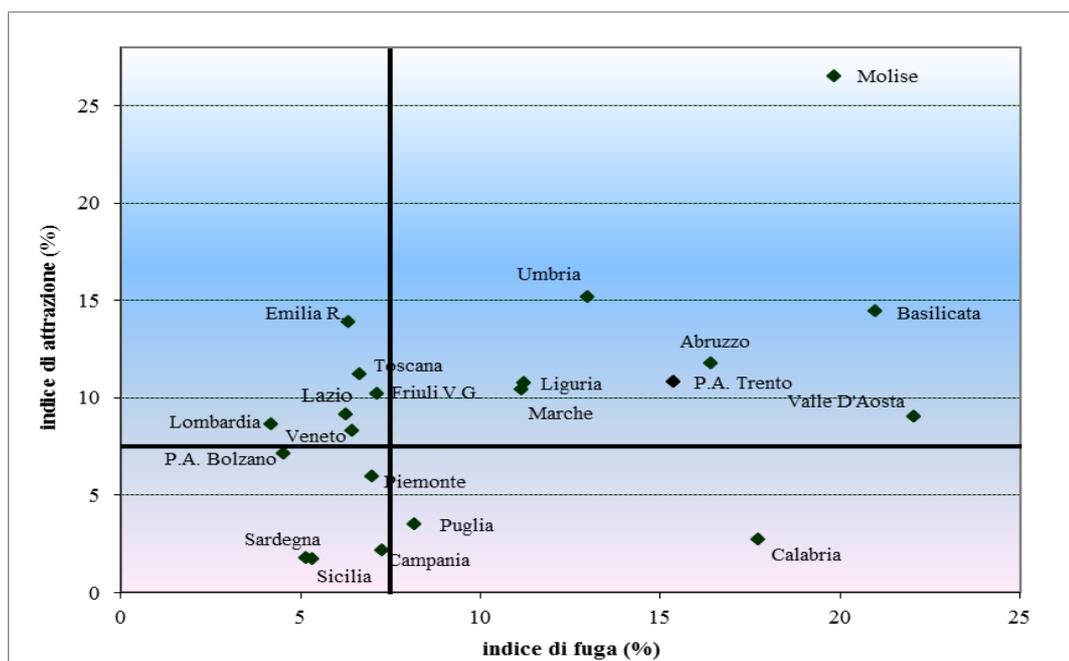
La **mobilità interregionale** produce degli effetti importanti sulle casse regionali, con Regioni che con questo fenomeno hanno, in termini di risorse economiche, un ritorno positivo ed altre un ritorno negativo (tab. 56 – figura 52).

Le Regioni che nel 2010 (ultimo anno con dati definitivi) hanno i maggiori **saldi positivi di mobilità** sono rispettivamente la **Lombardia** con +452,382 milioni di euro, **Emilia Romagna** +347,420 milioni di euro, **Toscana** +118,537 milioni di euro, **Veneto** +98,204 milioni di euro. **Saldi negativi** appartengono alla **Campania** con -285,328 milioni di euro, **Calabria** -230,235 milioni di euro, **Sicilia** -200,894 milioni di euro, **Puglia** -158,791 milioni di euro.

Tabella 56 - Saldi mobilità sanitaria interregionale 2010- milioni euro

PIEMONTE	2,508
V. AOSTA	-13,517
LOMBARDIA	452,382
PA BOLZANO	4,169
PA TRENTO	-15,097
VENETO	98,204
FRIULI	25,888
LIGURIA	-30,561
E. ROMAGNA	347,420
TOSCANA	118,537
UMBRIA	9,606
MARCHE	-29,018
LAZIO	27,659
ABRUZZO	-63,328
MOLISE	33,135
CAMPANIA	-285,328
PUGLIA	-158,791
BASILICATA	-27,939
CALABRIA	-230,235
SICILIA	-200,894
SARDEGNA	-64,799

Fonte: CnAMC – Cittadinanzattiva su MEF – Relazione generale sulla situazione economica paese 2011



Fonte: Ministero della Salute – Rapporto Nazionale di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza, 2007 – 2009

Nonostante vi siano alcune Regioni più virtuose di altre in termini di offerta assistenziale e di gestione finanziaria, i **risultati del tavolo di monitoraggio della spesa 2011** (tab. 57) individuano una **criticità trasversale a quasi tutte le Regioni** (l'eccezione più importante è della Lombardia): *la difficoltà a chiudere il bilancio della sanità in pareggio senza il ricorso ad ulteriori misure di aggiustamento.*

Molte Regioni nel 2011 hanno fatto ricorso a coperture, altre hanno applicato direttamente le **super aliquote**.

In tal senso, i dati più indicativi sono quelli che si riferiscono all'Emilia Romagna e alla Toscana. Entrambe hanno dovuto fare ricorso a specifiche misure di copertura, nonostante siano riconosciute come Regioni virtuose per efficacia, efficienza e appropriatezza del SSR. Ciò induce a pensare che probabilmente **oggi esiste un serio problema di inadeguatezza delle risorse economiche assegnate al Servizio Sanitario Nazionale**, destinato ad accentuarsi dopo i provvedimenti previsti con la Spending Review in sanità.

Probabilmente nel prossimo futuro tutte le Regioni, anche quelle più virtuose, saranno costrette ad adottare un Piano di rientro con tutto ciò che questo produce: super aliquote, aumento dei ticket, riduzione non dichiarata dei LEA.

Regioni	Prima della copertura	Dopo copertura e programmati	Dopo super aliquote	Ammor.ti non steril.	Risultati finali dopo coperture	Regioni	Prima della copertura	Dopo copertura e programmati	Dopo super aliquote	Ammor.ti non steril.	Risultati finali dopo coperture
Piemonte	-260,36	19,64	19,64	-14,39	5,25	Marche	7,68	7,68	7,68	-6,15	1,53
V. d'Aosta	-48,07	1,11	1,11	0,00	1,11	Lazio	-722,02	-722,02	70,24	-69,82	0,42
Lombardia	22,17	22,17	22,17	0,00	22,17	Abruzzo	18,52	18,52	74,56	-13,58	60,98
Pa Bolzano	-235,4	5,96	5,96	-0,33	5,63	Molise	-63,13	-63,13	-37,79	-4,32	-42,11
Pa Trento	-228,43	8,20	8,20	0,25	8,45	Campania	-250,88	-250,88	58,86	-81,30	-22,44
Veneto	1,28	48,25	48,25	-38,85	9,40	Puglia	-114,38	-114,38	159,93	-6,04	153,89
Friuli V.G.	-62,72	12,45	12,45	-4,40	8,05	Basilicata	-36,61	-36,61	3,44	-1,64	1,80
Liguria	-133,74	-133,74	-25,30	-10,50	-35,79	Calabria	-140,12	-140,12	-20,36	-15,13	-35,49
Emilia R.	-58,83	66,24	66,24	-28,47	37,76	Sicilia	-45,36	-45,36	337,65	-75,42	262,22
Toscana	-51,73	9,95	10,35	-10,29	0,06	Sardegna	-283,06	-181,30	-181,30	-38,71	-220,01
Umbria	18,75	18,75	18,75	-8,37	10,38	Totale	-2.666,44	-1.448,62	660,73	-427,46	233,27

6.4 – I Piani di rientro: il bilancio della Corte dei Conti Regione per Regione

I **Piani di rientro** regionali per il governo della spesa sanitaria stanno producendo effetti dal punto di vista economico, meno nella garanzia dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, che è l'aspetto maggiormente avvertito dalla collettività. Oggi i cittadini delle Regioni che hanno sottoscritto tali Piani vivono una sanità caratterizzata dal **taglio ai servizi sanitari**, in alcune realtà dei veri e propri **vuoti assistenziali**, nonché da un **aumento dei ticket** e delle **super aliquote** (approfondimento specifico nei paragrafi successivi). La riorganizzazione, riconversione e razionalizzazione dei servizi sanitari, attraverso la riduzione delle strutture ospedaliere e dei relativi posti letto, la loro contestuale riconversione in strutture di assistenza territoriale e il potenziamento dei servizi di assistenza territoriale esistenti, sono rimaste al palo. I provvedimenti attuati si riferiscono esclusivamente alla chiusura di strutture ospedaliere e riduzioni dei relativi posti letto³. **I provvedimenti di riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale sono stati del tutto disattesi**, prospettando al cittadino che vede rifiutato l'accesso alle strutture ospedaliere un vero e proprio **vuoto assistenziale**, senza parlare degli effetti deleteri sulle casse dei SSR di un'assistenza inappropriata al bisogno di salute (pensiamo ai malati cronici). Tale situazione non rappresenta più solo il punto di vista del cittadino, il cosiddetto "percepito", oggi è una condizione certificata di tali SSR. La certificazione arriva direttamente dalla **Corte dei Conti** che rileva per tutte le **Regioni con Piano di rientro** la stessa criticità: **inadeguata programmazione/non adozione di misure a favore di una riorganizzazione/potenziamento dell'assistenza territoriale**, che come vedremo nei paragrafi successivi presenta importanti criticità, con situazioni molto diversificate da Regione a Regione. I dati forniti dalle associazioni dei Malati Cronici e quelli elaborati dalle stesse Istituzioni (analizzati nei paragrafi successivi) ci restituiscono l'immagine di **un'assistenza territoriale non in grado di farsi carico del bisogno di salute dei cittadini, con particolare riguardo ai malati cronici, con scarse informazioni inerenti le performance e senza un'attività di valutazione delle stesse**. Va inoltre sottolineato come manchi un disegno/strategia nazionale sul tema. L'impegno a migliorare i servizi sanitari territoriali è fondamentale per garantire la salute alla collettività e per la sostenibilità dell'intero Sistema. Come vedremo i margini di miglioramento esistono e sono molti. Di seguito abbiamo realizzato un box per ciascuna Regione con Piano di rientro, all'interno del quale sono riportati alcuni estratti di valutazioni ufficiali in merito alle misure previste/non previste e attuate/non attuate dalle Regioni per il risanamento dei SSR, a cura della **Corte dei Conti** attraverso il **Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2012**

Box 1 - Regione Abruzzo

La Regione Abruzzo ha approvato nel corso del 2011 il Programma Operativo 2011-2012, che prevede interventi su diversi campi: la promozione della qualità; la razionalizzazione nella gestione del personale; il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata ed ospedaliera; la finizione tetti per le prestazioni ospedaliere; le cure palliative; la **riqualificazione dell'assistenza territoriale**; la riduzione della spesa annua per incarichi di consulenza; la piena operatività della tessera sanitaria. Il programma trae origine da una analisi dalle principali criticità che condizionano i risultati regionali: un costo per il personale dipendente particolarmente elevato in rapporto alla dimensione delle prestazioni rese dalle strutture pubbliche, un saldo della mobilità in peggioramento, un onere crescente per la spesa farmaceutica convenzionata, un numero di posti letto pubblici superiore allo standard regionale, la necessità di consolidare il risultato

³ Ulteriori misure sono state attuate nell'ambito dell'assistenza farmaceutica e del personale sanitario.

economico dell'esercizio 2010 distorto dalla chiusura temporanea di alcune strutture. Rimane da adottare, secondo quanto previsto dal DL 98/2011, il Piano sanitario, trasmesso dalla regione ai Ministeri competenti per le relative osservazioni. Nell'esercizio, il monitoraggio della gestione ha portato a evidenziare criticità specie sul fronte della gestione della rete ospedaliera, condizionata dall'annullamento da parte del TAR di alcune delibere del Commissario regionale che avevano dato avvio al processo di riconversione di alcuni presidi ospedalieri di dimensioni minori. Progressi sono stati ottenuti, invece, nelle procedure per il consolidamento della rete dei laboratori di analisi. Assunto come indicatore minimo di attività i 200.000 esami prodotti in un anno, la regione ha previsto procedure di accorpamento attraverso l'istituzione di consorzi. Sul fronte della spesa farmaceutica, confermata la compartecipazione alla spesa, si è puntato su un accentramento degli acquisti e sulla regolamentazione della somministrazione dei farmaci nelle strutture territoriali. Pur se ampiamente superiore al tetto del 2,4 per cento, risulta in lieve contenimento rispetto al precedente esercizio la spesa ospedaliera. Sottoscritti i contratti per il biennio 2011/2012 con 44 delle 63 strutture private, è stato definito il budget per gli erogatori privati accreditati per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: lo schema di contratto non è stato ancora sottoscritto, così come non risultano concluse le procedure di accreditamento nei termini previsti. Sul fronte della spesa per il personale, la regione ha definito le Unità Organizzative da razionalizzare entro il 2012 con l'obiettivo di garantire e migliorare la qualità dell'assistenza, la riduzione della mobilità passiva, le garanzie dei LEA e l'equilibrio economico. Nella regione Abruzzo il 2011 si chiude con un risultati positivo.

Box 2 – Regione Campania

Il Programma operativo 2011-2012 approvato dalla regione Campania nel giugno 2011 prevede interventi per il potenziamento della governance regionale, la riqualificazione della rete ospedaliera e della assistenza territoriale, il miglioramento degli interventi per la prevenzione, la veterinaria e l'igiene degli alimenti. Ad essi vanno aggiunti la razionalizzazione nella gestione del personale, il contenimento della spesa farmaceutica, gli interventi riguardanti l'accreditamento, la compartecipazione e la razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi (comprese le prestazioni garantite dalle strutture private accreditate e dalle strutture universitarie) e la revisione delle tariffe. Approvato nel 2010 il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera, nell'esercizio sono stati adottati i piani attuativi di 7 Asl e 6 aziende ospedaliere.

Nell'anno è stato approvato il Piano Sanitario Regionale 2011-2013 e sono stati assunti provvedimenti finalizzati ad implementare la rete territoriale per anziani, residenziale e domiciliare e la rete territoriale dell'emergenza, anche se, **come evidenziato dal monitoraggio, non risulta chiarito con gli interventi attuati come la Regione intenda raggiungere il fabbisogno di prestazioni, considerando che solo il 50 % delle RSA risulta pianificato.**

Quanto allo smaltimento dello stock di debito, è stato predisposto un programma di pagamenti per circa 600 milioni, mentre una quota rilevante resta ancora da definire anche a causa della presenza di numerose partite da regolarizzare. Nonostante la forte riduzione del disavanzo riferibile alla gestione (ridottosi dai 497,5 milioni del 2010 ai 174,7 del 2011) il risultato complessivo della regione Campania certificato dal Tavolo è ancora negativo.

Alla luce di tali esiti, come evidenziato dal Tavolo e dal Comitato LEA, **vi sono le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali** previsti dalla normativa vigente, vale a dire **l'incremento delle aliquote fiscali di IRAP e dell'addizionale IRPEF per l'anno di imposta in corso, rispettivamente, di 0,15 e 0,30 punti**, l'applicazione del blocco del turn over del personale del SSR fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso e il divieto di effettuare spese non obbligatorie.

A consuntivo, i costi sono risultati superiori alle previsioni. Tale scostamento è da ricondurre alla gestione diretta: la riduzione oltre le attese della spesa di personale, delle spese amministrative, degli oneri per interesse e dei costi straordinari sono state più che assorbite dall'aumento degli acquisti di beni e, soprattutto, degli accantonamenti. Il buon risultato in termini di farmaceutica (-51,8 milioni rispetto alle previsioni) ha consentito di compensare una crescita dell'ospedaliera, delle altre prestazioni e della specialistica nel complesso superiore ai 38 milioni.

Box 3 – Regione Molise

Con i Programmi Operativi 2011-2012 la regione Molise ha previsto interventi in materia di governance e riqualificazione della rete ospedaliera e di assistenza territoriale; misure per la razionalizzazione della gestione del personale e degli acquisti di beni e servizi e per il contenimento della spesa farmaceutica. Sono stati programmati interventi per la gestione delle forniture dalle strutture private accreditate.

I provvedimenti relativi alla riorganizzazione della rete ospedaliera prevedevano la revisione delle dotazione complessiva dei posti letto. Si trattava della riconversione di tre ospedali (Agnone, Larino, Venafro) e di interventi su tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private secondo le linee di analisi evidenziate dal monitoraggio. **In fase attuativa è stata disposta una parziale riconversione di alcune strutture ospedaliere in Presidi Territoriali di Assistenza (PTA)** e si è previsto un'ulteriore riduzione di posti letto per le strutture ospedaliere (i provvedimenti sono stati tuttavia sospesi dal Tar del Molise). Con 865 posti letto pubblici e 455 posti letto privati, la regione sarebbe in linea con i parametri del Patto per la salute 2010-2012.

In materia di assistenza territoriale, sono state individuate le fasce di livello assistenziale e le relative tariffe: **vari aspetti del provvedimento adottato dalla regione sono stati, tuttavia, oggetto di rilievo da parte del monitoraggio** (le linee guida e regolamenti, l'apporto dei medici nelle RSA delle due fasce d'intensità la distinzione tra la fascia medio bassa e le

residenze protette, i criteri utilizzati per determinare le tariffe, la definizione delle tipologie assistenziali). **Non sono stati, inoltre, previsti interventi nell'area dell'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale agli anziani e ai disabili.**

Permangono situazioni di criticità riguardo al personale, rispetto a cui risultano adottati provvedimenti in contrasto con il piano di rientro, per quanto riguarda in particolare il blocco del turn over e i comandi.

La regione Molise ha chiuso il 2011 in disavanzo. Si verificano, pertanto, i **presupposti per l'applicazione degli automatismi fiscali**. Dalla verifica dell'aprile scorso del consuntivo dell'esercizio, non emerge, infine, il superamento delle criticità già segnalate nel corso del 2011 che giustificerebbero l'attivazione della procedura prevista dall'articolo 2, comma 84, della legge 191/2009 che, in presenza di ripetuti inadempimenti del presidente della regione nominato commissario ad acta, attribuisce al Consiglio dei Ministri poteri sostitutivi per l'attuazione del piano di rientro e la possibilità di nominare dei sub commissari.

Box 4 – Regione Lazio

La regione Lazio ha approvato nel dicembre 2010 il Programma Operativo 2011-2012. Il programma prevede interventi per la riqualificazione della rete ospedaliera e assistenza territoriale, per la prevenzione e l'assistenza farmaceutica.

Sul fronte delle strutture ospedaliere è in corso la riconversione e la chiusura dei piccoli ospedali, e la definizione dell'integrazione di un nuovo ospedale all'interno della rete (Nuovo Ospedale dei Castelli). Sono state disattivate 20 delle 24 strutture ospedaliere di cui era prevista la disattivazione dell'attività per acuti (non risultano attuate le chiusure delle strutture ospedaliere di Subiaco, Monterotondo, Anagni e di Bracciano; per quest'ultima è intervenuta una ordinanza di sospensione del TAR Lazio).

La riconversione delle strutture ospedaliere prevede la costituzione dei Centri clinico-assistenziali distrettuali (CeCad), nei quali hanno un ruolo di rilievo i MMG e gli altri professionisti operanti nell'area delle cure primarie e intermedie. La caratteristica prevalente di tali strutture è quella di integrare le diverse funzioni. In sede di monitoraggio è stata tuttavia rilevata la commistione di funzioni ospedaliere e territoriali nell'ambito di una stessa struttura. Sono state avanzate, in particolare, perplessità sulla trasformazione di presidi ospedalieri in presidi territoriali, con il mantenimento di posti letto ospedalieri.

Ritardi si registrano nella realizzazione di vari obiettivi relativi all'area territoriale (ad es. gli accordi con i medici di medicina generale e la riorganizzazione dell'offerta neuropsichiatrica).

Non concluso anche il processo di sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati, mentre criticità, anche gravi, sono state riscontrate dal monitoraggio in taluni accordi con singoli erogatori e gruppi di erogatori (manca l'accordo con il Policlinico Gemelli, sono stati avanzati rilievi sull'Accordo con la Fondazione Santa Lucia, con l'Aurelia Hospital, il San Raffaele Pisana, l'Ospedale Israelitico e il Campus Bio Medico).

Manca inoltre un quadro definito delle assunzioni del personale e di un sistema sanzionatorio per coloro che non rispettino le direttive Commissariali in merito. Per queste ragioni i Tavoli di monitoraggio non hanno espresso parere favorevole alla deroga, nella misura del 10%, al blocco del turn over.

Box 5 – Regione Sicilia

La regione Sicilia ha adottato nel 2010 il Programma operativo 2010-2012.

Nel programma si prevedeva un processo di dismissione delle funzioni ospedaliere, che nel 2011 è stato attuato per l'82 per cento. Nell'anno sono stati rivisti, inoltre, i valori soglia di ammissibilità al ricovero ordinario per ciascun DRG e definite le tariffe delle prestazioni che vengono trasferite dal regime di day hospital a quello di day service. La regione ha adottato numerosi interventi per **l'assistenza territoriale** agli anziani (residenziale e domiciliare)⁴, e ha avviato iniziative per incrementare le cure domiciliari a favore di soggetti fragili, **comparto che continua, tuttavia, a presentare elementi di criticità.**

La Regione ha adottato schemi tipo dei contratti da utilizzare per gli acquisti dei servizi sanitari dagli erogatori privati, ma manca una completa verifica della effettiva sottoscrizione dei contratti per il 2011.

Permangono, infine criticità, per quanto riguarda il collegamento in rete dei medici previsto dal Sistema Tessera sanitaria. Rimane aperto il problema legato al disegno di legge regionale 801/2011 (legge di stabilità regionale 2012), che dispone la compartecipazione al finanziamento del fabbisogno sanitario al livello del 49,11 per cento⁵ limitatamente all'esercizio 2012, subordinando, per gli esercizi successivi, l'erogazione dei livelli di assistenza all'erogazione di ulteriori risorse a carico dello Stato. Si verificherebbe pertanto, secondo quanto segnalato dai Tavoli, una inadempienza tale da mettere a rischio l'attuazione del piano di rientro, che sconta tra le entrate il suddetto apporto da parte della regione.

⁴ L'Accordo Integrativo Regionale di Pediatria di libera scelta; la dislocazione dei PUA all'interno della Regione Sicilia; la sottoscrizione, tra l'Assessorato della Salute e l'Assessorato della Famiglia e delle politiche Sociali, di un protocollo d'intesa per la gestione condivisa dei settori materno infantile, disabili, anziani e non autosufficienti, dipendenze patologiche, persone vulnerabili, immigrati.

⁵ Come previsto dall'articolo 1, comma 830, della legge 296/2006.

Per questo motivo i Tavoli, pur registrando gli aspetti positivi nell'attuazione del piano, non avendo la regione assicurato il ripristino della quota di Fondo sanitario a decorrere dal 2013, non hanno ritenuto possibile erogare le somme di spettanza.

Box 6 – Regione Calabria

E' proseguita nell'anno l'attuazione del piano di rientro della regione Calabria. La regione ha proceduto alla disattivazione di 6 presidi ospedalieri, e di 3 punti nascita presso altrettanti presidi ospedalieri, ridefinendo per ciascuna struttura la dotazione di posti letto per singola disciplina.

In sede di monitoraggio è stato richiesto che la Regione allinei le unità operative semplici con gli standard di dotazione in corso di approvazione da parte del Comitato LEA. A fine esercizio non era stata completata la riconversione di 12 strutture come, invece, indicato dal piano di riorganizzazione.

Il Piano di rientro aveva confermato la previsione di 4 nuovi ospedali. La realizzazione delle strutture, per le quali è stato sottoscritto una Intesa tra Regione e Ministero della salute, è condizionata dalla mancanza di una valutazione dell'impatto sugli interventi di programmazione e riordino della rete ospedaliera prescritti dal PdR.

Limitati i progressi sul fronte della rete territoriale: manca una specifica progettazione di percorsi assistenziali omogenei sul territorio per la non autosufficienza e la disabilità, e della riorganizzazione dell'assistenza domiciliare integrata. Per la semiresidenzialità extraospedaliera, la determinazione del fabbisogno non è stata accompagnata da una analisi della appropriatezza delle prestazioni erogate e della possibilità di soddisfare il fabbisogno con modalità assistenziali diverse. Manca inoltre, secondo l'esame svolto dal Tavolo di monitoraggio una determinazione del fabbisogno dei mezzi di soccorso e le indicazioni relative all'organizzazione e alla rimodulazione delle postazioni territoriali per le urgenze.

Alcune aziende sanitarie non hanno rispettato il blocco del turn over, previsto nel Piano di rientro.

I Tavoli di verifica hanno inoltre evidenziato l'adozione di provvedimenti in contrasto con il piano di rientro⁶.

Il Tavolo ha verificato le **condizioni per l'attivazione degli automatismi fiscali** previsti dalla legislazione vigente. Il persistere delle criticità segnalate, se non tempestivamente corrette, potrebbe generare criticità tali da determinare, secondo il Tavolo, i presupposti per l'avvio della procedura di cui all'articolo 2, comma 84, della legge 191/2009.

Quanto alla situazione debitoria al 31/12/2007, a conclusione del processo di ricognizione e riconciliazione avviato, il debito attestato risulta pari a 1.505 milioni.

Box 7 – Regione Piemonte

La regione Piemonte ha proceduto alla ridefinizione del nuovo assetto della sanità con la separazione delle attività degli ospedali dalla gestione diretta delle ASL, alle quali è demandata la funzione di sviluppo dei servizi territoriali. Sono stati, inoltre individuati gli ambiti delle nuove ASL ed è stata attribuita alle aziende erogatrici di prestazioni anche la funzione di specialistica ambulatoriale. La riorganizzazione ha, altresì, previsto l'accorpamento dei presidi ospedalieri delle ASL in capo alle Aziende Ospedaliere ed alle Aziende Ospedaliere Universitarie. E' stata, infine, programmata la costituzione di 11 ASL, 4 Aziende ospedaliere e 3 Aziende ospedaliere universitarie.

Gli interventi attuati hanno riguardato la rete ospedaliera della post-acuzie, con la definizione dei criteri di appropriatezza organizzativa e clinico gestionale per le strutture ad attività di post acuzie riabilitativa e di lungo degenza (strutture intermedie), la previsione della rideterminazione dei posti letto a seguito della riduzione dell'inappropriatezza e la previsione della rimodulazione tariffaria per le prestazioni e/o per gli erogatori che superino i livelli massimi di prestazioni. Le misure hanno riguardato anche la riorganizzazione del Sistema dell'emergenza ospedaliera e dell'emergenza territoriale.

I Tavoli di monitoraggio hanno rilevato, tuttavia, ritardi nell'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano di Rientro (specie nella revisione della assistenza territoriale) e la necessità che vengano chiarite le caratteristiche delle strutture da riconvertire, il relativo programma di interventi e la valutazione dell'impatto in termini economici e organizzativi sul personale insieme alla previsione di un adeguato sistema sanzionatorio in presenza di assunzioni non coerenti con quanto programmato. Essi evidenziano, inoltre, come numerose delibere regionali aventi come oggetto atti di programmazione non siano state seguite dalle necessarie attività operative. L'incertezza del quadro complessivo ha portato il monitoraggio a valutare non positivamente l'attuazione del piano di rientro.

Nell'esercizio la Regione ha portato a termine una revisione del prontuario terapeutico, utilizzando il criterio delle categorie omogenee di farmaci e delle ricadute sulla spesa farmaceutica territoriale. Tale provvedimento non è stato validato in sede di monitoraggio a causa di un parziale contrasto con le normative nazionali. Nella farmaceutica ospedaliera - in riduzione rispetto al 2010 anche se molto al di sopra del tetto previsto - la Regione è intervenuta prevedendo l'affidamento alle farmacie ospedaliere della preparazione dei farmaci antitumorali (oncoematologici) e la razionalizzazione dell'uso dei farmaci ad alto costo.

Approvate le linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle consistenze organiche, nel corso dell'anno 2011 sono stati adottati provvedimenti che prevedono interventi per il blocco parziale del turn over, la riduzione dei contratti di

⁶ Essi riguardano il patto di legislatura tra la Regione e AIOP, l'istituzione del Centro Regionale Sangue, la definizione dell'assetto giuridico della Fondazione Tommaso Campanella il Protocollo d'intesa con l'Università Magna Græcia l'accorpamento della A.S.L. di Locri con la ASL di Reggio.

lavoro atipici e delle prestazioni aggiuntive e la definizione di tetti di spesa della consistenza organica delle ASR per gli anni 2011 e 2012.

Box 8 – Regione Puglia

I Tavoli di monitoraggio hanno evidenziato nell'esercizio 2011 diverse criticità e ritardi nella attuazione di quanto previsto dal Piano.

Non si è dato attuazione alla disattivazione delle Unità Operative, né alla programmazione delle funzioni e strutture extra-ospedaliere, ritenute rilevanti ai fini del corretto processo di riorganizzazione della rete. Se è stata prevista la riduzione delle strutture semplici e complesse nelle Aziende ed Enti del SSR sulla base degli standard previsti dal Patto della salute 2010-2012, **per quanto riguarda la territoriale non risulta completato il processo di riorganizzazione delle reti assistenziali, né implementata la rete dell'assistenza residenziale e domiciliare.**

Affidata ad un gruppo di lavoro l'individuazione del fabbisogno di prestazioni, necessario ai fini della stipula dei contratti con le strutture accreditate. Il monitoraggio ha ritenuto solo parziale la realizzazione degli interventi previsti dal PdR.

Si sono, invece, registrati ritardi, da parte della Regione, nell'adottare i provvedimenti previsti nel Piano di Rientro in relazione al regolamento per il funzionamento dell'Osservatorio regionale dei prezzi, delle tecnologie e dei dispositivi medici e protesici e degli investimenti in sanità ed al regolamento della Centrale di acquisto.

Sulla base dei risultati 2010 e in attesa di ulteriori approfondimenti sul consuntivo 2011 (ancora provvisorio), i Tavoli non hanno inoltre ritenuto di consentire la deroga al blocco del turn over, richiesta dalla Regione per garantire l'erogazione dei LEA.

In netto miglioramento il risultato della regione Puglia.

6.5 - Ticket e tasse: quanto i cittadini contribuiscono al mantenimento dei servizi sanitari regionali

Il SSN, stando ai dati ministeriali relativi al monitoraggio dei LEA e ai dati prodotti dalle associazioni dei pazienti, non è attualmente un Sistema in grado di garantire **equità di accesso** alle prestazioni previste all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Oggi però la **manca di equità si manifesta anche su un altro fronte**, allo stesso modo fortemente avvertito dai cittadini, viste anche le difficoltà economiche nelle quali versano oggi le famiglie italiane: ci riferiamo al **sistema della compartecipazione alla spesa (ticket) e delle maxi aliquote**.

Di fatto, nel 2011, il tasso di crescita del finanziamento e l'incidenza della spesa sul PIL per il SSN vedono un'ulteriore diminuzione rispetto al 2010, allo stesso tempo però **aumenta di molto la contribuzione economica dei cittadini al mantenimento del Servizio Sanitario Nazionale (ticket e maxi aliquote)**. Ai cittadini è chiesto costantemente un maggiore sforzo economico, diventato ormai non solo insostenibile ma anche non più conveniente con i prezzi proposti dal sistema privato. Per alcune prestazioni in alcune Regioni è oggi più conveniente rivolgersi al privato, incentivando così un meccanismo di indebolimento del sistema pubblico.

Pur volendo accettare il meccanismo di una maggiore contribuzione economica dei cittadini per il funzionamento del SSN, registriamo non solo che lo stesso non è applicato allo stesso modo sul territorio nazionale, ma per assurdo nelle Regioni che offrono servizi con minore accessibilità, qualità e sicurezza, i cittadini contribuiscono economicamente di più. Se a questo aggiungiamo che alcune di queste stesse Regioni sono anche le realtà con alti indici di disoccupazione e sistemi molto deboli di politiche sociali, comprendiamo come il maggiore sforzo economico per il funzionamento dei SSR pesi come un macigno sui redditi familiari.

Ulteriori provvedimenti volti ad aumentare il peso di ticket e maxi aliquote finirebbero per concludere la fine del nostro SSN.

Di seguito riportiamo alcuni interessanti dati sul tema elaborati dalla Corte dei Conti con il Rapporto sul Coordinamento della Finanza Pubblica 2012 (tab. 58).

Innanzitutto merita di essere sottolineato, come **nel 2011, l'incidenza dei ticket per diagnostica, specialistica e farmaci e delle maxi aliquote sia aumentato rispetto al 2010 del 5,9%**.

Considerando tutti i ticket sanitari e le maxi aliquote si passa da una **spesa pro capite di 30 euro in Sardegna**, 36 in Basilicata, 45 in Toscana, 46 in Emilia Romagna, ai **181 nel Lazio**, 119 in Molise, 110 in Sicilia, 100 in Calabria, 100 in Puglia, 89 in Campania, 79 in Abruzzo.

Le Regioni che hanno applicato nel 2011 le maxi aliquote sono otto: Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia.

In tal senso, merita di essere menzionata la possibilità (introdotta con la Spending Review) per le Regioni con piano di rientro di aumentare ulteriormente l'addizionale Irpef dallo 0,5% sino all'1,1% a partire dal 2013, aggravando di fatto la situazione economica delle famiglie sopra decritta.

La Regione che ha ottenuto maggiori introiti attraverso le maxi aliquote è il Lazio con 766 milioni di euro, segue la Sicilia con 337 milioni di euro.

Nel 2011 la **spesa complessiva sostenuta dai cittadini tra ticket e maxi aliquote si attesta a 4,6 miliardi di euro**.

Tabella 58 - Incidenza ticket e maxi aliquote 2011

Regioni	Ticket Asl	Ticket farmaci	Maxi aliquote	Totale 2011	Procapite 2011 (€)	Italia = 100	Var.ne 2010/2011
Piemonte	125,2	74,2	0,0	199,3	45	59	15,6
V. d'Aosta	5,7	1,4	0,0	7,0	55	72	9,0
Lombardia	207,7	236,8	0,0	444,5	45	59	16,7
Trentino A.A.	32,4	12,5	0,0	44,9	43	57	8,3
Veneto	141,9	118,4	0,0	260,3	53	69	12,8
Friuli V.G.	39,5	14,8	0,0	54,3	44	58	18,1
Liguria	40,7	32,5	108,4	181,6	112	148	10,7
Emilia R.	144,4	58,7	0,0	203,1	46	60	17,2
Toscana	122,6	46,6	0,0	169,2	45	59	14,3
Umbria	23,9	13,3	0,0	37,3	41	54	19,7
Marche	45,5	21,9	0,0	67,4	43	57	22,8
Lazio	137,6	131,1	766,5	1.035,2	181	238	3,7
Abruzzo	37,8	29,7	38,1	105,6	79	104	12,6
Molise	6,5	7,6	24,0	38,2	119	157	-17,5
Campania	58,0	171,8	289,3	519,2	89	117	0,7
Puglia	57,2	112,8	239,0	409,1	100	132	-6,4
Basilicata	12,2	8,8	0,0	21,0	36	47	37,2
Calabria	26,7	46,4	128,2	201,3	100	132	-15,7
Sicilia	42,2	173,6	337,4	553,1	110	144	9,3
Sardegna	28,5	22,4	0,0	50,9	30	40	17,0
Totale	1.336,2	1.335,4	1.931,1	4.602,6	76	100	5,9

Fonte: Il Sole 24 Ore Sanità - Cortei dei Conti, Rapporto 2012 Coordinamento della finanza pubblica

6.6 – Assistenza Territoriale: tra vuoto assistenziale e disuguaglianze regionali

Come abbiamo avuto modo di analizzare con i dati forniti dalle associazioni dei Malati Cronici, l'assistenza sanitaria territoriale è caratterizzata ancora da molte criticità, basti pensare ai dati relativi alla Medicina Generale, piuttosto che a quelli sull'assistenza domiciliare integrata, a quelli sull'assistenza residenziale e semiresidenziale. Allo stesso modo abbiamo visto come la spesa delle Regioni per questo tipo di assistenza sia estremamente diversificata, con realtà che investono più risorse di altre (vedi paragrafo 6.2). Anche le performance sono molto diverse con realtà più virtuose e altre meno. L'assistenza territoriale è un ambito di assistenza che attualmente assorbe importanti risorse economiche, circa 40 miliardi di euro annui, rispetto alla quale esistono poche informazioni, e che presenta ampi margini di miglioramento. I servizi territoriali dovrebbero gestire le cronicità, ma sappiamo quanto ancora siano lontani dall'assolvere a questa funzione. Potenziare l'assistenza territoriale significa oggi contribuire alla sostenibilità del SSN. Proprio in tal senso, di seguito proponiamo una fotografia aggiornata dell'assistenza territoriale, attraverso l'analisi dei dati istituzionali disponibili.

6.6.1 - Ricoveri Prevenibili

Tra gli indicatori di efficacia ed efficienza dell'assistenza territoriale vi sono i ricoveri prevenibili per patologie croniche.

Gli ultimi dati disponibili sui **ricoveri prevenibili per diabete** (tab. 59) si riferiscono al 2009 e indicano la **Toscana e la Valle d'Aosta come le realtà più virtuose** con valori pari rispettivamente a 39,2 ricoveri per 100.000 abitanti e 29,9 ricoveri per 100.000 abitanti.

Valori peggiori per la Puglia 145 ricoveri per 100.000 abitanti, seguono **Sicilia** 112,3 ricoveri per 100.000 abitanti, **Calabria** 102,2 ricoveri per 100.000 abitanti e **PA Trento** 100,2 ricoveri per 100.000 abitanti.

I dati relativi al 2009 rispetto ai **ricoveri prevenibili per scompenso cardiaco** (tab. 60) indicano la Sardegna, il Piemonte e la Valle d'Aosta come le realtà con i livelli più bassi di ricoveri prevenibili e rispettivamente pari a 251,9 ricoveri per 100.000 abitanti, 262,7 ricoveri per 100.000 abitanti, 269,2 ricoveri per 100.000 abitanti. Valori peggiori per Molise, Abruzzo, Marche, FVG, che registrano per 100.000 abitanti rispettivamente 494,4 ricoveri, 445,2, 451,8, 444,5.

Con riferimento ai **ricoveri prevenibili per asma** (tab. 61) i valori più elevati appartengono alla Campania, alla Calabria, alla Puglia, alla Lombardia, con valori rispettivamente pari a 41,2 ricoveri per 100.000 abitanti, 37,6 ricoveri per 100.000 abitanti, 36,4 ricoveri per 100.000 abitanti, 35,2 ricoveri per 100.000 abitanti.

Valori decisamente più bassi per V. D'Aosta, Toscana, Basilicata e Piemonte.

Come è possibile notare, emergono importanti differenze regionali, che indicano di fatto modalità diverse, più efficienti/efficaci e meno efficienti/efficaci, di gestione delle cronicità. V. D'Aosta e Toscana, rispetto a queste patologie specifiche, sono in generale tra le realtà più virtuose.

Tab. 59 Ricoveri prevenibili per diabete-degenza ordinaria(per 100.000 abitanti).

RICOVERI PREVENIBILI PER DIABETE - DEGENZA ORDINARIA (per 100.000 abitanti)					
	ANNO 2007	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2009	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Dimessi (*)	Popolazione residente
Piemonte	61,5	56,4	53,7	2.380	4.432.571
Valle D'Aosta	33,7	23,0	29,9	38	127.065
Lombardia	91,6	95,5	91,5	8.911	9.742.676
P.A. Bolzano	112,2	96,6	84,8	423	498.857
P.A. Trento	101,6	86,9	100,2	521	519.800
Veneto	69,5	65,8	61,8	3.020	4.885.548
Friuli V.G.	69,7	66,9	68,7	846	1.230.936
Liguria	62,3	60,8	64,3	1.038	1.615.064
Emilia R.	92,0	91,6	88,9	3.857	4.337.979
Toscana	45,4	42,6	39,2	1.454	3.707.818
Umbria	47,4	54,6	55,9	500	894.222
Marche	52,9	48,1	47,7	748	1.569.578
Lazio	93,8	87,0	80,7	4.542	5.626.710
Abruzzo	79,6	70,8	65,6	875	1.334.675
Molise	121,2	103,8	89,8	288	320.795
Campania	91,0	90,8	87,5	5.085	5.812.962
Puglia	154,3	151,0	145,0	5.916	4.079.702
Basilicata	106,4	114,2	99,9	590	590.601
Calabria	123,0	117,4	102,2	2.052	2.008.709
Sicilia	165,0	149,8	112,3	5.655	5.037.799
Sardegna	96,2	94,6	86,8	1.451	1.671.001
ITALIA	93,9	90,6	83,6	50.190	60.045.068
Parametro di riferimento	93,9	90,6	83,6		

(*) Ricoveri ovunque effettuati dai residenti della regione
L'indicatore è calcolato per la diagnosi di diabete (cod. 250.xx)

Fonte: Ministero salute, 2011 - Rapporto nazionale monitoraggio LEA anni 2007 - 2009

Tabella 6o – Ricoveri prevenibili per scompenso cardiaco – degenza ordinaria (per 100.000 abitanti)

	ANNO 2007	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2009	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Dimessi (*)	Popolazione residente
Piemonte	259,6	249,8	262,7	11.645	4.432.571
Valle D'Aosta	242,8	243,7	269,2	342	127.065
Lombardia	322,8	328,6	329,6	32.112	9.742.676
P.A. Bolzano	303,9	289,9	303,9	1.516	498.857
P.A. Trento	354,8	326,7	317,0	1.648	519.800
Veneto	358,7	366,7	363,3	17.749	4.885.548
Friuli V.G.	480,0	470,5	444,5	5.471	1.230.936
Liguria	404,3	417,1	420,0	6.784	1.615.064
Emilia R.	409,7	411,5	400,8	17.388	4.337.979
Toscana	393,2	327,3	318,2	11.799	3.707.818
Umbria	323,0	318,1	355,4	3.178	894.222
Marche	461,2	460,7	451,8	7.091	1.569.578
Lazio	310,9	313,1	316,7	17.817	5.626.710
Abruzzo	423,3	434,1	445,2	5.942	1.334.675
Molise	543,9	542,3	494,4	1.586	320.795
Campania	269,9	283,8	276,5	16.074	5.812.962
Puglia	316,7	317,7	304,1	12.405	4.079.702
Basilicata	326,7	356,3	356,8	2.107	590.601
Calabria	394,3	396,7	389,4	7.821	2.008.709
Sicilia	320,0	327,2	337,7	17.012	5.037.799
Sardegna	255,9	257,4	251,9	4.210	1.671.001
ITALIA	337,6	337,2	335,9	201.697	60.045.068
Parametro di riferimento	337,6	337,2	335,9		

(*) Ricoveri ovunque effettuati dai residenti della regione
L'indicatore è calcolato per la diagnosi di scompenso cardiaco (cod. 428.xx)

Fonte: Ministero salute, 2011 - Rapporto nazionale monitoraggio LEA anni 2007 – 2009

Tabella 61 – Ricoveri prevenibili per asma – degenza ordinaria (per 100.000 abitanti)

	ANNO 2007	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2009	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Dimessi (*)	Popolazione residente
Piemonte	23,3	23,9	15,8	700	4.432.571
Valle D'Aosta	25,6	24,6	13,4	17	127.065
Lombardia	36,5	39,7	35,2	3.427	9.742.676
P.A. Bolzano	27,7	25,5	22,7	113	498.857
P.A. Trento	23,7	21,4	16,9	88	519.800
Veneto	23,0	23,9	18,2	887	4.885.548
Friuli V.G.	18,1	18,4	16,1	198	1.230.936
Liguria	25,6	27,4	25,4	410	1.615.064
Emilia R.	23,3	24,1	19,8	859	4.337.979
Toscana	16,7	16,5	13,6	506	3.707.818
Umbria	34,4	38,8	28,1	251	894.222
Marche	24,7	27,7	24,3	382	1.569.578
Lazio	27,6	29,0	23,8	1.338	5.626.710
Abruzzo	33,6	28,4	23,9	319	1.334.675
Molise	28,4	29,6	21,5	69	320.795
Campania	51,7	51,2	41,2	2.396	5.812.962
Puglia	43,4	43,3	36,4	1.484	4.079.702
Basilicata	22,8	24,0	14,4	85	590.601
Calabria	34,4	39,0	37,6	756	2.008.709
Sicilia	42,3	37,7	31,7	1.597	5.037.799
Sardegna	47,6	44,8	34,0	568	1.671.001
ITALIA	32,7	33,2	27,4	16.450	60.045.068
Parametro di riferimento	32,7	33,2	27,4		

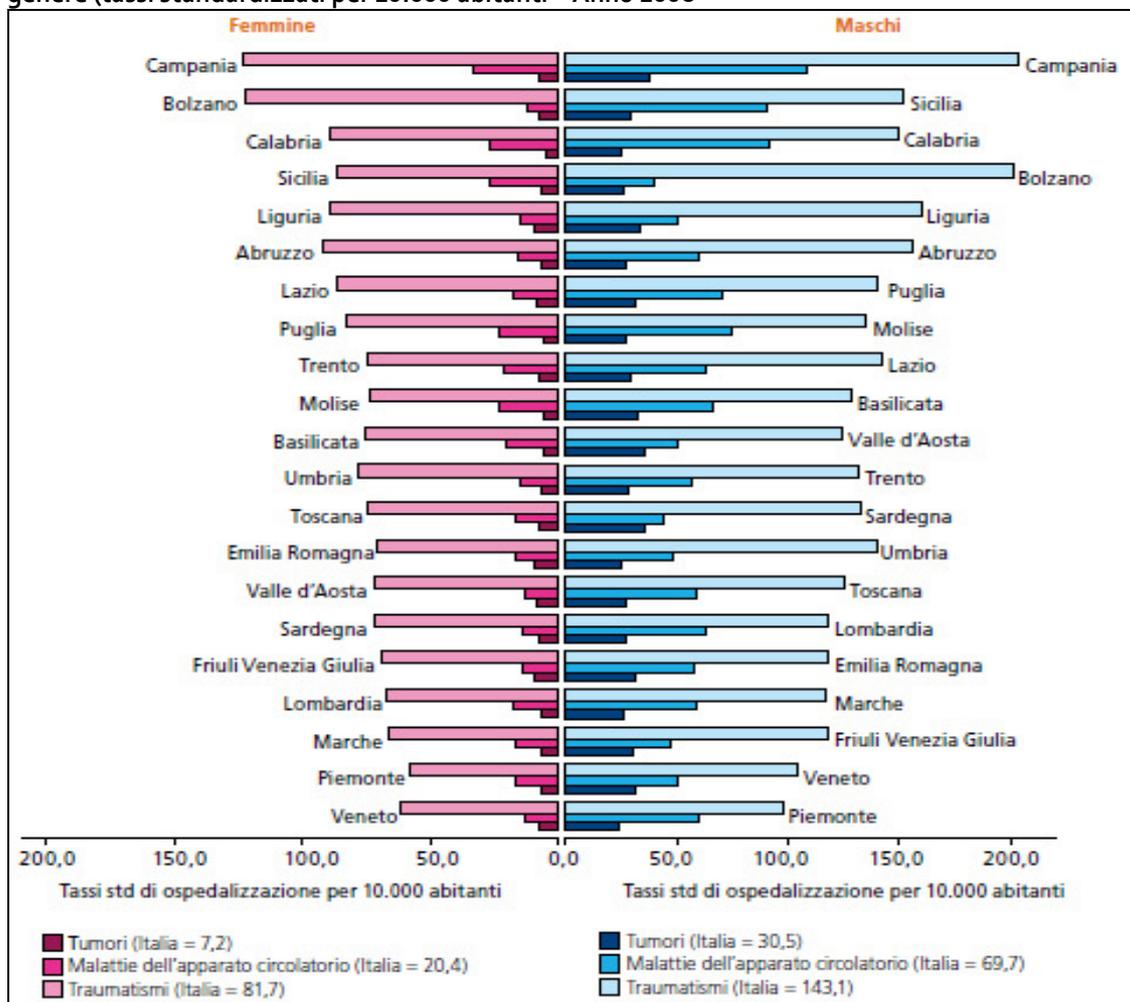
(*) Ricoveri ovunque effettuati dai residenti della regione
L'indicatore è calcolato per la diagnosi di asma (cod. 493.xx)

Fonte: Ministero salute, 2011 - Rapporto nazionale monitoraggio LEA anni 2007 – 2009

Inoltre ci sono ampi margini di miglioramento rispetto all'ospedalizzazione prevenibile attraverso la promozione della prevenzione primaria.

I livelli più alti di ospedalizzazione prevenibile attraverso la prevenzione primaria appartengono a: Campania, Sicilia, Calabria, PA. Bolzano, Liguria, Abruzzo e Lazio. Livelli più bassi per Piemonte e Veneto (figura 53).

Figura 53 – Ospedalizzazione prevenibile mediante prevenzione primaria per Regione di residenza e genere (tassi standardizzati per 10.000 abitanti – Anno 2008)



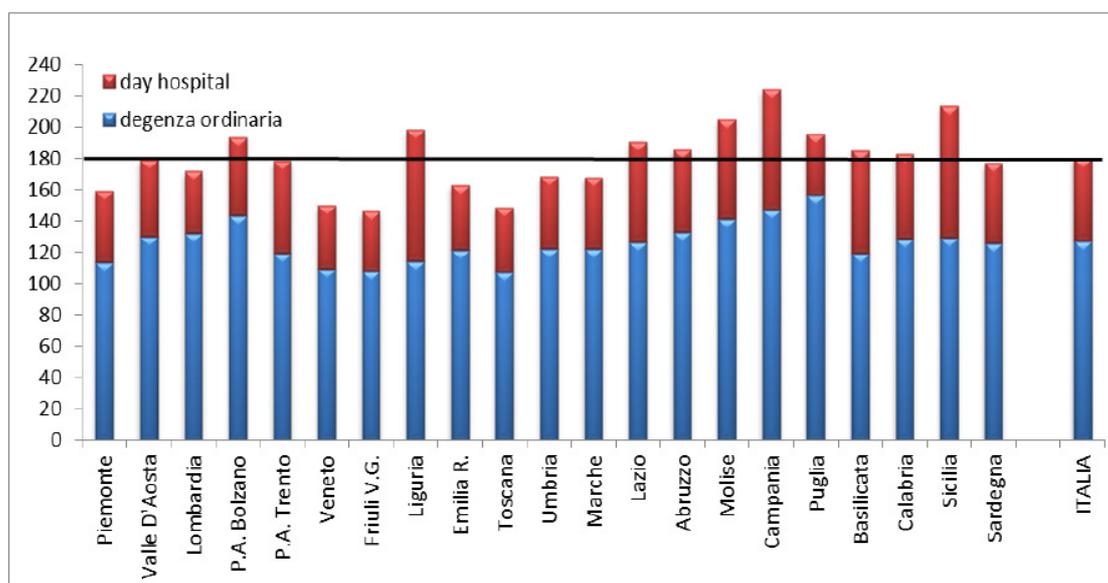
Fonte: Ministero della Salute, Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009 - 2010

Al fine di completare l'analisi, analizziamo il tasso standardizzato di ospedalizzazione in regime ordinario e day hospital per 1000 abitanti, relativo al 2009 (figura 54). Come è possibile notare, le Regioni con tassi maggiori al valore di riferimento nazionale pari a 180 ricoveri per 1000 abitanti sono: Sicilia, Calabria, Basilicata, Puglia, Campania, Molise, Abruzzo, Lazio, Liguria, PA Bolzano.

Molte di queste Regioni sono anche le realtà che presentano valori negativi in ambito di ricoveri prevenibili per patologie croniche e attraverso prevenzione primaria.

Possiamo affermare che gestire in modo appropriato le cronicità attraverso un'assistenza territoriale efficiente e efficace equivale a ridurre l'ospedalizzazione.

Figura 54 - Tasso di ospedalizzazione standardizzato in degenza ordinaria e in day hospital per 1000 abitanti (Anno 2009)



Fonte: Ministero della Salute, Rapporto Monitoraggio LEA 2007-2009

6.6.2 – Assistenza dei Medici di Medicina Generale

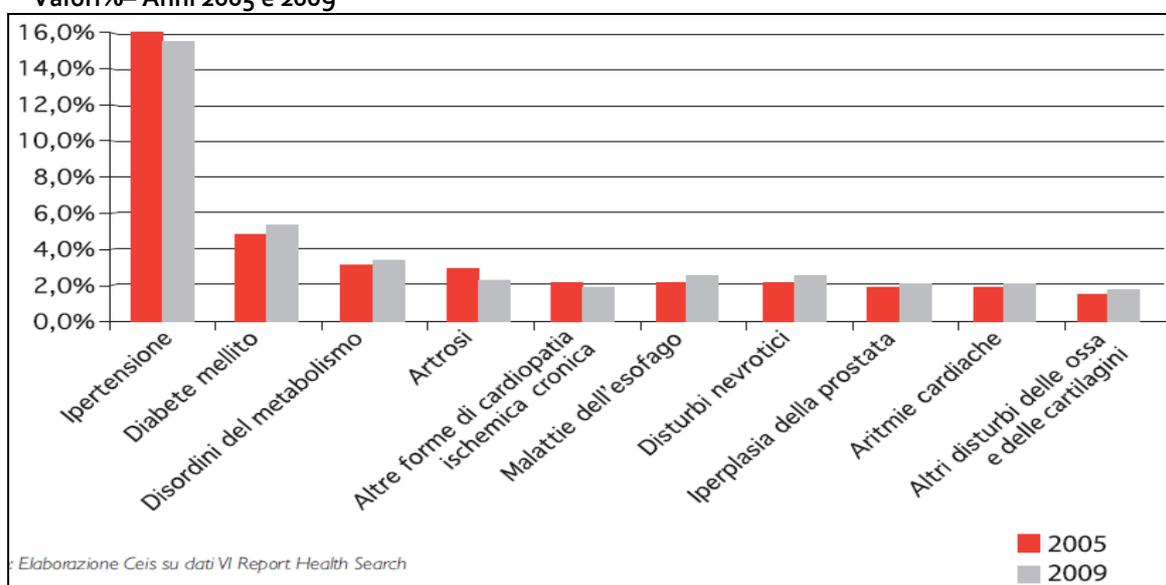
Tra gli attori dell'assistenza territoriale più importanti vi è certamente il medico di medicina generale. Quest'ultimo riveste sempre di più un ruolo fondamentale nella gestione delle cronicità. Purtroppo però sono ancora molte le criticità segnalate dai pazienti rispetto all'assistenza erogata da questa figura.

In particolare uno degli aspetti più segnalati è la **scarsa integrazione del MMG con il medico specialista** per un coordinamento più efficace degli interventi.

Di seguito riportiamo l'analisi di alcuni dati istituzionali sul tema.

L'**ipertensione** è la patologia per la quale i cittadini si rivolgono maggiormente al MMG. Seguono il **diabete**, i **disordini del metabolismo**, l'**artrosi**, etc...(figura 55).

Figura 55- Distribuzione delle prime dieci patologie che hanno causato il maggior numero di contatti - Valori%– Anni 2005 e 2009



Fonte: VIII Rapporto Sanità - CEIS

Il numero complessivo dei **Medici di Medicina Generale è 46.051** (dati relativi al 2009) (tab. 62).

Il numero di Medici di Medina Generale che svolge la propria attività in **forma associativa**, volta a garantire maggiore continuità assistenziale e migliore gestione delle cronicità, è pari a 30.139.

Circa **16.000 medici ancora non prestano questa tipologia di assistenza**. Ricordiamo che la medicina associativa dei MMG è una delle forme di assistenza maggiormente promosse dagli atti di programmazione sanitaria nazionale e regionale. Sono quindi ancora ampi i margini di miglioramento in questo senso.

Allo stesso modo i **MMG che hanno una connessione informatica** (dati 2009) sono circa 36.000; ancora **10.000 medici sono quindi sprovvisti della connessione informatica**. Tale aspetto è ripetutamente richiamato dagli atti di programmazione nazionale e regionale, ma anche dagli accordi collettivi nazionali. La connessione informatica è un elemento importante per promuovere l'integrazione tra MMG e medico specialista per una migliore gestione delle cronicità.

La connessione informatica qualifica l'assistenza del MMG erogata al cittadino e per questo merita di essere incentivata e diffusa tra tutti i medici. Anche l'assetto organizzativo del nostro SSN non può più prescindere da una completa informatizzazione dei MMG.

Tabella 62 – Medici di Medicina Generale – Anno 2009

Regione	Totale medici	Numero scelte per medico	Medici con indennità per attività in forma associativa	Medici con indennità collab. informatica
Piemonte	3.390	1.137	2.780	2.039
Valle d'Aosta	90	1.204	44	70
Lombardia	6.473	1.317	4.483	5.230
PA di Bolzano	269	1.583	65	246
PA di Trento	398	1.116	243	356
Veneto	3.511	1.207	2.704	2.948
Friuli Venezia Giulia	879	1.111	549	697
Liguria	1.343	1.059	949	1.129
Emilia Romagna	3.200	1.180	2.479	2.681
Toscana	3.010	1.077	1.973	2.224
Umbria	763	1.022	565	651
Marche	1.266	1.084	928	1.024
Lazio	4.824	1.041	3.218	3.786
Abruzzo	1.129	1.031	784	979
Molise	269	1.062	121	236
Campania	4.334	1.132	2.483	2.969
Puglia	3.310	1.083	1.997	3.212
Basilicata	508	1.025	367	437
Calabria	1.502	1.121	485	690
Sicilia	4.216	1.044	2.018	3.335
Sardegna	1.367	1.068	904	978
Italia	46.051	1.133	30.139	35.917

Fonte: Ministero della Salute, Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009 - 2010

In Italia il costo pro capite di riferimento per la medicina generale è pari a circa 115€ (dati relativi al 2009) (tab. 63). **Costi pro capite fortemente al di sopra della media per Molise, Abruzzo, Campania, Basilicata, Sicilia e Sardegna** con valori pari rispettivamente a: 256€, 145,6€, 145,8€, 162,2€, 127€, 128,9€.

Merita di essere sottolineato che per alcune realtà regionali, ad esempio Molise e Campania, i maggiori investimenti, in termini di risorse, per la medicina generale non abbiano prodotto gli effetti sperati sui tassi di ospedalizzazione e sulle ospedalizzazioni ad alto rischio di inappropriatazza. Infatti, Molise e Campania sono tra le Regioni con maggiore tasso di ospedalizzazione e ospedalizzazione ad alto rischio di inappropriatazza.

Tabella 63 – Costo pro-capite per la Medicina generale (in euro) anni 2007 – 2009

COSTO PRO-CAPITE PER LA MEDICINA GENERALE * (in Euro)					
	ANNO 2007	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2009	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	Costo medicina generale	Pop. Resid.
	(in euro)	(in euro)	(in euro)	(in migliaia di euro)	
Piemonte	94,2	100,6	105,5	467.603	4.432.571
Valle D'Aosta	92,7	91,0	105,3	13.375	127.065
Lombardia	97,2	102,6	102,6	999.738	9.742.676
P.A. Bolzano	94,2	100,8	n.d.	n.d.	
P.A. Trento	203,4	190,5	n.d.	n.d.	
Veneto	101,8	107,5	110,7	540.604	4.885.548
Friuli V.G.	92,7	95,8	99,3	122.171	1.230.936
Liguria	108,1	105,9	110,8	178.940	1.615.064
Emilia R.	100,1	103,6	107,8	467.466	4.337.979
Toscana	94,7	103,5	104,6	387.962	3.707.818
Umbria	93,1	104,5	105,5	94.299	894.222
Marche	110,9	111,2	100,0	156.894	1.569.578
Lazio	223,8	113,7	109,6	616.620	5.626.710
Abruzzo	145,6	142,2	145,6	194.307	1.334.675
Molise	186,6	259,2	256,9	82.424	320.795
Campania	142,0	122,1	145,8	847.444	5.812.962
Puglia	106,4	109,5	111,8	456.248	4.079.702
Basilicata	142,6	155,2	162,2	95.820	590.601
Calabria	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	
Sicilia	118,3	132,3	127,0	639.995	5.037.799
Sardegna	125,2	124,9	128,9	215.317	1.671.001
ITALIA	98,6	113,0	115,4	6.577.227	57.017.702
Parametro di riferimento (D.M. 12/12/2001)	98,6	113,0	115,4		

Nota(*) Il costo include la medicina generale, la pediatria di libera scelta e la guardia medica.

Fonte: Ministero salute, 2011 - Rapporto nazionale monitoraggio LEA anni 2007 – 2009

6.6.3 – Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) riveste un ruolo fondamentale all'interno del livello di assistenza territoriale. Tale assistenza è fondamentale per la presa in carico della non autosufficienza, degli anziani malati cronici, dei malati terminali. L'ADI incide positivamente anche sulla sostenibilità del SSN poiché riduce il ricorso all'ospedalizzazione. Purtroppo anche rispetto a questa tipologia di assistenza i dati forniti dalle associazioni dei pazienti segnalano importanti criticità: scarsa integrazione tra interventi sanitari e quelli sociali, l'assenza di alcune figure professionali, la scarsa attenzione al mantenimento dell'autosufficienza, numero di ore inadeguate al bisogno di salute, qualità inadeguata dell'assistenza, etc...

Sussistono inoltre profonde differenze regionali in termini di offerta assistenziale.

Molte di queste criticità sono confermate dai dati prodotti dal Ministero della Salute, che di seguito illustriamo.

La **percentuale di anziani trattati in ADI** (tab. 64), si attesta nel 2008 a livello nazionale al 3,4%, con una profonda differenza tra Regioni. Si passa dallo **0,4%** di anziani trattati in ADI della **Valle D'Aosta**, **0,9%** in **Sicilia**, **1%** nella PA Trento, **1,7%** in Campania, **1,9%** in Puglia, **1,9%** in Piemonte, al **7,4%** in **Friuli V.G.**, al **6,1%** in **Veneto**, al **6,1%** in **E. Romagna**, al **5,1%** in **Umbria**.

Tabella 64 – Percentuale di anziani trattati in ADI, Anni 2006-2008

	ANNO 2006	ANNO 2007	ANNO 2008	ANNO 2008	
	Indicatore	Indicatore	Indicatore	N. anziani trattati in ADI	Popolazione ≥ 65 anni
Piemonte	2,0	1,8	1,9	19.207	998.237
Valle D'Aosta	0,3	0,3	0,4	116	25.931
Lombardia	4,2	3,7	4,0	76.748	1.914.881
P.A. Bolzano	0,4	0,5	-	-	84.923
P.A. Trento	1,7	1,0	1,0	1.015	97.737
Veneto	6,0	6,4	6,1	57.240	943.415
Friuli V.G.	9,6	7,3	7,4	20.836	281.626
Liguria	3,2	3,2	3,2	13.943	431.329
Emilia R.	6,2	5,7	6,1	58.856	968.083
Toscana	2,4	2,1	2,0	17.281	855.404
Umbria	4,9	4,3	5,1	10.434	205.308
Marche	4,2	3,9	4,1	14.446	349.297
Lazio	4,1	3,9	3,5	38.223	1.089.062
Abruzzo	4,1	3,7	4,2	11.861	281.863
Molise	9,5	3,7	3,4	2.389	70.291
Campania	1,3	1,6	1,7	15.931	910.830
Puglia	1,9	1,6	1,9	13.488	723.876
Basilicata	5,0	4,3	4,0	4.750	118.408
Calabria	3,1	2,8	2,6	9.520	372.062
Sicilia	1,2	1,0	0,9	8.698	917.624
Sardegna	1,5	1,2	2,1	6.302	305.799
ITALIA	3,6	3,3	3,4	401.284	11.945.986
Parametro di riferimento (D.M. 12/12/2001)	3,6	3,3	3,4		

Fonte: Ministero salute, 2011 - Rapporto nazionale monitoraggio LEA anni 2007 – 2009

Nel **2009** i dati disponibili si riferiscono ai casi **trattati per 100.000 abitanti** (tab. 65).

Complessivamente i casi trattati in ADI nel 2009 si attestano a 526.568. La media nazionale di casi trattati per 100.000 abitanti è di 877. L'84% dei casi trattati sono anziani, il 9,4% pazienti terminali.

Profonde le **differenze regionali** che sostanzialmente ricalcano i valori sopra riportati relativi al 2008.

Si passa dai **130 casi trattati per 100.000 abitanti della PA Bolzano**, 131 della V. D'Aosta, 292 della Sicilia, 368 della PA Trento, 386 della Campania, ai **2.073 dell'Emilia Romagna**, 2037 F.V.G., 2021 Umbria, 1163 Veneto.

In netto miglioramento rispetto al 2008 l'E. Romagna, in calo il Veneto.

Tabella 65 – Assistenza Domiciliare Integrata, Anno 2009

Regione	Casi trattati	Casi per 100.000 abitanti	Di cui anziani %	Di cui pazienti terminali %
Piemonte	30.096	679	77,2	17,8
Valle d'Aosta	166	131	60,8	34,3
Lombardia	93.766	962	85,2	7,4
PA di Bolzano	650	130	55,4	38,0
PA di Trento	1.915	368	57,4	42,2
Veneto	56.829	1.163	82,0	10,2
Friuli Venezia Giulia	25.069	2.037	88,1	2,3
Liguria	16.273	1.008	91,7	5,2
Emilia Romagna	89.933	2.073	90,6	1,2
Toscana	24.505	661	78,3	17,0
Umbria	18.074	2.021	87,0	9,1
Marche	15.043	958	85,0	13,8
Lazio	51.324	912	86,2	7,9
Abruzzo	16.892	1.266	80,2	12,2
Molise	2.108	657	81,3	16,2
Campania	22.434	386	76,7	12,7
Puglia	17.991	441	83,7	13,7
Basilicata	7.382	1.250	81,5	16,2
Calabria	11.708	583	81,4	12,3
Sicilia	14.697	292	67,9	25,5
Sardegna	9.713	581	76,2	14,8
Italia	526.568	877	84,0	9,4

Fonte: Ministero della Salute, Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009 - 2010

In Italia il **valore medio di ore di assistenza erogate per singolo caso** è pari a 19,2 (meno di 4 ore al giorno dal lunedì al venerdì), con importanti differenze tra Regioni (tab. 66): si passa dalle 66 ore della Valle D'Aosta alle 6,4 ore del F.V.G. Le maggiori ore di assistenza sono prestate dagli infermieri professionali e pari a 13,3. Molte di meno le ore erogate dai terapisti della riabilitazione (3,5 ore) e da altri operatori (2,4 ore).

Tabella 66 – ADI dati di attività Anno 2009

Regione	Ore di assistenza erogata per caso trattato			
	Totale	Terapisti della riabilitazione	Infermieri professionali	Altri operatori
Piemonte	17,0	0,6	9,7	6,7
Valle d'Aosta	66,0	3,4	18,5	44,0
Lombardia	17,0	3,8	11,4	1,7
PA di Bolzano	25,0	-	25,0	-
PA di Trento	-	-	-	-
Veneto	10,5	0,9	9,0	0,7
Friuli Venezia Giulia	6,4	1,1	5,1	0,2
Liguria	19,7	5,3	12,0	2,4
Emilia Romagna	17,0	0,1	14,1	2,8
Toscana	20,8	1,5	16,4	2,9
Umbria	14,9	0,8	8,4	5,7
Marche	28,1	4,6	20,9	2,6
Lazio	18,1	5,7	11,5	0,9
Abruzzo	25,5	10,8	14,5	0,2
Molise	55,5	13,0	40,0	2,5
Campania	36,5	7,0	23,2	6,2
Puglia	42,7	12,7	23,9	6,1
Basilicata	38,7	15,1	21,9	1,7
Calabria	25,5	4,6	20,3	0,6
Sicilia	25,5	8,9	15,9	0,8
Sardegna	22,8	5,0	16,8	1,0
Italia	19,2	3,5	13,3	2,4

Fonte: CnAMC – Cittadinanzattiva su dati Ministero della Salute, Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009 - 2010

6.6.4 – Assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale

Come abbiamo visto, anche rispetto all'assistenza territoriale nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali le associazioni dei malati cronici hanno segnalato importanti criticità: scarsa qualità dell'assistenza, tempi lunghi di attesa per l'accesso, scarsa attenzione al mantenimento dell'autosufficienza, il non coinvolgimento di alcune figure professionali, i costi delle rette etc....

Di seguito l'analisi di alcuni dati istituzionali sul tema, che indicano sostanzialmente un'inadeguatezza di tale tipologia di assistenza, caratterizzata inoltre da profonde differenze regionali.

Nel 2009 in Italia le **strutture residenziali per l'assistenza agli anziani** sono 2.686 (tab. 67), anche qui con profonde **differenze regionali**: si passa dalle **648 strutture della Lombardia**, 425 del Piemonte, 370 dell'E. Romagna, 335 del Veneto, alle **21 della Campania**, 23 della Sardegna, 24 della Sicilia, 29 della Puglia, 31 di Calabria e Abruzzo.

Le strutture residenziali per persone con disabilità fisica sono in Italia 660, con valori che oscillano tra 201 strutture della Lombardia, 196 dell'E. Romagna, 72 della Toscana, 3 della Puglia, 6 del Lazio, 13 della Calabria, 17 della Sicilia.

Le **strutture semiresidenziali per gli anziani** sono complessivamente **685** e **presenti in sole 13 Regioni**, con valori che variano tra **251 strutture della Lombardia**, 204 dell'E. Romagna, **1 del Lazio**, **2 della Campania** e 2 della Puglia. Stesso discorso per le strutture semiresidenziali per le persone con disabilità.

Criticità importanti anche rispetto alla diffusione e distribuzione delle strutture per malati terminali.

Il **numero di posti letto** (tab. 68) relativi all'assistenza nelle **strutture residenziali** è pari a **201.180**, con profonde differenze regionali. Il **numero di posti letto** relativi all'assistenza nelle **strutture semiresidenziali** è pari a **45.549**, anche qui con profonde differenze regionali. Considerando le 2 tipologie di strutture, si passa dagli **897 posti letto per 100.000 abitanti della PA Trento**, 846 del Veneto, 817 della Lombardia, 679 dell'E. Romagna, **ai 24 posti letto del Molise, 59 della Sicilia.**

Anche i valori delle giornate per utente (tab. 69 – figura 56) sono molto diversi tra Regioni. Con riferimento alle strutture residenziali per l'assistenza agli anziani si passa dalle **38 giornate della V.D'Aosta**, 54 della Sicilia, alle **343 giornate della PA di Trento**, 234 giornate del Veneto.

Tabella 67– Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate per tipo di assistenza – Anno 2009
Fonte: CnAMC – Cittadinanzattiva su Ministero della Salute, Annuario Statistico SSN 2009

Regione	Strutture Residenziali					Strutture Semiresidenziali				
	Assistenza Psichiatrica	Assistenza ai Disabili Fisici	Assistenza ai Disabili Psichici	Assistenza agli Anziani	Assistenza ai Pazienti Terminali	Assistenza Psichiatrica	Assistenza ai Disabili Fisici	Assistenza ai Disabili Psichici	Assistenza agli Anziani	Assistenza ai Pazienti Terminali
PIEMONTE	260	45	113	425	10	47	30	80	14	1
VALLE D'AOSTA	2	2	6	1	1	1		2		
LOMBARDIA	288	201	12	648	20	160	237	8	251	
PROV. AUTON. BOLZANO	8	1	2	40		6				
PROV. AUTON. TRENTO	14		1	56	1	8				
VENETO	190	54	124	335	12	120	102	239	74	
FRIULI VENEZIA GIULIA	54	6	19	92	3	33	2	10	2	
LIGURIA	65	6	19	103	4	18	5	15	11	
EMILIA ROMAGNA	216	196		370	19	70	203		204	
TOSCANA	129	72	91	285	15	69	54	53	104	4
UMBRIA	42	5	8	55	2	22	25	26	15	
MARCHE	36	3	6	38	6	16	1	6	3	
LAZIO	77	6	10	74	16	51		12	1	
ABRUZZO	34	9	7	31		10				
MOLISE	6					6				
CAMPANIA	97	8	21	21	2	72	3	6	2	
PUGLIA	80	3	23	29	4	30	1	7	2	
BASILICATA	25	2	5	5	1	4				
CALABRIA	19	13	11	31	2	10	1	3		1
SICILIA	48	17	29	24		29	1	5		
SARDEGNA	34	11	15	23	8	11	5	6	2	
ITALIA	1.724	660	522	2.686	126	793	670	478	685	6

Tabella 68 - Strutture sanitarie residenziali e semiresid. – Posti – Anno 2009
Fonte: Ministero della Salute, Annuario Statistico SSN 2009

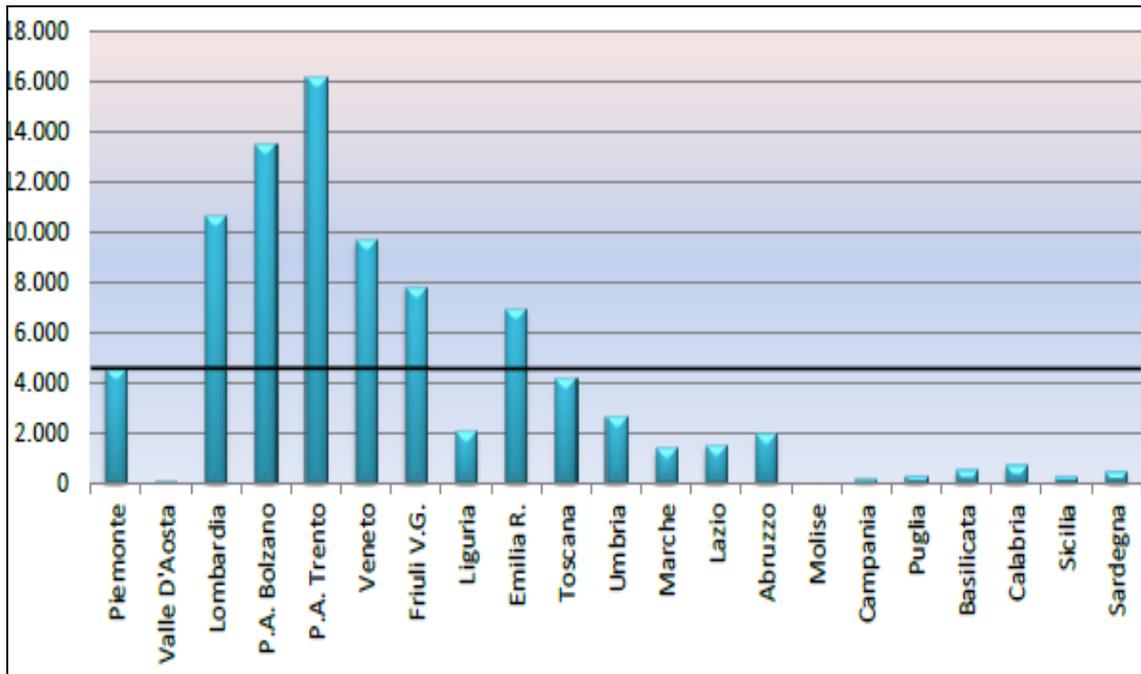
Regione	Numero posti				Distribuzione percentuale per tipo di assistenza						
	Strutture Residenziali	Strutture Semiresidenziali	Totale	x 100.000 abitanti	Assistenza Psichiatrica	Assistenza Anziani	Assistenza Pazienti Terminali	Assistenza Disabili Psichici	Assistenza Disabili Fisici		
PIEMONTE	22.192	3.225	25.517	576	13,4	71,3	0,4	10,9	3,9		
VALLE D'AOSTA	131	33	164	129	25,6	3,0	3,7	50,0	17,7		
LOMBARDIA	65.293	14.312	79.605	817	7,8	78,2	0,3	0,8	13,0		
PROV. AUTON. BOLZANO	3.640	67	3.707	743	5,3	90,9		1,1	2,8		
PROV. AUTON. TRENTO	4.554	109	4.663	897	5,5	94,2	0,1	0,2			
VENETO	32.213	9.119	41.332	846	8,6	67,7	0,2	18,8	4,6		
FRULI VENEZIA GIULIA	6.866	531	7.397	601	8,9	87,1	0,4	2,6	1,0		
LIGURIA	4.209	699	4.908	304	23,1	67,9	0,8	6,9	1,2		
EMILIA ROMAGNA	22.065	7.401	29.466	679	9,7	74,5	0,8		15,1		
TOSCANA	13.711	3.592	17.303	467	11,0	73,4	0,3	10,0	5,2		
UMBRIA	2.087	1.012	3.099	347	17,8	60,1	0,6	11,7	9,7		
MARCHE	2.078	398	2.476	158	27,4	59,6	2,1	9,3	1,6		
LAZIO	6.873	1.492	8.365	149	33,1	58,1	2,8	4,5	1,5		
ABRUZZO	2.689	201	2.890	217	33,2	54,0		7,1	5,7		
MOLISE	60	17	77	24	100,0						
CAMPANIA	2.132	1.222	3.354	58	59,6	21,0	0,6	8,3	10,6		
PUGLIA	4.008	704	4.712	115	37,5	32,3	1,2	15,6	13,3		
BASILICATA	522	70	592	100	59,8	32,3	1,0	5,7	1,2		
CALABRIA	1.695	229	1.924	96	20,0	54,5	1,0	22,4	2,1		
SICILIA	2.392	565	2.957	59	61,8	22,3		9,0	6,9		
SARDEGNA	1.770	451	2.221	133	24,9	32,5	6,5	22,6	13,5		
ITALIA	201.180	45.549	246.729	411	13,0	71,0	0,5	6,9	8,5		

Tabella 69 - Strutture sanitarie assistenza agli anziani e alle persone con disabilità fisica – Dati di attività – Anno 2009

Regione	Assistenza agli anziani							Assistenza ai disabili fisici						
	Strutture semiresidenziali			Strutture residenziali				Strutture semiresidenziali			Strutture residenziali			
	Posti	Utenti	Giornate per utente	Posti	Utenti	Giornate per utente	Utenti x 100.000 anziani	Posti	Utenti	Giornate per utente	Posti	Utenti	Giornate per utente	Utenti x 100.000 abitanti
PIEMONTE	212	359	134	17.993	21.036	228	2.090,2	469	475	190	536	578	162	13,0
VALLE D'AOSTA				5	32	38	121,5				29	282	32	221,9
LOMBARDIA	5.691	8.865	123	56.560	77.938	250	4.010,3	5.943	5.510	197	4.408	4.508	323	46,3
PROV. AUTON. BOLZANO				3.370	3.704	321	4.233,2				102	102	364	20,4
PROV. AUTON. TRENTO				4.392	4.603	343	4.622,6							-
VENETO	1.186	2.034	115	26.780	38.107	234	3.967,1	1.270	1.287	183	651	1.411	153	28,9
FRIULI VENEZIA GIULIA	40	50	165	6.405	14.441	152	5.060,1	9	193	4	64	864	20	70,2
LIGURIA	152	204	160	3.182	7.667	134	1.772,4	10	12	188	50	65	240	4,0
EMILIA ROMAGNA	3.621	5.456	126	18.328	28.947	211	2.969,0	2.766	2.701	196	1.675	1.727	295	39,8
TOSCANA	1.275	1.724	130	11.433	15.752	233	1.825,9	417	430	164	478	740	209	20,0
UMBRIA	241	351	102	1.621	2.856	172	1.379,6	278	310	103	23	23	334	2,6
MARCHE	50	76	146	1.426	3.694	125	1.048,7	8	8	178	32	232	43	14,8
LAZIO	50	97	135	4.810	6.363	262	575,1				129	159	280	2,8
ABRUZZO				1.560	3.441	147	1.214,3				164	124	309	9,3
MOLISE							-							-
CAMPANIA	40	54	111	663	604	263	65,5	63	120	107	291	212	325	3,6
PUGLIA	35	22	486	1.488	2.655	192	361,0				629	424	344	10,4
BASILICATA				191	319	150	268,7				7	50	40	8,5
CALABRIA				1.048	1.602	206	427,9				40	202	37	10,1
SICILIA				659	3.216	54	348,6	10	10	161	195	366	135	7,3
SARDEGNA	60	93	60	662	686	236	219,4	83	49	157	217	366	135	21,9
ITALIA	12.653	19.385	124	162.576	237.663	225	1.966,6	11.326	11.105	186	9.720	12.435	236	20,7

Fonte: Ministero della Salute, Annuario Statistico SSN 2009

Figura 56 – Giornate in strutture semiresidenziali e residenziali per l'assistenza agli anziani – Anno 2008



Fonte: Ministero salute, 2011 - Rapporto nazionale monitoraggio LEA anni 2007 - 2009

6.6.5 – Riabilitazione

Anche la riabilitazione, come gli altri ambiti del livello di assistenza territoriale, è caratterizzata da un'offerta assistenziale regionale profondamente diversificata.

I dati relativi al 2009 attestano un numero complessivo di posti letto in strutture ospedaliere (pubbliche e private accreditate) in regime di day hospital e degenza ordinaria pari rispettivamente a 2.108 e 24.565 (tab. 70).

L'Italia si attesta a **0,44 posti letto per 1000 abitanti**, con valori molto diversi da Regione a Regione: 0,11 posti letto per 1000 abitanti della Sardegna, 0,21 della Sicilia, 0,80 del Lazio, 0,84 della PA Trento, 0,89 del Molise.

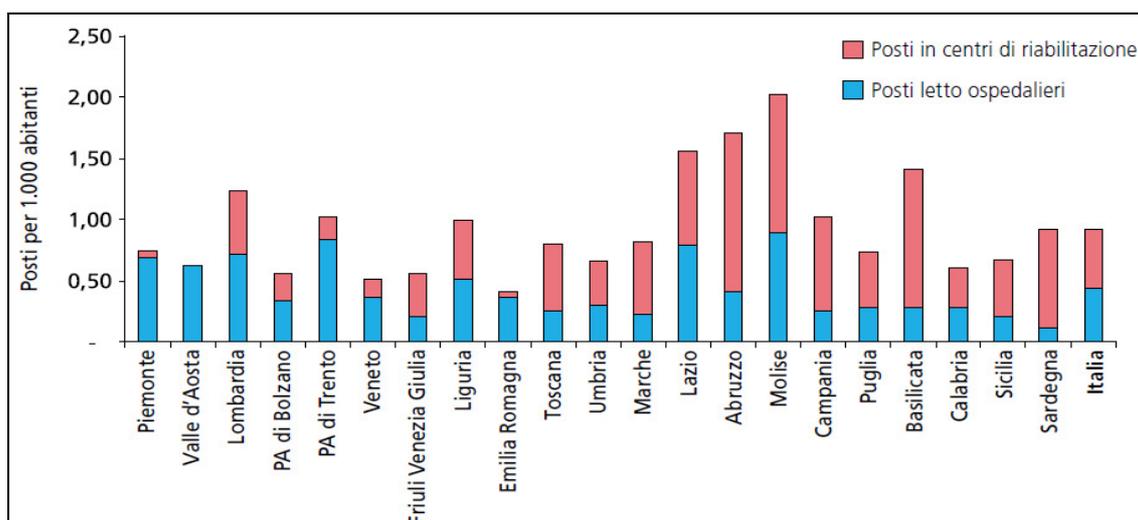
L'evidente differenza di numero di posti letto su 1000 abitanti per Regione, anche con valori bassi per alcune considerate virtuose, pone l'urgenza di quantificare il reale fabbisogno di assistenza per ciascuna Regione.

Tabella 70 - Distribuzione regionale dei posti letto dei reparti di riabilitazione in strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate (Anno 2009)

Regione	Pubblici		Privati accreditati		Totale posti letto		Posti letto per 1.000 abitanti
	Day-hospital	Degenza ordinaria	Day-hospital	Degenza ordinaria	Day-hospital	Degenza ordinaria	
Piemonte	123	1.487	0	1.464	123	2.951	0,69
Valle d'Aosta	0	0	0	80	0	80	0,63
Lombardia	413	3.723	103	2.707	516	6.430	0,71
PA di Bolzano	10	48	0	109	10	157	0,33
PA di Trento	76	205	0	155	76	360	0,84
Veneto	149	1.295	51	308	200	1.603	0,37
Friuli Venezia Giulia	4	174	0	73	4	247	0,20
Liguria	43	577	2	215	45	792	0,52
Emilia Romagna	123	597	29	843	152	1.440	0,37
Toscana	64	482	24	384	88	866	0,26
Umbria	22	213	0	32	22	245	0,30
Marche	4	135	0	223	4	358	0,23
Lazio	188	1.451	248	2.589	436	4.040	0,80
Abruzzo	6	144	22	377	28	521	0,41
Molise	8	186	0	93	8	279	0,89
Campania	57	362	115	928	172	1.290	0,25
Puglia	21	530	0	604	21	1.134	0,28
Basilicata	18	100	6	42	24	142	0,28
Calabria	32	55	6	474	38	529	0,28
Sicilia	119	572	0	360	119	932	0,21
Sardegna	21	63	1	106	22	169	0,11
Italia	1.501	12.399	607	12.166	2.108	24.565	0,44

Fonte: Ministero della Salute, Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009 - 2010

Figura 57- Posti per la riabilitazione in strutture ospedaliere e nei centri ex. art. 26, Legge 833/1978 (Anno 2009).



Fonte: Ministero della Salute, Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009 - 2010

Il confronto con gli altri Paesi europei rispetto al numero di posti letto per 1000 abitanti (tab. 71), ci dice che a fronte di **0,40 posti letto x 1000 abitanti dell'Italia** nel 2008, la Francia si attesta a 1,00 posti letto x 1000 abitanti, stesso valore per Austria, mentre la Germania è a **2,10 posti letto x 1000 abitanti**.

Tabella 71 - Posti letto dedicati alla riabilitazione (per 1.000 abitanti) – Confronto con alcuni Paesi Europei

	2006	2007	2008
Austria	0,50	1,00	1,00
Belgio	0,40	0,40	0,40
Francia	1,50	1,10	1,00
Germania	2,10	2,10	2,10
Irlanda		0,10	0,10
Italia	0,40	0,50	0,40
Lussemburgo	0,30	0,40	0,40
Olanda	0,10	-	-
Portogallo		-	-
Spagna		-	-

Fonte: Ministero della Salute, Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009 - 2010

Le tipologie di riabilitazione sono molteplici. Volumi maggiori di attività sono riferibili alla riabilitazione motoria e neurologica, volumi minori per la riabilitazione cardiologica (in alcune Regioni non sono state svolte attività) e pneumologica (in alcune Regioni non sono state svolte attività) (tab. 72 - 73).

Tabella 72 – Attività di assistenza riabilitativa – Anno 2009

Fonte: Ministero della Salute, Annuario Statistico SSN 2009

Regione	Riabilitazione Cardiologica						Riabilitazione Motoria						Riabilitazione Neurologica						
	Assistenza residenziale		Assistenza semiresidenziale		Assistenza Ambulator.		Assistenza residenziale		Assistenza semiresidenziale		Assistenza Ambulator.		Assistenza residenziale		Assistenza semiresidenziale		Assistenza Ambulator.		
	Utenti	GG/Utenti	Utenti	GG/Utenti	Accessi	Utenti	GG/Utenti	Utenti	GG/Utenti	Utenti	GG/Utenti	Utenti	GG/Utenti	Utenti	GG/Utenti	Utenti	GG/Utenti	Accessi	
PIEMONTE							766	34	11	211	23.425	275	63	13	214	4.463			
LOMBARDIA	740	36	1	25	13.720	7.093	42	270	110	370.220	3.441	54	149	62	161.514				
PROV. AUTON. BOLZANO	678	17	114	12		1.403	15	30	14		101	18	2	14					
PROV. AUTON. TRENTO											62								
VENETO					142			8	49	61.435	118	53	246	106	58.066				
FRIULI VENEZIA GIULIA						30	261	68	112	15.651	22	216	72	179	16.979				
LIGURIA						540	58	22	231	6.982	135	94	19	208	2.272				
EMILIA ROMAGNA						907	45	1	307	13.752	26	87			9.690				
TOSCANA	426	15	24	8	11.453	4.463	17	1.210	14	249.860	1.880	29	827	28	132.760				
UMBRIA						51	82	20	93	24	61	170	53	203	2.710				
MARCHE					48	608	78	51	22	77.989	1.285	122	161	44	59.384				
LAZIO					27.726	826	118	1.188	56	430.365	918	276	1.114	148	418.014				
ABRUZZO	41	30	3	148	3.019	1.347	35	129	40	60.947	1.274	97	517	160	162.563				
MOLISE	1	75			355	113	57	27	256	10.955	70	60	33	177	20.249				
CAMPANIA	35	48	16	80	5.995	566	135	419	181	494.212	408	175	1.116	177	626.275				
PUGLIA	20	27			14	2.335	47	152	33	96.072	1.931	106	585	156	288.959				
BASILICATA						19	296	36	185	14.483	33	345	102	212	46.668				
CALABRIA						833	43	373	17	129.170	557	47	384	13	6.551				
SICILIA						100	277	194	272	96.665	269	326	771	239	250.682				
SARDEGNA	5	47			3.793	97	84	94	232	32.832	1.134	44	176	187	158.405				
ITALIA	1.946	25	158	21	66.265	22.097	44	4.303	73	2.185.101	13.938	92	6.340	139	2.447.713				

Tabella 73 – Attività di assistenza riabilitativa – Anno 2009

Fonte: Ministero della Salute, Annuario Statistico SSN 2009

Regione	Riabilitazione Pneumologica				Riabilitazione Psico-Sensoriale				Riabilitazione Neuropsichiatria Infantile					
	Assistenza residenziale		Assistenza semiresidenziale		Assistenza residenziale		Assistenza semiresidenziale		Assistenza residenziale		Assistenza semiresidenziale		Assistenza Ambulator.	
	Utenti	GG/Utenti	Utenti	GG/Utenti	Utenti	GG/Utenti	Utenti	GG/Utenti	Utenti	GG/Utenti	Utenti	GG/Utenti	Utenti	Accessi
PIEMONTE							1	213	70	239				43.769
LOMBARDIA	979	32	5	21	806	74	207	37	23.520	199	201	971	124	350.336
PROV. AUTON. BOLZANO	78	24												
PROV. AUTON. TRENTO					66	275	6	337	19					48
VENETO	2.310	8			3	310	4	189	3.097	55	93	577	99	167.257
FRIULI VENEZIA GIULIA					8	78	55	117	2.332	4	192	196	169	59.148
LIGURIA					287	282	157	183	26.593	50	329	90	198	7.054
EMILIA ROMAGNA									900					4.085
TOSCANA	480	15	171	22	216	358	250	227	21.226	132	305	353	126	113.616
UMBRIA					20	12	16	91				46	98	1.317
MARCHE	37	70			295	76	48	193	5.126	18	288	47	155	110.359
LAZIO	11	182			445	268	612	91	155.447	44	344	298	103	594.185
ABRUZZO	330	34	44	111	106	289	210	173	36.012			28	133	56.758
MOLISE					205	363	10	300	1.100					6.853
CAMPANIA	208	23	49	24	400	336	863	193	485.729	60	349	669	177	1.001.232
PUGLIA	32	27					31	40	33.806	71	212	220	160	304.461
BASILICATA					397	309	34	211	13.992			11	194	48.325
CALABRIA					30	360	76	33	11.131	32	303	377	36	36.654
SICILIA	2	130			120	318	254	249	137.191	166	346	295	215	289.918
SARDEGNA	7	102			158	292	119	206	40.334	1	135	12	231	145.800
ITALIA	4.474	18	269	37	3.562	235	2.953	160	1.006.730	902	269	4.190	132	3.341.175

6.7. Analisi delle politiche farmaceutiche

L'assistenza farmaceutica è un livello di assistenza particolarmente importante per le persone con patologia cronica e rara.

I **dati delle associazioni dei malati cronici** come abbiamo visto segnalano una serie di importanti difficoltà: tempi eccessivamente lunghi per l'immissione in commercio a livello nazionale di alcuni farmaci (in particolare quelli innovativi), comportamenti diversificati da Regione a Regione sullo stesso farmaco (mancato/ritardato inserimento PTOR, restrizioni ulteriori rispetto alle determinazioni AIFA), il peso della burocrazia (PT e inserimento dati sistema informatico), i costi privati per l'acquisto di farmaci di fascia C, le difficoltà di accesso ai farmaci innovativi.

Molte di queste criticità trovano conferma e molte altre vengono prospettate, attraverso **l'analisi dei dati istituzionali disponibili sul tema**, che di seguito riportiamo.

Tra le questioni più rilevanti rileviamo: lo sfioramento del tetto di spesa complessiva (territoriale e ospedaliera 2011) programmato nonostante il trend decrescente di spesa, aumento costante della spesa privata per farmaci, aumento dell'incidenza dei ticket a carico dei cittadini, i differenti regimi di esenzione ticket sui farmaci per malati cronici e rari, livelli regionali diversificati di aderenza terapeutica, la scarsa trasparenza delle attività delle Commissioni regionali sul farmaco, le difficoltà di accesso alle terapie innovative.

Lo scenario generale, delineato attraverso l'analisi del presente paragrafo, va integrato con le misure sulla farmaceutica approvate con la Spending Review in sanità: ci riferiamo all'ulteriore riduzione del tetto di spesa complessivo a partire dal 2012, con relativa ridefinizione dei tetti di spesa per l'ospedaliera e la territoriale.

6.7.1 Spesa e consumi (territoriale – ospedaliera)

Nel 2011 la **spesa farmaceutica complessiva** si attesta a **26.318 milioni di euro**.

L'**assistenza farmaceutica privata** a carico dei cittadini è stata pari a **6.346 milioni di euro**, cioè il **24,1%** della spesa complessiva (tab. 74).

Tabella 74 – Composizione spesa farmaceutica 2011 – milioni di euro

	Spesa*	%
Classe A-SSN	12.387	47,1
Classe A privato	1.026	3,9
Classe C con ricetta	3.207	12,2
Automedicazione (farmacie pubbliche e private)	2.113	8,0
ASL, Aziende ospedaliere, RIA e Penitenziari	7.585	28,8
Totale	26.318	100,0

Fonte: AIFA, Rapporto OSMED 2011

La **spesa farmaceutica territoriale** nel 2011 si attesta a **12.387 milioni di euro**, con una variazione rispetto al 2010 pari a **-4,6%**.

Al contrario la **spesa privata dei cittadini per l'acquisto di farmaci di fascia A** è in crescita del **+21%** rispetto al 2010 e pari a **1.026 milioni di euro**.

In aumento del **+3,7%** rispetto al 2010 anche la **spesa privata** a carico dei cittadini per l'acquisto dei **farmaci di classe C con ricetta**, e pari a 3.207 milioni di euro.

Anche la **spesa privata** per farmaci da **automedicazione** cresce rispetto al 2010 dello **+0,4%** e si attesta a 2.113 milioni di euro (tab. 75).

Tabella 75 – Spesa farmaceutica territoriale, confronto 2007 - 2010

Spesa lorda	2007 (milioni)	2008 (milioni)	2009 (milioni)	2010 (milioni)	2011 (milioni)	Δ% 08/07	Δ% 09/08	Δ% 10/09	Δ% 11/10
1 Classe A-SSN	12.712	12.724	12.928	12.985	12.387	0,1	1,6	0,4	-4,6
2 Classe A privato*	828	928	829	848	1.026	12,1	-10,7	2,3	21,0
1+2 Totale	13.540	13.652	13.757	13.833	13.413	0,8	0,8	0,6	-3,0
Quota a carico SSN (%)	94	93	94	94	92				
3 Classe C con ricetta	3.084	3.106	3.154	3.093	3.207	0,7	1,5	-1,9	3,7
4 Automedicazione (SOP e OTC)	2.134	2.054	2.140	2.105	2.113	-3,8	4,2	-1,6	0,4
2+3+4 Totale spesa privata	6.046	6.088	6.122	6.046	6.346	0,7	0,6	-1,2	5,0
1+2+3+4 Totale spesa farmaceutica	18.758	18.812	19.050	19.031	18.733	0,3	1,3	-0,1	-1,6

Fonte: CnAMC – Cittadinanzattiva su AIFA, Rapporto OSMED 2011

Per la farmaceutica territoriale la maggiore incidenza di spesa è riscontrabile nella fascia di età 65-74 anni e maggiore di 75 anni, pari rispettivamente al 26% e 32,8% (tab. 76).

Tabella 76 – Spesa farmaceutica territoriale 2011 classe A-SSN, per età

Fascia d'età	Spesa lorda pro capite			Spesa totale	
	uomini	donne	totale	%	% cum
0-4	34,0	29,1	31,6	0,8	0,8
5-14	30,7	25,5	28,2	1,3	2,1
15-24	32,8	33,5	33,1	1,6	3,7
25-34	40,6	51,4	46,0	2,9	6,6
35-44	65,3	79,8	72,5	6,1	12,7
45-54	130,8	138,6	134,8	10,4	23,2
55-64	281,0	274,1	277,5	18,0	41,2
65-74	494,1	458,6	475,1	26,0	67,2
≥75	666,6	557,2	598,5	32,8	100,0

Fonte: CnAMC – Cittadinanzattiva su AIFA, Rapporto OSMED 2011

Particolarmente interessanti i dati relativi all'aderenza al trattamento con farmaci per l'ipertensione e lo scompenso. In particolare l'aderenza al trattamento è riscontrata nel **58,8% del totale dei pazienti ipertesi trattati nel 2011**, in diminuzione rispetto al 2010 (-**3,1%**). Livelli di maggiore aderenza al trattamento si hanno al centro 60,3%, seguono sud/isole 59,2%, infine il Nord 58%. La Liguria ha valori di aderenza più bassi (53,8%), Marche e Umbria sono le Regioni più virtuose (63,7%). La percentuale di pazienti aderenti cresce in base alla severità clinica del paziente: diabete mellito (70,4%), scompenso cardiaco (71,4%), malattia renale cronica (72,3%). Livelli maggiori di aderenza nella fascia di età 66-75 anni (tab. 77).

Tabella 77 - Percentuale di pazienti aderenti alla terapia antipertensiva in soggetti ipertesi senza e con specifiche indicazioni al trattamento, dati per Regione, genere, età - Anno

	Ipertensione e specifiche indicazioni al trattamento									
	Ipertensione* [N=127.579]		Diabete mellito° [N=29.942]		Malattie CV [N=42.589]		Scompenso cardiaco [N=6.829]		Malattia renale cronica [N=13.920]	
	%	Δ % 11-10	%	Δ % 11-10	%	Δ % 11-10	%	Δ % 11-10	%	Δ % 11-10
ANALISI GEOGRAFICA										
Piemonte/Val d'Aosta	56,0	-2,8	67,7	-3,9	65,9	-1,9	64,9	-1,2	69,9	-1,3
Lombardia	59,7	-2,5	70,9	-4,4	69,7	-2,2	74,3	-1,9	75,5	-2,0
Liguria	53,8	-4,9	66,1	-4,4	66,5	-2,7	65,2	-3,4	64,8	-8,0
Bolzano/Trento/ Friuli VG	56,7	-6,6	69,1	-5,7	68,7	-4,3	69,0	-5,0	72,8	-4,1
Veneto	58,6	-2,6	74,7	-1,9	71,2	-2,1	81,2	+0,6	72,4	-2,5
E. Romagna	58,6	-4,3	71,1	-4,6	70,2	-3,2	73,1	+1,7	72,4	-2,0
NORD	58,0	-3,6	70,6	-4,1	69,3	-2,7	72,8	-1,4	72,2	-3,1
Toscana	55,9	-7,5	72,1	-4,4	66,4	-5,9	67,8	-9,0	72,3	-4,1
Marche/Umbria	63,7	-1,9	77,0	-2,1	74,3	-1,7	77,5	-1,5	77,6	+0,7
Lazio	59,9	-2,4	66,2	-5,0	68,6	-2,7	72,2	2,1	70,5	-1,7
CENTRO	60,3	-3,4	71,2	-3,9	70,0	-3,1	73,0	-2,4	73,6	-1,3
Abruzzo/Molise	57,7	-2,7	68,6	-5,9	67,4	-2,9	62,5	-2,1	72,0	-1,1
Puglia	60,8	-1,8	72,8	0,0	71,1	0,0	73,8	-0,9	75,0	-1,9
Campania	57,7	-1,6	68,3	-2,0	66,2	-2,9	66,0	-0,7	70,7	-2,5
Basilicata/Calabria	58,9	-5,5	67,0	-8,5	68,6	-4,2	64,9	-1,0	71,5	-2,6
Sicilia/Sardegna	60,2	-1,9	71,0	-2,9	69,5	-3,7	73,2	-1,1	71,3	-5,1
SUD E ISOLE	59,2	-2,3	69,9	-3,0	68,3	-2,8	68,9	-1,1	71,9	-2,8
ANALISI PER GENERE										
Maschi	62,2	-3,2	72,5	-3,6	71,1	-3,0	74,5	-2,0	74,1	-3,0
Femmine	56,5	-3,0	68,7	-3,6	66,8	-2,6	69,0	-0,9	70,6	-2,4
ANALISI PER ETÀ										
≤45	48,1	-2,2	53,3	-5,3	61,8	+3,5	57,6	-12,4	68,6	-0,8
46-65	57,8	-2,9	70,5	-3,9	69,5	-3,1	75,9	-0,8	73,6	-2,0
66-75	62,5	-3,9	73,0	-3,2	72,5	-2,3	77,4	-1,4	77,0	-1,9
>75	58,8	-2,7	68,3	-3,6	66,7	-2,9	69,1	-1,4	70,0	-3,2
ITALIA*	58,8	-3,1	70,4	-3,6	69,0	-2,8	71,4	-1,4	72,3	-2,7
2011	(2,3)		(2,7)		(3,1)		(3,6)		(3,4)	

Fonte: AIFA, Rapporto OSMED 2011-dati Health Search

La categoria dei **farmaci antineoplastici** è quella che presenta maggiore percentuale di spesa a carico del SSN (quindi maggiore copertura pubblica): 98,8% della relativa spesa complessiva. Seguono i farmaci per l'apparato cardiovascolare 92,2%, gli antimicrobici 91,7% e gli ematologici 90,5%.

La categoria dei **farmaci dermatologici** è quella che presenta una maggiore percentuale di spesa a carico dei cittadini (spesa privata): 87,9% della relativa spesa complessiva. Seguono i farmaci per l'apparato genito-urinario e ormoni sessuali 59,7%, nonché quelli per l'apparato muscolo scheletrico 53,3% (tab. 78).

Tabella 78 – Composizione percentuale spesa farmaceutica 2011 per categorie

	Classe A-SSN	Classe A privato	Classe C con ricetta	Automedicazione	Strutture pubbliche	Totale ^o
A - Gastrointestinale e metabolismo	56,3	4,8	8,1	19,1	11,7	3.382
B - Ematologici	29,0	3,2	5,2	1,1	61,5	1.978
C - Cardiovascolare	89,2	3,2	3,0	1,7	3,0	4.942
D - Dermatologici	8,9	5,4	45,1	37,4	3,1	663
G - Genito-urinario e ormoni sessuali	32,3	2,8	53,8	3,1	8,0	1.249
H - Ormoni sistemici	41,5	8,8	4,9	0,0	44,8	541
J - Antimicrobici	38,0	5,1	3,2	0,0	53,7	2.722
L - Antineoplastici	10,6	0,9	0,3	0,0	88,2	3.157
M - Muscolo-scheletrico	40,5	12,8	16,1	24,4	6,2	1.378
N - SNC	42,5	4,3	28,2	7,5	17,5	3.410
P - Antiparassitari	54,6	12,1	26,2	1,8	5,3	22
R - Respiratorio	60,1	6,4	9,3	21,8	2,4	1.822
S - Organi di senso	38,1	2,2	33,9	15,1	10,6	554
V - Vari	27,7	0,0	9,7	0,2	62,4	432

* Calcolata sulla categoria
^o In milioni di euro

Fonte: AIFA, Rapporto OSMED 2011

La spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale 2011 a livello nazionale si attesta al 13,2% del FSN: percentuale di spesa inferiore a quella programmata del 13,3%. Le Regioni che hanno sfiorato il tetto programmato sono: Sicilia, Lazio, Puglia, Campania, Sardegna, Calabria, Abruzzo, Marche e Molise (tab. 79).

Per il 2012 il tetto di spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale, rideterminato attraverso la Spending Review, è pari al 13,1%.

A decorrere dal 2013 il tetto è ulteriormente ridotto all'11,35% del FSN, decisamente al di sotto della spesa effettivamente sostenuta nel 2011.

Tabella 79 – Verifica del rispetto del tetto programmato del 13,3% di spesa farmaceutica territoriale per l'anno 2011, per ogni singola Regione, in ordine decrescente di scostamento assoluto

Regione	FSN 2011 A	TETTO v.a. B	Spesa farmaceutica territoriale (1) al netto del <i>pay back</i> C	Sforamento tetto in valore assoluto (C-B)	Incidenza % spesa farmaceutica territoriale/FSN (C/A)
SICILIA*	8.657.511	1.151.449	1.325.171	173.722	15,31
LAZIO*	9.979.050	1.327.214	1.482.445	155.232	14,86
PUGLIA*	7.060.575	939.056	1.083.199	144.143	15,34
CAMPANIA*	9.945.748	1.322.785	1.403.267	80.482	14,11
SARDEGNA	2.879.269	382.943	437.048	54.105	15,18
CALABRIA*	3.504.269	466.068	489.474	23.407	13,97
ABRUZZO*	2.379.384	316.458	330.242	13.784	13,88
MARCHE	2.794.487	371.667	373.700	2.034	13,37
MOLISE*	579.509	77.075	77.386	312	13,35
BASILICATA	1.039.801	138.294	136.202	-2.092	13,10
LIGURIA	3.072.665	408.664	404.871	-3.794	13,18
V. AOSTA	222.652	29.613	25.448	-4.165	11,43
UMBRIA	1.625.359	216.173	203.177	-12.996	12,50
FRIULI V.G.	2.192.568	291.612	272.466	-19.146	12,43
TRENTO	900.875	119.816	91.139	-28.678	10,12
BOLZANO	848.845	112.896	82.032	-30.864	9,66
TOSCANA	6.749.474	897.680	857.917	-39.763	12,71
PIEMONTE*	8.011.385	1.065.514	981.640	-83.875	12,25
E. ROMAGNA	7.889.795	1.049.343	943.548	-105.795	11,96
VENETO	8.616.363	1.145.976	985.696	-160.280	11,44
LOMBARDIA	17.315.203	2.302.922	2.019.711	-283.211	11,66
ITALIA	106.264.787	14.133.217	14.005.781	-127.436	13,18

(1) Grandezza derivante dalla sommatoria della spesa farmaceutica netta, quota prezzo di riferimento, ticket fisso e spesa per distribuzione diretta (fascia A) detratto il *payback*.
Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) dati aggiornati al 30 aprile 2012.
*Regioni soggette ai Piani di rientro.

Fonte: Corte dei Conti, Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni, esercizi 2010-2011

Rispetto alla farmaceutica ospedaliera, la spesa 2011 a livello nazionale si attesta al 3,56% del FSN (tab. 80), sfiorando ampiamente il tetto programmato del 2,4%.

Il dato evidenzia la totale inadeguatezza del tetto programmato al reale bisogno di salute e di assistenza della collettività. In tal senso merita di essere sottolineato come tutte le Regioni, anche le cosiddette virtuose, non siano state in grado di rispettare il tetto programmato.

A decorrere dal 2013 il tetto programmato è pari al 3,5%, valore più vicino alla spesa sostenuta nel 2011, ma probabilmente inferiore alla spesa effettiva che verrà sostenuta, visto la continua introduzione di farmaci innovativi.

L'incidenza percentuale sul FSN della spesa pubblica complessiva 2011 (farmaceutica territoriale e ospedaliera) a livello nazionale è stata pari al 16,74%, sfiorando notevolmente il tetto di spesa programmato pari al 15,7% (tab. 81). Le Regioni che hanno rispettato il tetto programmato complessivo sono: Basilicata, Molise, V.D'Aosta, PA Bolzano, PA Trento, Veneto e Lombardia. Anche qui possiamo confermare l'inadeguatezza del tetto programmato complessivo di spesa per l'assistenza farmaceutica al reale bisogno di salute della collettività, inadeguatezza che sarà ancora più marcata nel 2012, dove il tetto programmato rideterminato è pari al 15,5%, nonché nel 2013, dove il tetto programmato rideterminato è pari al 14,85%. **L'inadeguatezza del tetto di spesa complessiva**, con particolare riguardo a quella ospedaliera, spiega le difficoltà di accesso ai farmaci ospedalieri e innovativi segnalate dai pazienti a livello regionale: ulteriori restrizioni rispetto

alle determinazioni AIFA, mancato/ritardato inserimento dei farmaci nei PTOR. Allo stesso modo, l'inadeguatezza del tetto spiega anche il perché dei ritardi inerenti l'autorizzazione e il rimborso dei farmaci particolarmente costosi e innovativi.

Tabella 8o – Verifica del rispetto del tetto programmato del 2,4% di spesa farmaceutica ospedaliera 2011 al netto del pay back non convenzionato, per Regione, in ordine decrescente di scostamento assoluto

Regione	FSN 2011 (A)	TETTO valori assoluti (B)	Spesa Ospedaliera al netto del pay back non convenzionata C	Sforamento tetto in valore assoluto (C-B)	Incidenza % spesa osp./FSN (C/A)
LOMBARDIA	17.315.203	415.565	564.250	148.685	3,26
TOSCANA	6.749.474	161.987	295.279	133.292	4,37
PIEMONTE*	8.011.385	192.273	319.164	126.891	3,98
E. ROMAGNA	7.889.795	189.355	310.657	121.302	3,94
LAZIO*	9.979.050	239.497	355.927	116.430	3,57
VENETO	8.616.363	206.793	308.002	101.209	3,57
PUGLIA*	7.060.575	169.454	247.842	78.388	3,51
SARDEGNA	2.879.269	69.102	136.931	67.829	4,76
MARCHE	2.794.487	67.068	121.958	54.890	4,36
FRIULI V.G.	2.192.568	52.622	99.951	47.329	4,56
CALABRIA*	3.504.269	84.102	128.105	44.002	3,66
SICILIA*	8.657.511	207.780	249.862	42.082	2,89
LIGURIA	3.072.665	73.744	113.098	39.354	3,68
UMBRIA	1.625.359	39.009	69.539	30.531	4,28
ABRUZZO*	2.379.384	57.105	85.421	28.316	3,59
BASILICATA	1.039.801	24.955	37.611	12.656	3,62
BOLZANO	848.845	20.372	32.301	11.929	3,81
CAMPANIA*	9.945.748	238.698	249.597	10.899	2,51
TRENTO	900.875	21.621	30.610	8.989	3,40
MOLISE*	579.509	13.908	16.865	2.956	2,91
V. AOSTA	222.652	5.344	7.585	2.241	3,41
ITALIA	106.264.787	2.550.355	3.780.556	1.230.201	3,56

(1) Dalla spesa farmaceutica non convenzionata, rilevata per il tramite della tracciabilità, è stata eliminata la spesa per distribuzione diretta dei farmaci classificati in Fascia A e la spesa per vaccini (300,6 milioni di euro). Pay back versati dalle Aziende Farmaceutiche a beneficio delle Regioni.
Fonte: Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) dati aggiornati al 30 aprile 2012.
* Regioni soggette ai Piani di rientro.

Fonte: Corte dei Conti, Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni, esercizi 2010-2011

Tabella 81 - Superamento del tetto programmato del 15,7% di spesa farmaceutica complessiva (1) per Regione, in ordine decrescente di scostamento assoluto anno 2011

Regione	FSN 2011 (A)	Tetto 15,7% (B)	Spesa complessiva 2011 al netto del pay back (C)	Sforamento tetto - v.a. (C-B)	Incidenza % spesa/FSN	Spesa complessiva 2010 al netto del pay back	Variaz. % 2011/2010
LAZIO*	9.979.050	1.566.711	1.838.372	271.662	18,42	1.867.846	-1,58
PUGLIA*	7.060.575	1.108.510	1.331.041	222.531	18,85	1.403.323	-5,15
SICILIA*	8.657.511	1.359.229	1.575.033	215.804	18,19	1.583.736	-0,55
SARDEGNA	2.879.269	452.045	573.979	121.934	19,93	609.451	-5,82
TOSCANA	6.749.474	1.059.667	1.153.197	93.529	17,09	1.152.638	0,05
CAMPANIA*	9.945.748	1.561.483	1.652.864	91.382	16,62	1.701.452	-2,86
CALABRIA*	3.504.269	550.170	617.579	67.409	17,62	635.509	-2,82
MARCHE	2.794.487	438.735	495.658	56.924	17,74	491.600	0,83
PIEMONTE*	8.011.385	1.257.787	1.300.804	43.016	16,24	1.398.379	-6,98
ABRUZZO*	2.379.384	373.563	415.664	42.101	17,47	430.538	-3,45
LIGURIA	3.072.665	482.408	517.969	35.561	16,86	548.181	-5,51
FRIULI V.G.	2.192.568	344.233	372.417	28.183	16,99	374.776	-0,63
UMBRIA	1.625.359	255.181	272.717	17.535	16,78	269.913	1,04
E. ROMAGNA	7.889.795	1.238.698	1.254.205	15.507	15,90	1.267.371	-1,04
BASILICATA	1.039.801	163.249	173.813	10.564	16,72	168.721	3,02
MOLISE*	579.509	90.983	94.251	3.268	16,26	89.900	4,84
V. AOSTA	222.652	34.956	33.033	-1.923	14,84	36.889	-10,45
BOLZANO	848.845	133.269	114.333	-18.936	13,47	114.842	-0,44
TRENTO	900.875	141.437	121.749	-19.688	13,51	120.996	0,62
VENETO	8.616.363	1.352.769	1.293.698	-59.071	15,01	1.318.912	-1,91
LOMBARDIA	17.315.203	2.718.487	2.583.961	-134.526	14,92	2.571.679	0,48
ITALIA	106.264.787	16.683.572	17.786.337	1.102.765	16,74	18.156.652	-2,04

(1) La spesa complessiva è ottenuta sommando la spesa ospedaliera e la spesa territoriale al netto del pay back.
Nella spesa farmaceutica non convenzionata rilevata per il tramite della tracciabilità non è compresa la spesa per distribuzione diretta dei farmaci classificati in A e la spesa per vaccini (300,6 milioni di euro a livello nazionale).
Fonte : Agenzia Italiana del farmaco (AIFA) dati aggiornati al 30 aprile 2012
* Regioni sottoposte ai Piani di Rientro.

Fonte: Corte dei Conti, Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni, esercizi 2010-2011

Una notizia positiva è quella relativa all'aumento della spesa (assoluta) per i **farmaci orfani**, la cui incidenza sulla spesa farmaceutica ospedaliera passa dal 10% del 2010 all'11,4% del 2011 (tab. 82). Un segnale positivo di maggiore attenzione a questi farmaci, importantissimi per il trattamento delle malattie rare. Su questo specifico fronte l'impegno di tutti gli attori dovrà essere sempre maggiore; c'è ancora molto da fare.

Tabella 82 – Spesa e consumo farmaci orfani – Anni 2007-2011

Anno	2007	2008	2009	2010	2011	Δ% 2011 vs 2007
Spesa farmaci orfani	263.421.013	381.575.880	506.678.965	656.650.964	799.862.219	203
Incidenza percentuale farmaci orfani su spesa farmaceutica ospedaliera	5,7	6,8	8,4	10,0	11,4	
Consumo (DDD) farmaci orfani	2.737.340	3.950.037	5.271.295	6.595.432	7.494.000	174
Incidenza percentuale farmaci orfani su consumo farmaceutico ospedaliero	0,11	0,16	0,21	0,23	0,20	

Fonte: AIFA, Rapporto OSMED 2011

6.7.2 - L'incidenza dei ticket farmaceutici

Il peso dei ticket sanitari sui redditi delle famiglie è diventato davvero molto pesante e in continua crescita. Abbiamo visto come la loro incidenza vari da Regione a Regione, rafforzando l'immagine di un Servizio Sanitario Nazionale sempre meno equo. **In ambito farmaceutico l'incidenza dei ticket è aumentata molto negli anni, passando da 539 milioni di euro del 2007 ai 1.337 milioni di euro del 2011**, praticamente più del doppio (tab. 83); nel 2011 merita di essere segnalata la **variazione rispetto al 2010 del +34%**. Allo stesso tempo però assistiamo ad una contrazione della spesa per l'assistenza farmaceutica territoriale a carico del SSN pari a -4,6%. Praticamente diminuisce l'intervento pubblico e aumenta di molto la spesa privata dei cittadini.

Tabella 83 – Trend spesa per Ticket – Anni 2007-2011

	2007	2008	2009	2010	2011	Δ%	Δ%	Δ%	Δ%
	(milioni)	(milioni)	(milioni)	(milioni)	(milioni)	08/07	09/08	10/09	11/10
Classe A-SSN	12.712	12.724	12.928	12.985	12.387	0,1	1,6	0,4	-4,6
Ticket*	539	647	862	998	1.337	20,0	33,3	15,7	34,0

Fonte: CnAMC – Cittadinanzattiva su AIFA, Rapporto OSMED 2011

Considerando il periodo gennaio – dicembre 2011 rileviamo valori per **ticket medio pro capite molto diversi da Regione a Regione** (tab. 84). Si passa da **7,48€ della PA Trento**, 11,48€ della Toscana, 11,9€ del Friuli Venezia Giulia, 13,36 dell'Emilia Romagna, ai **31,9€ della Sicilia**, 29,5€ della Campania, 27,63€ della Puglia, 24,10 della Lombardia e del Veneto, 23,31€ del Lazio, 23,11€ della Calabria. Tranne per alcune realtà come Lombardia e Veneto, possiamo notare livelli più alti di compartecipazione alla spesa nelle Regioni con Piano di rientro, già alle prese con riduzione di alcuni servizi e imposizione di maxi aliquote.

Tabella 84 – Ticket medio pro-capite, gennaio – dicembre 2011, dati per Regione

VALLE D'AOSTA	10,60
PIEMONTE	16,68
LIGURIA	20,05
LOMBARDIA	24,10
VENETO	24,10
BOLZANO	17,02
TRENTO	7,48
FRIULI VENEZIA GIULIA	11,99
EMILIA ROMAGNA	13,36
MARCHE	14,05
TOSCANA	11,48
LAZIO	23,31
UMBRIA	14,82
ABRUZZO	22,04
MOLISE	23,59
CAMPANIA	29,50
PUGLIA	27,63
BASILICATA	14,94
CALABRIA (§)	23,11
SICILIA	31,96
SARDEGNA	13,40
TOTALE	21,88

Fonte: CnAMC – Cittadinanzattiva su dati Federfarma

Diversi anche i **regimi regionali di esenzione dal ticket per i malati cronici e rari** (tab. 85). Alcune Regioni prevedono il pagamento di una quota fissa sulla ricetta, altre sulla singola

confezione, altre ancora nessun ticket come Emilia Romagna, Toscana (entro un certo reddito) e Umbria.

Tabella 85 – Ticket regionali su farmaci per malattie croniche e rare

Regioni	Ticket regionali farmaci per malati cronici e rari
Provincia autonoma Bolzano	1 € per ricetta: soggetti affetti da malattie croniche ed invalidanti di cui al D.M. Sanità n. 329 28 maggio 1999; soggetti affetti da malattie rare di cui al D.M. Sanità n. 279 18 maggio 2001
Piemonte	ticket di 1 € a confezione fino a un massimo di 3 € per ricetta: malati cronici con esenzione
Lombardia	1 € per confezione fino a un massimo di 3 € per ricetta: pazienti esenti per patologia e malattie rare relativamente ai farmaci correlati alla patologia con redditi superiori a quelli previsti per l'esenzione totale (vedi categorie ESENTI)
Veneto	Esenti: soggetti in possesso di esenzione per malattia rara; soggetti in possesso di esenzione per patologie croniche e invalidanti (farmaci strettamente correlati)
Liguria	Non è dovuta la quota fissa; l'assistito è tenuto a corrispondere la quota di rimborso sui farmaci equivalenti (ossia nei casi in cui il medico prescrive un medicinale non coperto da brevetto indicandolo come insostituibile o l'assistito non accetti la sostituzione del medicinale con altro equivalente di minor costo, la differenza di prezzo è a carico dell'assistito): cittadini affetti da patologie croniche appartenenti ad un nucleo familiare con reddito complessivo non superiore a euro 36.151,98 (per le prestazioni farmaceutiche correlate alla patologia). Affetti da malattie rare
Toscana	Esenti: gli assistiti con fascia di reddito da 0 a 70.000 euro affetti da patologie croniche e invalidanti individuate dai Decreti del Ministero della Sanità 329/1999 e 296/2001 e i pazienti affetti da malattie rare individuate dal Decreto del Ministero della Sanità 279/2001 per i farmaci correlati alla patologia di esenzione la valutazione è rimessa al medico prescrittore
Emilia Romagna	Esenti: gli assistiti affetti da patologie croniche e invalidanti individuate dai Decreti del Ministero della Sanità 329/1999 e 296/2001 e i pazienti affetti da malattie rare individuate dal Decreto del Ministero della Sanità 279/2001;
Umbria	Esenti: gli assistiti affetti da patologie croniche e invalidanti individuate dai Decreti del Ministero della Sanità 329/1999 e 296/2001 e i pazienti affetti da malattie rare individuate dal Decreto del Ministero della Sanità 279/2001 per i farmaci correlati alla patologia di esenzione la valutazione è rimessa al medico prescrittore;
Molise	Nessuna esenzione per malati cronici e rari
Abruzzo	Non pagano alcuna quota di partecipazione limitatamente ai farmaci connessi al trattamento della patologia: soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti esenti ai sensi del D.M. 28.05.1999, n. 239 e succ. D.M. 21.05.2001 n. 296; soggetti affetti da patologie rare esenti ai sensi del D.M. 18.05.2001, n. 279
Lazio	assistiti esenti per patologia e invalidità: € 2,00 per ogni confezione con prezzo di vendita superiore a € 5,00 ; € 1,00 per ogni confezione con prezzo di vendita inferiore o uguale a € 5,00
Campania	soggetti affetti da patologie croniche, rare e invalidanti con reddito familiare ISEE non superiore a 22.000,00 euro : 1euro a ricetta e non pagano la quota a confezione

Puglia	<p>i cittadini cui è stato riconosciuto il diritto all'esenzione per malattie rare croniche ed invalidanti ai sensi del D.M. 1.2.91, del D.M. 28 maggio 1999, n. 329 ed al D.M. 18.5.01 n. 279, limitatamente ai farmaci correlati strettamente alla propria patologia e dei quali è consentita la pluriprescrizione fino a tre pezzi per ricetta:</p> <p>esenti dal ticket per confezione ma soggetti al ticket di 1 € per ricetta; pagano la differenza tra il prezzo al pubblico e quello di rimborso</p>
Basilicata	<p>Esenti gli assistiti affetti da patologia cronica e invalidante individuate dai Decreti del Ministero della Sanità 329/1999 e 296/2001 e i pazienti affetti da malattie rare individuate dal Decreto del Ministero della Sanità 279/2001 per i farmaci correlati alla patologia di esenzione</p>
Calabria	<p>Sono esentate dal pagamento della quota ricetta di 1€ e della quota pezzo di 2€ le seguenti categorie:</p> <p>soggetti affetti da patologie croniche rare e invalidanti di cui al D.M. 329/99 e similari; soggetti affetti da patologie rare di cui al D.M. 279/01</p>
Sicilia	<p>I soggetti affetti da patologie croniche e invalidanti e rare pagano:</p> <p>1,50 euro per confezione per i farmaci con prezzo fino a 25,00 euro; 1 euro a confezione per i farmaci generici con prezzo fino a 25,00 euro; 2 euro a confezione per i farmaci con prezzo superiore a 25,00 euro; 1,50 euro a confezione per i farmaci generici con prezzo superiore a 25,00 euro;</p> <p>A tali quote si somma la differenza eventualmente dovuta rispetto al prezzo di rimborso per i farmaci non coperti da brevetto, inseriti nel sistema del rimborso di riferimento, qualora il medico prescriva un medicinale di costo più alto del prezzo di rimborso e indichi sulla ricetta la non sostituibilità del medicinale ovvero l'assistito rifiuti la sostituzione del medicinale più costoso con quello di prezzo più basso a totale carico del SSN.</p>

Fonte: CnAMC – Cittadinanzattiva su dati Federfarma

6.7.3 Le Commissioni terapeutiche regionali/territoriali: composizione, tempi di approvazione, trasparenza e accessibilità alle informazioni

Nell'ambito dell'assistenza farmaceutica il ruolo delle Regioni è oggi molto rilevante. In tal senso abbiamo visto, attraverso i dati delle associazioni dei malati cronici, come alcuni farmaci autorizzati e rimborsati attraverso determinazione AIFA, siano sottoposti a **livello regionale ad ulteriori restrizioni**, che ne rendono più difficile e diversificato l'accesso. Ci confrontiamo inoltre con il fenomeno del **ritardato/mancato inserimento del farmaco nei Prontuari Terapeutici Ospedalieri Regionali (PTOR)**, prospettando differenti regimi regionali di assistenza farmaceutica e quindi di accesso alle terapie da parte dei cittadini. I PTOR nati come strumento meramente formale oggi rappresentano lo strumento cardine per il governo regionale della spesa farmaceutica: dall'inserimento del farmaco nel Prontuario regionale dipende l'accesso allo stesso da parte dei pazienti. In tal senso va però precisato che qualunque farmaco approvato a livello nazionale dall'AIFA rappresenta un Livello Essenziale di Assistenza (LEA) farmaceutica, e proprio per questo deve essere automaticamente garantito a livello regionale. I provvedimenti regionali contrari a quelli dell'AIFA che si sono sommati negli anni e che continuano a proliferare, sono illegittimi/anticostituzionali e oggi per una questione di equità non possono più essere accettati. Non possiamo avere cittadini di serie A e cittadini di serie B. Abbiamo **Commissioni Regionali del Farmaco che duplicano ruoli e funzioni già in capo all'AIFA**, nel momento in cui vanno a rivedere le decisioni di quest'ultima. In questo senso siamo in presenza di una **procedura amministrativa aggiuntiva, con importanti costi a carico della collettività**. Secondo un recente studio della SIFO (tab. 86) le Regioni che hanno adottato un PTOR sono 17. In tal senso è utile segnalare come la Lombardia, pur non avendo un PTOR, sia tra le poche Regioni che nel 2011 è riuscita a garantire il rispetto del tetto programmato di spesa farmaceutica complessiva (15,7% del FSN).

Tabella 86 – La struttura dei Prontuari in Italia

Regione	PTOR	PTAV	PTO
Valle d'Aosta	Regione Mono ASL: un solo PT (PTOR)		
Piemonte	x (recente)		x
Lombardia			x (valore formale)
PA Bolzano			x
PA Trento	Regione Mono ASL: un solo PT (PTOR)		
Veneto	x	x	alcune rilevazioni
Friuli VG			x
Liguria	x		x
Emilia R	x	x	
Toscana		x	alcune rilevazioni
Umbria	x		x
Marche	x	x	
Lazio	x		x
Abruzzo	x		x
Molise	Regione Mono ASL: un solo PT (PTOR)		
Campania	x		x
Basilicata	x		x
Puglia	x		x
Calabria	x		x
Sicilia	x		x
Sardegna	x	Prontuari sovraziendali equiparati a PTO	

Fonte: SIFO – Università del Piemonte Orientale -L'analisi e il monitoraggio della garanzia del diritto alla cura per i pazienti sul territorio, Commissioni terapeutiche e prontuari regionali, di area vasta e locali.

Lo stesso studio SIFO ci informa che le Commissioni Regionali/area vasta/ospedaliera, che decidono rispetto all'immissione di un farmaco nel PTOR/PTAV/PTO, sono composte fondamentalmente da clinici e farmacisti (tab. 87). Al contrario **non è prevista la figura del rappresentante dei diritti dei cittadini**, appartenente alle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla Salute; al contrario le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 prevedono la partecipazione dei cittadini utenti e delle relative organizzazioni rappresentative nei processi e negli organismi decisionali (nazionali e regionali) in sanità.

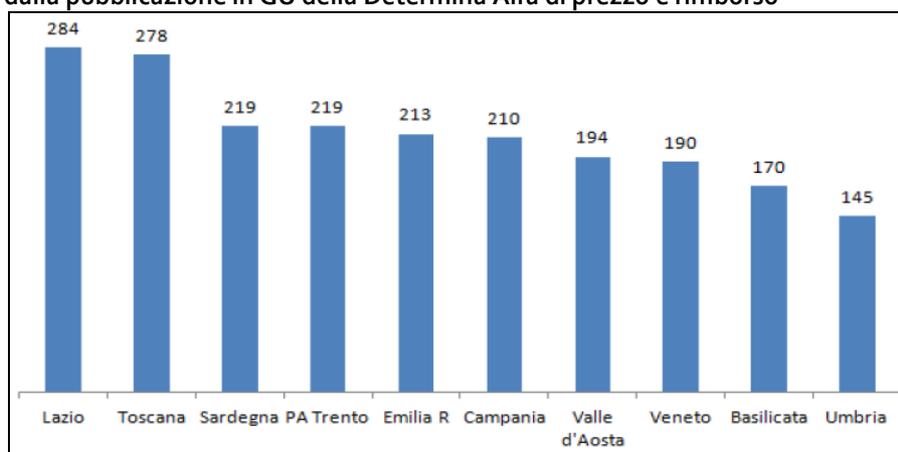
Tabella 87 – Composizione Commissioni Terapeutiche

Profilo professionale	PTOR	PTAV	PTO
Medico ospedaliero	37,7%	33,6%	55,1%
Medico di Direzione Sanitaria	2,6%	15,8%	11,1%
MMG	7,3%	11,3%	4,3%
- Clinici	47,6%	60,7%	70,4%
Farmacista ospedaliero	22,0%	18,9%	18,1%
Farmacista territoriale	11,0%	12,2%	5,5%
- Farmacisti	33,0%	31,1%	23,6%
Farmacologo	11,5%	3,0%	2,2%
Economista	1,6%	2,4%	0,1%
Personale amministrativo	6,3%	2,7%	3,6%
- Altro	19,4%	8,2%	5,9%
Totale	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: SIFO – Università del Piemonte Orientale -L'analisi e il monitoraggio della garanzia del diritto alla cura per i pazienti sul territorio, Commissioni terapeutiche e prontoari regionali, di area vasta e locali.

Con riferimento ai **tempi di inserimento dei farmaci all'interno dei PTOR/Area Vasta** dal momento della pubblicazione in GU della Determinazione AIFA (figura 58), possiamo verificare come gli stessi siano profondamente diversi. Si passa dai **145 giorni dell'Umbria**, 170 giorni della Basilicata, 190 giorni del Veneto, ai 278 giorni della Toscana, **284 giorni del Lazio**. Va aggiunto a queste tempistiche il tempo medio di 226 giorni necessari all'AIFA per procedere con l'Autorizzazione e la contrattazione del prezzo di rimborso.

Figura 58 - Tempi medi di inserimento nei prontoari regionali/Provinciali (o di area vasta) dalla pubblicazione in GU della Determina Aifa di prezzo e rimborso



Fonte: SIFO – Università del Piemonte Orientale -L'analisi e il monitoraggio della garanzia del diritto alla cura per i pazienti sul territorio, Commissioni terapeutiche e prontoari regionali, di area vasta e locali – elaborazione su dati Pammolli et al (2009)

Rispetto alla **trasparenza delle Commissioni Terapeutiche Regionali/area vasta/ospedaliera e accesso alla relativa documentazione**, il Rapporto SIFO ci segnala la

sussistenza di **importanti criticità** (tab. 88). I Prontuari sono accessibili attraverso internet nel 40,5% dei casi. **Molto meno trasparente il procedimento decisionale**. Verbali, ordini del giorno, calendario delle riunioni, schede di valutazione sono scarsamente accessibili ai cittadini comuni, che vorrebbero al contrario essere nella condizione di capire quando un farmaco verrà discusso dalla Commissione, le valutazioni espresse e il perché di un eventuale diniego all'inserimento nel Prontuario.

Tabella 88 – modalità di diffusione della documentazione

	Internet	Internet con PW	Intranet	Altro	Nessuna comunicazione
Prontuario	40,5%	9,5%	28,6%	14,3%	7,1%
Verbale	15,2%	9,1%	18,2%	21,2%	36,4%
Calendario riunioni	14,8%	11,1%	3,7%	25,9%	44,4%
ODG	3,0%	9,1%	6,1%	21,2%	60,6%
Assessment di valutazione	28,6%	0,0%	0,0%	71,4%	0,0%

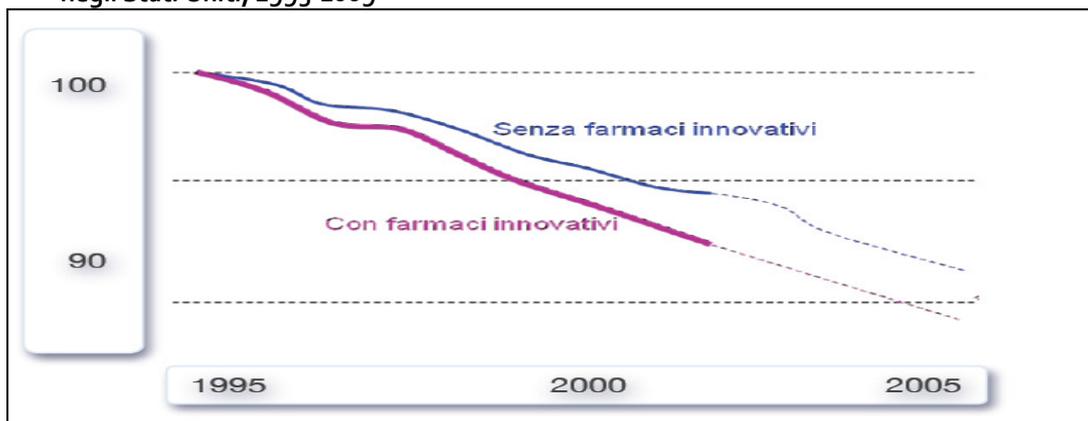
Fonte: SIFO – Università del Piemonte Orientale -L'analisi e il monitoraggio della garanzia del diritto alla cura per i pazienti sul territorio, Commissioni terapeutiche e prontuari regionali, di area vasta e locali.

6.7.4 – L'accesso all'innovazione

Come abbiamo avuto modo di analizzare attraverso i dati delle associazioni dei malati cronici, esistono importanti **difficoltà di accesso ai farmaci innovativi**.

I farmaci innovativi nel corso degli anni sono stati utili (e continuano ad esserlo) per il trattamento di molte patologie e per abbattere il tasso di mortalità, come ad esempio per i malati oncologici (figura 59).

Figura 59 - Riduzione del tasso di mortalità dei pazienti oncologici negli Stati Uniti, 1995-2009

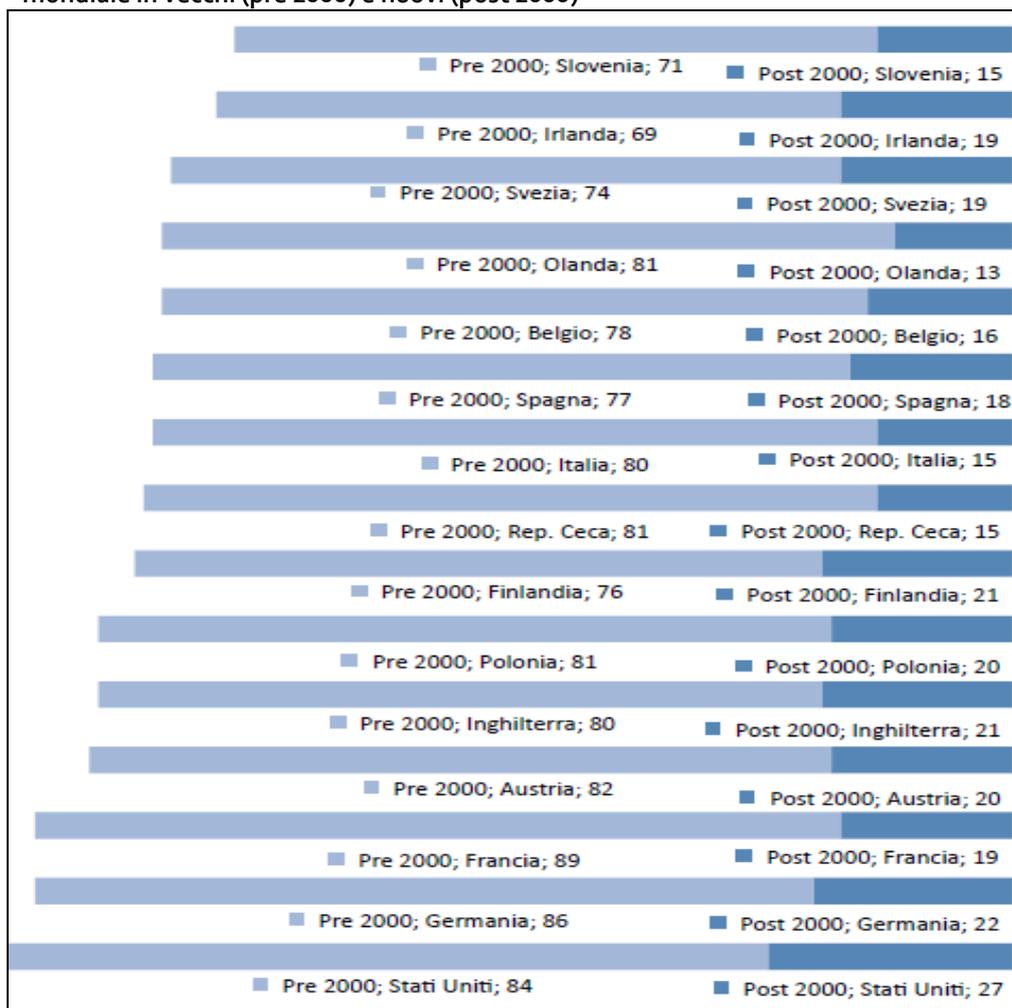


Fonte: CERM – I farmaci oncologici in Italia: innovazione e sostenibilità economica

Nonostante ciò, secondo un recente Rapporto del CERM "Farmaci oncologici in Italia: innovazione e sostenibilità economica", i **nuovi farmaci oncologici** (lanciati sul mercato dopo il 2000) **disponibili in Italia al 2008 sono soltanto 15, contro i 27 degli Stati Uniti**, 22 della Germania, 21 dell'Inghilterra e Finlandia, 20 di Polonia e Austria, 19 di Francia Irlanda e Svezia, 18 della Spagna.

I farmaci oncologici più datati (sul mercato da prima del 2000) disponibili in Italia al 2008 sono 80, contro gli 89 della Francia e gli 86 della Germania (figura 60).

Figura 6o - Numero di farmaci oncologici disponibili al 2008 suddivisi sulla base del primo lancio mondiale in vecchi (pre 2000) e nuovi (post 2000)



Fonte: CERM – I farmaci oncologici in Italia: innovazione e sostenibilità economica

Purtroppo le difficoltà di accesso ai farmaci innovativi da parte dei pazienti non terminano con l’approvazione nazionale.

Continuando con l’esempio dei farmaci oncologici, l’analisi svolta dalla FAVO attraverso il “IV Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici”, relativa alla inclusione di alcuni farmaci antitumorali ad alto costo autorizzati da AIFA nei Prontuari terapeutici regionali (PTR), evidenzia situazioni di **non inclusione nei PTOR di farmaci già approvati a livello nazionale, nonché inclusioni con ulteriori restrizioni rispetto alle indicazioni AIFA.** Possiamo affermare che siamo in presenza di una vera e propria assistenza a macchia di leopardo, con cittadini di serie A e cittadini di serie B.

Particolari difficoltà di accesso sono riscontrabili in Basilicata, Molise, Umbria, Veneto e V.D’Aosta (tab. 89).

Tabella 89 - Analisi relativa alla inclusione di alcuni farmaci antitumorali ad alto costo autorizzati da AIFA prima del novembre 2010, nei Prontuari terapeutici regionali (PTR): analisi del febbraio 2012 rispetto al marzo 2011. (Non sono stati inseriti nell'analisi e valutati i farmaci antitumorali autorizzati da AIFA dopo l'accordo del nov 2010 sull'accesso ai farmaci innovativi)

Regione	PTR analizzati (data)*	Cetuximab	Bevacizumab	Trastuzumab	Rituximab	Erlotinib	Sorafenib	Sunitinib	Pemetrexed	Lapatinib	Trabectedin	Milofinib	Bortezomib	Panitumumab	Dasatinib	Temsirolimus	Imatinib	Ibrutinumab	Everolimus	
Abruzzo	07/2011	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Basilicata	10/2008	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI
Calabria	5/2010	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Campania	10/2010	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Emilia – Romagna	12/2011	Li- miti	SI 18	SI 4	RMP	SI 17	SI	RMP	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	RMP	SI	SI
Lazio	12/2010	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI
Liguria	06 / 2010	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Molise	10 / 2007	SI	SI	SI	RMP	SI	SI	SI	Li- miti	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO
Puglia	01/2012	RMP	RMP	SI	RMP	RMP	RMP	RMP	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	RMP	SI	SI	SI
Sardegna	09/2011	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI
Sicilia	12/2009	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Toscana (Area NO)	2009	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Prov. Autonoma Trento	12/2009	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	SI
Umbria	11/2009	Li- miti	Li- miti	SI	SI	SI	SI	Li- miti	Li- miti	SI	SI	SI	RMP	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI
V.Aosta	01/2011	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI
Veneto	11/2011	Li- miti	Li- miti	SI	SI	Li- miti	RMP	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	SI	SI

SI: farmaco inserito nel prontuario (vedi note quando presenti).
NO: farmaco non inserito nella versione del prontuario disponibile per l'analisi.
RMP: farmaco prescrivibile con richiesta motivata personalizzata.
Limiti: farmaco inserito nel prontuario, con esplicite limitazioni d'impiego rispetto alle indicazioni AIFA (vedi note 3° Rapporto 2011).

LEGENDA:
*IN rosso le date dei PTR aggiornati rispetto all'analisi del marzo 2011
SI in giallo: i farmaci che risultano essere stati inseriti in PTR a febbraio 2012 e non presenti all'analisi di marzo 2011

Fonte: Favo – IV° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici

Sussistono differenze anche per quanto riguarda le modalità regionali di rimborso dei farmaci oncologici ad alto costo (tab. 90).

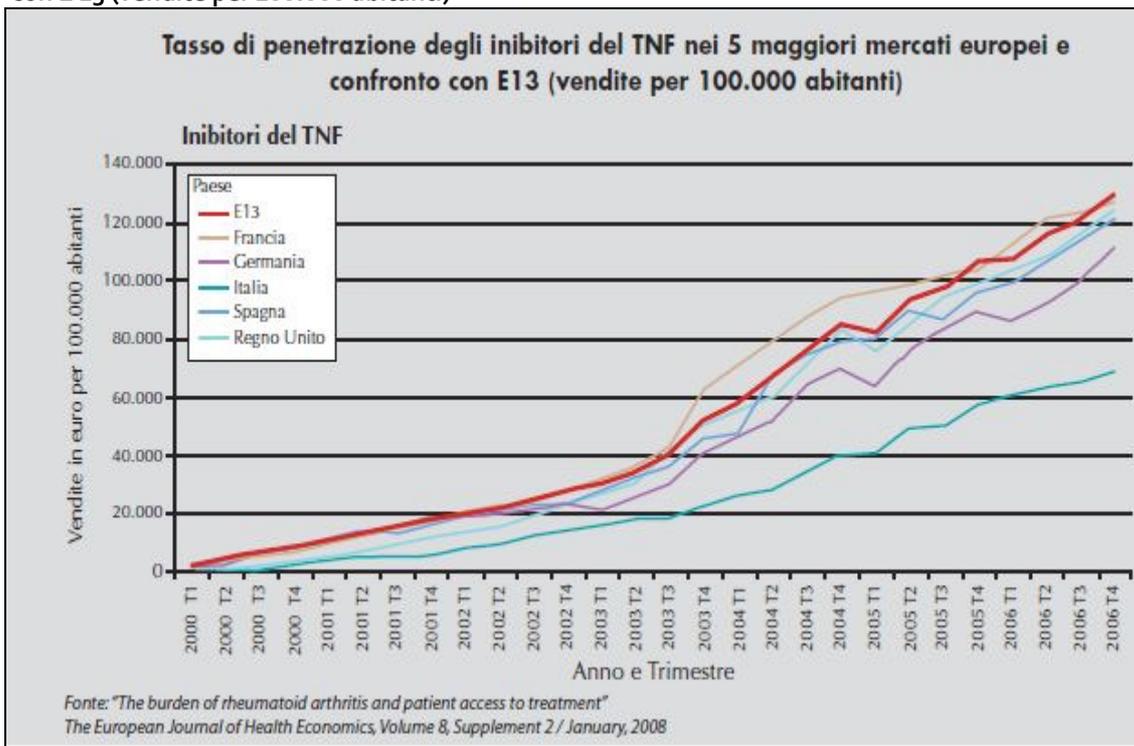
Tabella 90 - Schemi regionali di rimborso di farmaci oncologici ad alto costo

REGIONI	Rimborso oncologici H Osp ad alto Costo.	Elenco Farmaci
Valle D'A.	Per la mobilità interregionale viene applicato il TU. Non c'è compensazione intraregionale.	
Piemonte	100% costo del farmaco + tariffa Day Hospital ridotta del 90%	Rituximab -Trastuzumab -Cetuximab -Bevacizumab -Pemetrexed - Docetaxel -Bortezomib -Ibritumomab tiuxetano - Alemtuzumab -Oxaliplatino - Temsirolimus - Nelarabina - Panitumumab
Lombardia	File F (tipologia 5) + tariffa Infusione in DH 44€	Rituximab -Trastuzumab -Cetuximab -Bevacizumab -Pemetrexed - Bortezomib -Ibritumomab tiuxetano - Fotemustina - Alemtuzumab - Temsirolimus - Nelarabina - Panitumumab - Azacitidina - Trabectedina
Veneto	100% del costo del farmaco attraverso compilazione schede Sirfac	Rituximab - Trastuzumab -Bevacizumab -Pemetrexed -Oxaliplatino - Docetaxel -Paclitaxel -Irinotecan -Bortezomib -Fulvestrant -Alemtuzumab - Cetuximab
Friuli	DRG	
Liguria	100% costo Farmaco + Tariffa Day Hospital	Tutti gli Anti Blastici EV
Emilia Romagna	File F 50% + DRG DH	Pemetrexed -docetaxel -trastuzumab -oxaliplatino -cetuximab - bevacizumab -ibitrumomab -rituximab -alentuzumab -bortezomib -
Toscana	DRG	
Marche	File F + tariffa Day Hospital ridotta 90%	Pemetrexed -docetaxel -trastuzumab -oxaliplatino -cetuximab - bevacizumab -ibitrumomab -rituximab -alentuzumab -bortezomib - nelarabina temsirolimus- panitumumab
Umbria	100% costo del farmaco + tariffa Day Hospital ridotta 90% oppure 100% costo del farmaco + tariffa ambulatoriale	Rituximab -Trastuzumab -Cetuximab -Bevacizumab -Pemetrexed - Docetaxel -Bortezomib -Ibritumomab tiuxetano - Alemtuzumab -Oxaliplatino - Temsirolimus - Nelarabina - Panitumumab
Lazio	File F + DRG DH ridotta del 90% o tariffa ambulatoriale intera (DCA 50/10)	Bevacizumab, Cetuximab, Ibritumomab, Trastuzumab, Bortezomib, Pemetrexed, Oxaliplatino, Rituximab, Alemtuzumab, Docetaxel, Nelarabina, Temsirolimus, Panitumumab; Per le case di cura accreditate i farmaci della lista sono forniti dall'Azienda Sanitaria Locale competente territorialmente, la quale a sua volta provvederà a renderli disponibili nel File F
Abruzzo	DRG, per la mobilità interregionale viene applicato il TU	
Molise	File F + DRG DH ritotta del 90% o tariffa ambulatoriale intera (DCA 20/10)	Rituximab -Trastuzumab -Cetuximab -Bevacizumab -Pemetrexed - Docetaxel -Bortezomib -Ibritumomab tiuxetano - Alemtuzumab -Oxaliplatino - Temsirolimus - Nelarabina - Panitumumab
Campania	File F 80% costo + DRG DH	Ibritumomab Tiuxetan -Rituximab -Alemtuzumab -Bevacizumab - Cetuximab -Trastuzumab -Bortezomib -Oxaliplatin -Docetaxel -Paclitaxel - Irinotecan -Pemetrexed -Gemcitabina -Gliadel -Panitumumab -Nelarabina - Temsirolimus -Doxorubicina liposomiale pegilata -Doxorubicina liposomiale non pegilata
Puglia	100% costo del farmaco + tariffa Day Hospital ridotta 90% oppure 100% costo del farmaco + tariffa ambulatoriale	Bevacizumab - Cetuximab - Ibritumomab Tiuxetano - Trastuzumab - Bortezomib - Pemetrexed - Rituximab - Alemtuzumab - Oxaliplatino - Docetaxel - Nelarabina - Temsirolimus - Panitumumab
Basilicata	File F + DRG DH ridotta del 90%	Elenco 156/08 (dopo integrazione 370/10): Paclitaxel -Irinotecan - Bevacizumab - Cetuximab - Ibritumomab Tiuxetano - Trastuzumab - Bortezomib - Pemetrexed - Rituximab - Alemtuzumab - Oxaliplatino - Docetaxel - Nelarabina - Temsirolimus - Panitumumab
Calabria	DRG	
Sicilia	File T + DRG DH	Farmaci antitumorali nelle formulazioni iniettabili afferenti alle ATC: L01AA-L01AC -L01AD -L01AX -L01BA -L01BB -L01BC -L01CA -L01CB -L01CD -L01DA -L01DB -L01DC -L01XA -L01XC - L01XX, L01XE (Inserita con CR 13.06.11)
Sardegna	100% costo del farmaco + tariffa Day Hospital ridotta 90% oppure 100% costo del farmaco + tariffa ambulatoriale (mobilità interregionale ed intraregionale)	Bevacizumab - Cetuximab - Ibritumomab Tiuxetano - Trastuzumab - Bortezomib - Pemetrexed - Rituximab - Alemtuzumab - Oxaliplatino - Docetaxel - Nelarabina - Temsirolimus - Panitumumab
Trentino Bolzano	100% costo del farmaco + tariffa Day Hospital ridotta 90% oppure 100% costo del farmaco + tariffa ambulatoriale	Pemetrexed -docetaxel -trastuzumab -oxaliplatino -cetuximab - bevacizumab -ibitrumomab -rituximab -alentuzumab -bortezomib - nelarabina - temsirolimus- panitumumab

Fonte: CERM – I farmaci oncologici in Italia: innovazione e sostenibilità economica

Prendendo invece a riferimento i **farmaci inibitori del TNF** (figura 61), notiamo attraverso il grafico che segue, come Germania ed Italia abbiano tassi di penetrazioni inferiori alla media E13, nonostante abbiano rispettivamente il prezzo più alto e più basso dei primi 5 paesi per dimensione complessiva del mercato europeo

Figura 61 - Tasso di penetrazione degli inibitori del TNF nei 5 maggiori mercati europei e confronto con E13 (vendite per 100.000 abitanti)



Fonte: Jommi – Il Sole 24 ore Sanità, Quaderni – "Artrite Reumatoide: malattia a forte impatto sociale ma con scarsa priorità nei Piani Socio Sanitari"

6.8 – Le patologie croniche nella programmazione regionale

6.8.1 - La cronicità in alcuni Piani Sanitari o Sociosanitari Regionali⁷

Nella fase attuale lo sviluppo delle tecnologie e l'aumento delle patologie croniche spingono ogni Regione e Provincia Autonoma ad effettuare scelte precise rispetto alla migliore gestione delle patologie croniche, tramite l'integrazione delle diverse figure professionali, a partire dalla sinergia tra Medicina generale e Specialistica e dal riconoscimento di ruoli e funzioni di altre figure professionali infermieristiche, oltre a tecnici della riabilitazione ed altre. Alcune Regioni, come la Toscana, puntano sul Chronic care Model in modo esplicito, con programmazione e investimenti finanziari specifici; altre Regioni, pur non facendo un esplicito riferimento ad un modello specifico, individuano gli elementi necessari per una migliore presa in carico delle persone con patologie croniche.

Nella breve analisi della normativa regionale che segue, sono stati individuati due criteri di selezione: i Piani sanitari regionali adottati negli ultimi anni e le scelte effettuate in maniera esplicita sulle patologie croniche da alcune Regioni.

Tabella 91

Regione	Piano sanitario regionale (PSR) o sociosanitario (PSSR) vigente
Emilia Romagna	PSSR 2008-2010 (Delibera Assemblea legislativa n. 175/2008)
Liguria	PSSR 2009-2011 (DCR n.22/2009)
Lombardia	PSSR 2010-2014 (DCR n.88/2010)
Sicilia	PSR "Piano della Salute" 2011-2013 (Decreto Presidenziale 18.07.2011)
Toscana	PSR 2008-2010 (DCR n. 53/2008)
Veneto	PSSR 2012-2014 (DGR n.15/2011)

EMILIA ROMAGNA

Il **Piano sociale e sanitario 2008-2010** della Regione Emilia-Romagna, approvato dalla Assemblea legislativa il 22 maggio 2008 (delibera 175), porta a compimento un sistema integrato di servizi sociali, socio-sanitari e sanitari per la realizzazione di un nuovo welfare universalistico, equo, radicato nelle comunità locali e nella regione. La Regione Emilia-Romagna ha investito da anni nella ricerca di assetti innovativi per la gestione delle cure primarie: a livello strategico la Regione ha deciso di investire nella organizzazione delle Case della Salute quale hardware del nuovo sistema territoriale; le Aziende hanno parallelamente adottato scelte diversificate nella gestione della cronicità e della continuità dell'assistenza, con l'obiettivo di garantire un percorso assistenziale integrato, attraverso lo sviluppo, la qualificazione e la specializzazione della rete dei servizi, valorizzando e sostenendo il ruolo delle famiglie e privilegiando quale sede di elezione il domicilio.

⁷ A cura di Mariadonata Bellentani, Elisa Guglielmi, Mimma Cosentino - Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas)

La Regione ha intrapreso, infatti, un percorso che ha portato alla costituzione in tutte le Aziende USL dei Dipartimenti delle Cure Primarie e della loro articolazione territoriale: i Nuclei di Cure Primarie (NCP), le cui sedi costituiscono uno degli elementi fondamentali per favorire la miglior presa in carico dei pazienti; è infatti in queste strutture che è possibile erogare un servizio efficace di continuità diurna dell'assistenza e meglio si realizza l'integrazione dei professionisti prioritariamente i Medici di Medicina Generale, i Medici di Continuità Assistenziale, i Pediatri di Libera Scelta, gli Specialisti Ambulatoriali, gli Infermieri, le Ostetriche, gli Assistenti Sociali. I NCP possono condividere strutture ambulatoriali, risorse infermieristiche e risorse specialistiche. L'obiettivo è di integrare medici e pediatri di famiglia nell'organizzazione dell'Azienda UsI per le scelte di politica sanitaria che influiscono sulla collettività degli assistiti, per garantire percorsi diagnostico terapeutici concordati e continuità delle cure, per il potenziamento dell'accesso con orari di ambulatorio più ampi, per il miglioramento dell'assistenza domiciliare dedicata ad ammalati non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza curabili a domicilio, per il miglioramento della gestione delle cronicità e per il contenimento delle liste di attesa per visite ed esami specialistici.

L'evoluzione dei NCP è la realizzazione di strutture sanitarie e sociosanitarie, come punto di riferimento certo per i cittadini, alle quali ci si può rivolgere in ogni momento per trovare una risposta ai propri problemi di salute e che possono avere diversa complessità in relazione alle caratteristiche orogeografiche del territorio e alla densità della popolazione; tali strutture, che devono pertanto diventare un punto di accoglienza e orientamento ai servizi per tutti i cittadini, prendono il nome di "Casa della Salute" (di cui alla DRG n. 291/2010) ed erogano servizi rivolti alla popolazione dell'ambito territoriale di riferimento del Nucleo di Cure Primarie. La Casa della salute fornisce orientamento sui servizi, assicura presa in carico fin dal momento dell'accesso, garantisce assistenza per problemi ambulatoriali urgenti, per la gestione delle patologie croniche, per il completamento dei principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale. La Casa della salute è un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie.

Ciò in continuità con il precedente Piano sociale e sanitario 2007-2009 che prevedeva un inquadramento puntuale delle problematiche dell'anziano e la presenza di una rete integrata di strutture e servizi socio-sanitari, allo scopo di garantire una reale continuità assistenziale e una più globale cura della persona, per la cronicità della malattia, per la gravità degli effetti che la caratterizzano, per i crescenti costi sociali, economici e familiari a cui si accompagna.

LIGURIA

Il *Piano sociosanitario regionale 2009-2011*, approvato il 30 settembre 2009 con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 22, si pone l'obiettivo di migliorare la risposta ai bisogni di salute dei cittadini nel tempo, valorizzando e dando voce alle competenze presenti nel sistema, tramite la realizzazione di una "struttura a rete". La rete rappresenta, infatti, una risposta alle difficoltà poste dalla specializzazione e frammentazione delle conoscenze, fattori che amplificano sia i tempi che le risorse di un coordinamento orizzontale tra attività.

Gruppi di professionisti hanno quindi elaborato analisi e prospettive delle diverse attività assistenziali, disegnando quattro reti verticali (prevenzione, acuzie, cronicità e riabilitazione) in cui si intersecano le reti orizzontali, quali elementi di collegamento tra le quattro aree individuate come reti verticali, costituendo la garanzia che all'interno dei

processi orizzontali si assicuri la necessaria integrazione tra le diverse prestazioni sanitarie e sociosanitarie.

In questi termini i diversi gruppi del Piano che hanno dibattuto le tematiche della riabilitazione, della disabilità, degli anziani e della cronicità hanno concordato, per queste fasce di popolazione, su “percorsi terapeutici” omogenei, che incrociano in maniera simile i diversi punti delle attuali reti assistenziali per configurarsi in una unica rete che risponda a tutte le categorie fragili.

La rete fragilità/cronicità/percorsi riabilitativi raggruppa aree di patologie/fragilità (già declinate puntualmente nelle reti orizzontali), caratterizzate da condizioni omogenee di instabilità clinica e di polipatologia, che richiedono processi assistenziali e prestazioni simili:

- malattie croniche evolutive
- anziani ad elevata comorbilità
- demenze
- esiti di patologie dell’età evolutiva (disabilità)
- menomazioni perduranti da esiti di eventi morbosi acuti (cronicità)
- cure palliative

I criteri che hanno guidato il raccordo in *unica rete delle aree patologiche* sopra indicate si fondano su un’epidemiologia fortemente caratterizzata dalla lungo-assistenza e dalla necessità di forti supporti protettivi di tipo familiare, domiciliare o residenziale.

Gli attori istituzionali: ASL, Aziende ospedaliere e Distretti Sociosanitari con la partecipazione attiva dei Comuni associati, si avvalgono delle competenze di cura della famiglia e di apporti forniti da Terzo settore e dal Volontariato.

Per tutte le strutture di degenza riconducibili alla rete cronicità (oncologia etc...) si prevede la definizione di piani per potenziare una specifica assistenza anche nelle ore notturne, attraverso l’impiego di operatori sociosanitari, adeguatamente formati e impiegati anche attraverso organizzazioni terze, in condizioni di lavoro regolare e trasparente, adottando un apposito provvedimento regionale che definisce le modalità di accesso.

Gli uffici formazione curano la possibilità di accedere ai corsi per operatore sociosanitario di personale in mobilità o in Cassa integrazione guadagni.

Tabella 92 - Azioni – Area Riabilitazione - Un esempio

AREE PATOLOGICHE	PREVENZIONE	ACUZIE/EMERGENZA	RIABILITAZIONE	CRONICITA
MALATTIE CRONICHE EVOLUTIVE (es. Morbo di Parkinson, sclerosi multipla, artrite reumatoide)	Interventi d Medicina Generale - Accesso integrato distrettuale - Valutazione multidimensionale - Sorveglianza sanitaria delle persone a rischio - Interventi sociosanitari di prossimità	- Medicina Generale - Cure domiciliari di 2° livello - Continuità assistenziale - Pronto soccorso / DEA - Unità ospedaliere competenti (UVGO), nursing geriatrico	- Pacchetti di offerta Ambulatoriale o DH di Medicina Fisica e Riabilitativa - Cure intermedie - Residenzialità post-acuzie - Cure domiciliari di 2° livello	Cure intermedie - Piano di assistenza - Cure domiciliari prestazionali e di primo e secondo livello - Residenzialità di mantenimento (RSA, RP) con priorità a mantenimento

ANZIANI CON ELEVATA COMORBILITÀ	- Interventi di Medicina Generale e delle Cure Primarie - Accesso integrato distrettuale - Valutazione multidimensionale - Sorveglianza sanitaria delle persone a rischio - Interventi sociosanitari di prossimità - Iniziative delle associazioni di volontariato	- Medicina Generale - Cure domiciliari di elevata intensità - Continuità assistenziale (UVGO), nursing geriatrico - Pronto soccorso / DEA - Unità ospedaliere competenti (Neurologia, Geriatria, Medicina)	- Unità ospedaliere di Medicina Fisica e Riabilitativa - Residenzialità post-acuzie - Cure domiciliari di 2° livello	- Cure intermedie - Piano di assistenza - Cure domiciliari prestazionali e di primo e secondo livello - Residenzialità di mantenimento (RSA, RP) / Semiresidenzialità - Misure per la Non Autosufficienza
--	---	--	--	---

Il modello operativo dei servizi di prossimità in collegamento con la rete per la non autosufficienza (DGR 537/2006 e DGR 414/2007) è finalizzato ad intercettare in maniera preventiva le situazioni di rischio e di bisogno, e si configura quale servizio sociosanitario "a bassa soglia" di carattere innovativo, coordinato alla rete distrettuale sociosanitaria e collegato alle risorse della solidarietà sociale. Il modello operativo implementato prevede le seguenti azioni, coordinate a livello di Distretto Sociosanitario:

- a) custodi sociosanitari (operatori con esperienza di aiuto personale a soggetti non autosufficienti) per verifica quotidiana delle persone ultrasessantacinquenni "a rischio" rispetto alle ondate di calore estive;
- b) call center a valenza regionale, a favore di tutta la popolazione anziana con funzioni di informazione, orientamento, aiuto e compagnia telefonica e di collegamento con i servizi sociosanitari e la rete informale di solidarietà sociale;
- c) collegamento con i servizi domiciliari e residenziali di ASL e Comuni, gestiti o accreditati;
- d) sviluppo dei servizi di prossimità, con il supporto di una rete informale di soggetti del terzo settore e della solidarietà sociale;
- e) sviluppo della rete informale di aiuto e pronto intervento, composta da soggetti istituzionali (Forze dell'Ordine, VV.FF, VV.UU, Ambiti territoriali sociali, Distretti Sociosanitari, Servizi sanitari, Medici di medicina generale, Servizi Meteo, ecc.) e servizi commerciali.

LOMBARDIA

Nel *Piano Sociosanitario Regionale 2010-2014*, approvato dal Consiglio Regionale con deliberazione n.88 del 17 novembre 2010, tra i contenuti fondamentali si segnala:

- il potenziamento dei servizi territoriali di assistenza per la cura della cronicità;
- l'attivazione di strutture di ricovero intermedie tra l'ospedale e il domicilio, in grado di accogliere i pazienti nella fase post ricovero (low care hospital);
- il potenziamento delle nuove tecnologie (telemedicina, e-health, ecc), per garantire maggiore facilità di accesso ai servizi per i cittadini;
- la riforma delle regole per l'accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie;
- lo sviluppo ulteriore della prevenzione, con particolare attenzione alla dimensione preventiva del consumo e dell'abuso di alcol e droghe tra i giovani e giovanissimi;
- la riforma dei consultori familiari con l'obiettivo di sviluppare all'interno di questi servizi, oltre alle funzioni sociosanitarie quelle sociali e educative per sostenere la genitorialità e la coesione familiare. Saranno inoltre diffuse linee guida operative per

promuovere un lavoro integrato di rete tra consultori, medici di medicina generale, aziende ospedaliere, comuni, scuole, associazionismo e volontariato.

Rispetto alle scelte attuali sulla gestione della cronicità, si evidenzia la sperimentazione della Regione dei **Chronic Related Group (CREG) "Dalla cura al prendersi cura"**, un cambiamento di prospettiva sancito sia nell'ambito del *Programma Regionale di Sviluppo* sia nel *PSSR 2010-2014* e in *deliberazioni di attuazione*, con cui la Regione ha previsto: l'attivazione di 1.145 posti letto per le cure sub acute in tutta la Lombardia e la sperimentazione in 5 Asl del nuovo modello organizzativo per coordinare e integrare i servizi extraospedalieri a favore dei pazienti cronici. "Il cardine del progetto è rappresentato dalla individuazione - a livello di distretto in ognuna delle Asl coinvolte dalla sperimentazione - del "soggetto gestore" in grado di garantire la continuità del percorso e della presa in carico dei pazienti, interagendo con tutti gli attori coinvolti nella gestione della patologia e garantendo le necessarie competenze di tipo amministrativo, organizzativo e gestionale". I principali provvedimenti di programmazione regionale sanitaria di riferimento sono:

- DGR n. VIII/ 11086 del 27 gennaio 2010 "Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012";
- DCR n. IX/0056 del 28 settembre 2010 "Programma Regionale di Sviluppo della IX Legislatura";
- DCR n. IX/0088 del 17 novembre 2010 "Piano Socio-Sanitario Regionale 2010-2014";
- Regole di Sistema per il Servizio Socio-Sanitario Regionale per l'anno 2011 adottate con DGR n. IX/937 del 1 dicembre 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio-Sanitario Regionale per l'esercizio 2011";
- DGR n. IX / 1479 del 30 marzo 2011 "Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2011 - Il provvedimento di aggiornamento in ambito sanitario";
- Decreto n. 4383 del 16 maggio 2011 - Determinazioni in materia di CReG (Chronic Related Group), in attuazione della DGR n. 9/1479 del 30.3.2011.

Il CReG è presentato come "una innovativa modalità di presa in carico del paziente che, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse (tariffa CReG) deve garantire senza soluzione di continuità e cali di cure, tutti i servizi extraospedalieri necessari per una buona gestione clinico-organizzativa delle patologie croniche. L'insieme di attività servizi e prestazioni previste nel pacchetto CReG è specifico per patologia ed è finalizzato ad assicurare i livelli essenziali di assistenza".

In sostanza, si tratta della valorizzazione di un pacchetto di prestazioni, una sorta di Drg applicato all'assistenza primaria, finalizzato a fare tutto ciò che serve per curare al meglio una persona con patologia cronica, rinviando il più possibile il momento della non autosufficienza, ma controllando anche il ricorso a ricoveri o ad esami non appropriati.

Dal punto di vista strutturale il CReG è composto da una piattaforma organizzativa che poggia su tre pilastri tecnologici:

1. Banca dati assistito –capacità di identificare e stadiare la malattia cronica, utilizzando i sistemi informativi a disposizione;
2. PDTA e linee guida - servono ad identificare gli appropriati contenuti clinici e di correlati bisogni di cura di ogni cronicità. Partendo dai documenti disponibili, anche regionali, che sono stati formalizzati e condivisi per le principali patologie croniche

(ipertensione, diabete, BPCO, etc.), si avvierà un lavoro di riordino e di aggiornamento dei documenti di consenso già prodotti. Lo sviluppo di linee guida e di percorsi assistenziali è fondamentale per reclutare i pazienti, per monitorare l'adesione ai percorsi e per implementare il sistema dei controlli.

3. Criterio di remunerazione del servizio – adeguato sistema di remunerazione, che assume una logica simile a quella utilizzata per classificare e pagare le attività erogate in acuzie (DRG); a ogni raggruppamento omogeneo di patologia o pluripatologia è assegnata una tariffa che comprende i consumi per le componenti: ambulatoriale, farmaceutica, ossigeno, protesica minore. Nella tariffa sono ricompresi: la compilazione dei piani terapeutici assistenziali, il debito informativo, il rilascio dell'esenzione per patologia, la fornitura dei presidi e protesi a domicilio, farmaci in WEB o a domicilio, gli eventuali trasporti (dializzati). Sono esclusi dalla tariffa i ricoveri per acuti, quelli in riabilitazione e le quote attuali di finanziamento dei MMG.

Su questi pilastri poggia la piattaforma organizzativa che prende in esame gli aspetti gestionali: l'individuazione dei pazienti, l'identificazione dei gestori e delle caratteristiche di accreditamento, l'assegnazione delle risorse, la contrattazione, la rendicontazione delle attività, il controllo, etc.

Il CReG rappresenta una modalità innovativa e un investimento specifico sulla gestione proattiva della cronicità, di tipo sistematico e di visione generale sul tema; in precedenza la Regione ha affrontato la tematica in altre forme. Si tratta sostanzialmente di medicina di iniziativa: attraverso una quota di risorse stabilita in anticipo (una sorta di "DRG territoriale"), dovranno essere garantiti con continuità ai pazienti tutti i servizi extraospedalieri necessari per una buona gestione della patologia cronica (prevenzione secondaria, follow up, monitoraggio dell'assistenza terapeutica, specialistica ambulatoriale, protesica, farmaceutica).

L'ammontare delle risorse così stabilito ed approvato con specifico atto della DG Sanità, verrà assegnato a quei soggetti, individuati e governati dalla ASL (Reti MMG, ONLUS, Fondazioni, Cooperative, Società ed Aziende di Servizio, Aziende Ospedaliere, Strutture ambulatoriali accreditate e a contratto sia intra che extraospedaliere ecc.), che si faranno carico di garantire, previa sottoscrizione di specifico accordo con la ASL stessa, la piena adesione dei pazienti reclutati al percorso del CReG.

Sono state definite alcune patologie di prioritario interesse (scompenso cardiaco, diabete, ipertensione e BPCO) ed alcuni ambiti territoriali (5 ASL: Bergamo, Como, Milano Città, Melegnano, Lecco) in cui sperimentare, monitorare e valutare l'applicazione dei CReG. Compito principale della sperimentazione è quello di mettere l'accento sugli aspetti ed i momenti più prettamente amministrativi, organizzativi e gestionali del percorso con l'obiettivo di individuare criticità, opportunità, soluzioni operative vaglio per migliorare il sistema della presa in carico.

Il CReG non è pensato quale strumento alternativo all'attuale organizzazione delle cure primarie, rappresenta invece una modalità innovativa per affrontare sul territorio il tema della cronicità, con una collaborazione significativa e proficua del sistema delle cure primarie. Nella identificazione del "soggetto gestore", si indica una sorta di "diritto di prelazione" per i medici di medicina generale: dal momento in cui la Asl comunicherà l'avvio della sperimentazione i MMG avranno 30 giorni di tempo per segnalare la propria adesione.

Se sceglieranno di non assumere in proprio, o quasi certamente in forma di associazione, i Creg, potranno allora intervenire gli altri possibili "soggetti gestori" o "provider", ovvero, secondo quanto indicato dalla delibera di marzo "Onlus, Fondazioni, Aziende Ospedaliere, Strutture sanitarie accreditate e a contratto sia intra che extraospedaliere ecc."

I requisiti del soggetto gestore – provider per la sperimentazione CREG riguardano principalmente:

- Unico gestore per coordinare tutte le prestazioni relative ai pazienti cronici;
- Possibilità di 2-3 gestori all'interno dello stesso distretto ASL;
- Prestazioni sui pazienti registrate su supporto elettronico;
- Centro servizi attivo 12 ore al giorno con modalità codificata di gestione per tutti gli operatori;
- Presenza di personale formato dallo stesso provider;
- Presenza di coordinatore medico responsabile del progetto clinico per patologia;
- Presenza di case manager per ogni caso clinico;
- Responsabilità per fornitura, consegna e installazione di eventuali apparecchiature di monitoraggio della salute del paziente assistito a casa con rispetto di protocolli di installazione relativi;
- Capacità di trasmettere alla regione in tempo reale dati su telesoccorso e di gestione allarmi, smistamento dei casi verso punti di contatto;
- Presenza di servizio per la compliance farmacologica e per la personalizzazione del farmaco;
- Presenza di protocolli con relativi attori da coinvolgere nella gestione dei Creg.

Il contratto/patto formulato da ASL e condiviso dai soggetti gestori del CReG comprende:

- gli elementi caratterizzanti la centralità dell'assistito;
- l'elenco degli assistiti a cui assicurare la continuità di cura;
- la valutazione iniziale dei bisogni attesi;
- le modalità di coinvolgimento e di collaborazione con le cure primarie e la continuità assistenziale ed il livello ospedaliero;
- i percorsi e gli obiettivi da raggiungere (chiari, realistici e misurabili);
- i meccanismi di premialità in caso di pieno raggiungimento degli obiettivi (ad esempio contenimento dei ricoveri ripetuti per scompenso e diabete);
- i meccanismi di penalizzazione; ad esempio riduzione dei pagamenti nel caso di incremento di ricoveri ripetuti per scompenso e diabete;
- la modalità di trasmissione delle informazioni;
- le modalità di pagamento;
- le modalità attuative dei controlli

Per quanto riguarda la rete di assistenza residenziale, la Regione Lombardia ha negli anni investito molto sulla residenzialità, con 57.500 posti letto nelle 650 Rsa presenti sul territorio, pari alla metà della dotazione complessiva disponibile in Italia. Negli ultimi anni la Regione ha ampliato l'impegno sulla domiciliarità e sulla sperimentazione di nuove forme di residenzialità leggera, capaci di rispondere alle esigenze di quei pazienti che non sono completamente autonomi, ma che non hanno bisogno dell'elevata medicalizzazione

garantita nelle Rsa. Inoltre vi sono circa 24 strutture d'offerta sociale a carattere residenziale (es. *comunità alloggio e alloggi protetti*) sorte sperimentalmente nel territorio lombardo e rivolte a persone anziane, fragili ma ancora con un buon grado di autonomia, per le quali non è pertinente l'accesso al sistema di offerta sociosanitario (per i requisiti minimi di tali strutture, si veda DGR 17 marzo 2010, n. 8/11497). Va evidenziato che il modello di accreditamento delle Rsa esprime il tentativo di definire un metodo per collegare la qualità del servizio alla fragilità delle condizioni dell'ospite. Il sistema di accreditamento delle Rsa è, a tal fine, basato su un minimum data set di informazioni da utilizzare sia per classificare lo stato attuale sia i cambiamenti nel tempo della condizione degli ospiti, ma che rappresentano anche una base dati utile per definire le tariffe del ricovero. E' stata definita, sulla base di questi presupposti, una griglia di indicatori, denominata *Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza (SOSIA)*, che utilizza tre soli indicatori dicotomici - la *capacità motoria*, la *capacità cognitiva/comportamento* e la *comorbidità*. La novità più rilevante della riforma è di aver mirato alla fragilità piuttosto che alla disabilità dei residenti, che è rilevata attraverso la Scheda SOSIA. Gli ospiti vengono classificati in otto classi di fragilità, denominate *classi di isofragilità SOSIA*, che si distinguono in relazione alla gravità di compromissione della capacità motoria, della cognitivtà (capacità cognitiva) e della comorbidità. E'un risultato che è stato perseguito con lo scopo di rendere semplice la descrizione della fragilità e favorire negli utilizzatori la rappresentazione mentale e il calcolo delle classi di isofragilità; l'obiettivo è identificare *il processo di accreditamento come primo luogo per attuare un metodo di verifica della qualità delle prestazioni, intesa come livello della loro adeguatezza al bisogno realmente espresso*.

Rispetto all'assistenza domiciliare, la Regione ha attivato negli anni un insieme di agevolazioni per le persone anziane e disabili e le loro famiglie, finalizzate a sostenere la domiciliarità, principalmente tramite il buono sociale e il voucher sociale, il buono famiglia, il prestito sull'onore, il voucher socio-sanitario, il fondo sostegno affitto (FSA), il mutuo agevolato per l'acquisto della prima casa, i contributi per le famiglie con persone disabili.

SICILIA

Nel PSR "Piano della Salute" 2011 – 2013, approvato con Decreto Presidenziale il 18 luglio 2011, ha assunto un ruolo fondamentale la centralità del territorio: la riorganizzazione dell'assistenza primaria e il potenziamento della rete assistenziale territoriale finalizzato alla riduzione degli accessi impropri nelle strutture di emergenza; la gestione delle cronicità e l'integrazione ospedale-territorio in una prospettiva di presa in carico globale della persona. A tal proposito, i principi generali di base cui improntare gli atti di cura per la gestione delle cronicità trovano massima espressione nell'asse portante della riforma sanitaria siciliana, ossia l'integrazione assistenziale all'interno del territorio e tra quest'ultimo e l'ospedale. Per quanto riguarda gli assetti del territorio e l'integrazione sociosanitaria, la Regione Siciliana, con la L. 5/2009 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale" e con le "Linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale (PTA - Cure primarie - gestione integrata - day service territoriale) ex D.A. n. 723 del 10/03/10, ha ridisegnato l'intero complesso dell'assistenza sanitaria territoriale, anche in funzione della prevalenza delle patologie croniche nella popolazione e dell'impegno organizzativo ed economico da esse generate. La Legge di riforma, nell'ambito della rimodulazione dell'offerta delle attività svolte dai Distretti e dagli altri presidi che insistono nel territorio, dispone la riorganizzazione dell'assistenza in una logica di rete di servizi in relazione ai fabbisogni di salute, prevedendo l'istituzione dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) collegati in modo capillare con i nodi

della rete stessa. Il PTA è definito come "il punto d'accesso della rete territoriale, anche attraverso il Centro unico di prenotazione (C.U.P.), al fine di garantire in modo capillare l'erogazione di prestazioni in materia di cure primarie e di altri servizi, anche di natura socio-assistenziale". Esso rappresenta una nuova formula di organizzazione dell'assistenza, che pone al centro innanzitutto la persona, che viene facilitata nel suo accesso ai servizi e nel suo iter assistenziale complessivo, sia verso le componenti assistenziali all'interno del sistema di Cure Primarie (MMG e PLS), sia verso la collaborazione con le Amministrazioni locali per il soddisfacimento di bisogni di natura socio-sanitaria. All'interno del PTA, inoltre, nel Punto Unico di Accesso (PUA) alle cure territoriali, sarà realizzato uno "sportello di informazione ed indirizzo" delle persone con patologie croniche e con disabilità, che garantirà prenotazioni e percorsi assistenziali facilitati. A seconda delle diverse esigenze dei contesti locali, può realizzarsi l'aggregazione fisica, in un unico presidio, di tutte o di parte delle componenti del complesso delle cure primarie. Laddove tale aggregazione fosse impraticabile o non opportuna, tenuto conto delle variabili orogeografiche e della distribuzione della popolazione, il P.T.A. potrà concretizzarsi attraverso un "nucleo essenziale" di funzioni fisicamente aggregate, collegate funzionalmente con tutti i servizi esterni operanti sul territorio.

Inoltre, la Regione Sicilia, nel più ampio scenario degli obiettivi previsti dal piano di prevenzione nazionale, individua due ambiti prioritari di attività finalizzati al governo clinico, cui i MMG devono aderire secondo modalità contrattate:

- Partecipazione alle attività di screening regionale (screening tumori: carcinoma mammario; carcinoma del colon-retto; carcinoma del collo dell'utero); Attività di governo clinico e gestione integrata dei pazienti cronici, con priorità per: Diabete Mellito di tipo 2, Scompenso Cardiaco, BPCO-Insufficienza Respiratoria, TIA-Ictus, Ipertensione medio-grave.

Altro obiettivo prioritario, individuato nell'Accordo integrativo regionale sulla Medicina Generale 2010, è quello di creare uno spazio di effettiva integrazione MMG-Distretto, l'Ambulatorio di Gestione Integrata (AGI), nel quale il MMG, attraverso un'agenda programmata concordata con il distretto ed in particolare con gli specialisti, con gli infermieri ed altri operatori che interagiscono nel piano di assistenza, si dedichi prioritariamente alla gestione integrata dei propri pazienti cronici, prioritariamente dei pazienti a medio-alta complessità, e dei pazienti con particolari necessità di approfondimento diagnostico ed a rischio di ospedalizzazione. Il MMG, nelle ore in cui opera nella sede distrettuale, può essere chiamato a svolgere attività assistenziale per eventuali pazienti che risultino senza assistenza (migranti, turisti). Deve essere utilizzato un ricettario specifico per le prescrizioni ai non-assistiti. La persona portatrice di patologia cronica più o meno sintomatica a seconda del suo grado di avanzamento e/o di compenso, destinata a persistere nel tempo ed a rischio di progressione e riacutizzazione, necessita una presa in carico "globale" (bisogni clinici e non clinici) da parte di un team medico-infermieristico, dal momento della diagnosi e per tutto il percorso diagnostico e terapeutico. Il principio, quindi, della continuità delle cure ha un ruolo centrale in tutti i disegni organizzativi ed assistenziali nella gestione delle cronicità e deve favorire, garantendo il massimo livello di confronto specialistico tra le diverse strutture ospedaliere e fra ospedale e territorio, la razionalizzazione delle risorse disponibili, la generazione di cultura, lo sviluppo di sistemi informatici interattivi, idonei sistemi informativi e adeguati sistemi di verifica della qualità, permettendo così l'elaborazione di linee guida di buona pratica clinica ed assistenziale e la

diffusione di programmi di formazione in relazione ai bisogni emersi. Un ruolo importante per la gestione delle cronicità nell'integrazione ospedale-territorio rivestono le strutture di lungodegenza medica post-acuzie, disciplinate con Circ. Ass. 30 novembre 2009, n. 1263 sugli indirizzi per la relativa organizzazione. Dette strutture devono costituire un sistema integrato, coerente e coordinato con i servizi distrettuali, al quale il paziente abbia garanzia di accesso attraverso canali preferenziali e facilitati, direttamente alla dimissione dalla struttura di ricovero per acuti o dal proprio domicilio o da strutture residenziali. Per converso, al fine di ridurre il ricorso al ricovero ordinario per la riacutizzazione delle patologie croniche, dovranno essere garantiti a livello distrettuale canali preferenziali per i pazienti dimessi dai reparti di Lungodegenza post acuzie, per l'assistenza domiciliare o per il trasferimento in strutture residenziali territoriali.

L'integrazione, infatti, evita la frammentazione spaziale ed organizzativa fra i singoli momenti dell'assistenza (ospedale, ambulatori dedicati, ambulatori dei MMG/PLS, domicilio dell'assistito) fra le diverse fasi della malattia (acuzie, post-acuzie, cronicità) e fra le diverse figure professionali coinvolte (medici ospedalieri, specialisti del territorio, medici di famiglia, infermieri).

La condivisione della cura e la successiva applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici e protocolli comportamentali uniformi consentono inoltre di ottimizzare l'efficacia delle cure, di evitare la ridondanza delle prestazioni, in modo disgiunto da implicazioni decisionali, nonché di limitare i tempi d'attesa e ridurre i costi. Restituire la dignità di "singolo" alla persona ammalata significa prenderla in carico in modo flessibile, sulla base delle specifiche caratteristiche personali e della fase precisa della malattia, mettendo al primo posto la necessità di competenza ed esperienza del medico, adeguata alla tipologia del soggetto in carico. Va altresì riconosciuto l'elevato valore terapeutico della comunicazione nella gestione delle malattie croniche sia nell'ambito medico-paziente e infermiere-paziente, sia in quello tra tutte le figure professionali che agiscono nel percorso di cura. Un corretto trasferimento delle informazioni a tutti i livelli, che può rendersi oggi più agevole anche attraverso le moderne soluzioni ICT (*information and communication technology*), è infatti condizione necessaria alla realizzazione della continuità assistenziale e concorre ad una migliore recettività alle cure ed ai consigli dei sanitari. La "comunicazione" (a partire dal momento critico della diagnosi e lungo tutto il complesso sviluppo dell'iter assistenziale) rappresenta soltanto un primo tassello di un più vasto programma di "umanizzazione" e di sviluppo delle cosiddette "clinical humanities", che deve essere preso in carico dai servizi, sia ospedalieri, sia territoriali, riconoscendo anche al servizio sociale delle Aziende sanitarie il compito di promuovere lo sviluppo dei processi di umanizzazione secondo le indicazioni della Regione. L'attenzione agli aspetti qualitativi della vita dell'assistito con patologia cronica e la sua centralità come attore fondamentale della cura non è soltanto una scelta culturale ed etica, ma risponde ad una esigenza dei sistemi assistenziali, ormai ampiamente riconosciuta nella letteratura scientifica. L'empowerment del paziente, reso cosciente ed esperto attraverso processi psico-educativi progettati e attivati a cura del servizio sociale delle Aziende sanitarie e rivolti anche alla rete dei caregiver familiari, e seguito, per quanto possibile, anche per via telematica, costituisce infatti la base dei programmi di autogestione della patologia (self care e self management), che si sono diffusamente affermati in campo internazionale e nazionale per le loro potenzialità di riduzione dei ricoveri e di uso dei servizi, oltre che per il miglioramento della qualità di vita dei pazienti, e soprattutto attraverso un sostegno psicologico ai caregiver familiari per affrontare il carico emotivo e

relazionale che la cronicità comporta. Nel territorio devono trovare risposta anche le cronicità più gravi, per le quali la risposta monoprofessionale e frammentaria non è adeguata. Per queste, la strategia con la quale il territorio può fornire un significativo contributo, concorrendo alla prevenzione dell'ospedalizzazione, è innanzitutto la Gestione Integrata MMG/PLS-Specialista-Infermiere-Assistente sociale-Psicologo e, per i casi più complessi, il Day Service Territoriale, il cui strumento operativo è il pacchetto di Prestazioni Assistenziali Complesse (PAC), ovvero un insieme di prestazioni multiprofessionali e multidisciplinari integrate più aderenti ai bisogni globali e complessi e contemporaneamente più economiche per il sistema assistenziale.

Per realizzare un Day Service Territoriale (DST) sarà necessario rifunzionalizzare strutture ambulatoriali che siano in grado di garantire: accesso facilitato, costituzione di un team di operatori esperti e dedicati a tali attività, con alto livello di integrazione organizzativa ed operativa che permetta l'erogazione di "pacchetti di prestazioni assistenziali complesse" in luoghi e tempi concentrati. In considerazione delle priorità assistenziali della Regione, rappresentate da patologie ad elevato impatto sociale ed economico, lo strumento del DST sarà rivolto alla cura del diabete mellito di tipo II e dello scompenso cardiaco. Successivamente, l'applicazione sarà estesa alle patologie dell'apparato respiratorio, ai portatori di malattie croniche renali, pneumologiche e oncologiche e alla cura dei fattori di rischio delle malattie cardio e cerebrovascolari. In questo contesto, il volontariato e il privato sociale assumono, ciascuno per la rispettiva mission e peculiarità opportunamente regolamentate, un ruolo strategico nel supportare le azioni inerenti i percorsi assistenziali delle persone con patologie croniche con particolare riferimento a quelle risultanti dall'analisi di contesto ad elevato impatto sociale.

TOSCANA

L'attenzione della Regione Toscana nei confronti dello stato di salute della popolazione anziana si è concretizzata con una serie di atti programmatori formali, sia in ambito sanitario sia in ambito sociale.

Nel 2008 la regione Toscana ha introdotto la medicina di iniziativa come modello di futuro sviluppo delle cure primarie territoriali con un progetto di una presa in carico multiprofessionale dei pazienti affetti da malattie croniche. Il **Piano Sanitario Regionale per il triennio 2008- 2010**, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 53 del 16 luglio 2008, alla luce delle dinamiche demografiche ed epidemiologiche della regione che evidenziano la tendenza all'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento della rilevanza delle patologie croniche, individua come strategia di risposta lo sviluppo di una *sanità d'iniziativa*, ovvero di un modello assistenziale che sia in grado di intervenire quando possibile prima dell'insorgere della malattia e di gestire la malattia stessa in modo tale da rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio.

A livello territoriale, il modello di riferimento per l'attuazione della sanità d'iniziativa è costituito da una versione evoluta del *Chronic Care Model (CCM)* – definita **expanded chronic care model** – dove gli elementi portanti del CCM, finalizzati alla interazione efficace tra un paziente informato/esperto ed un team multiprofessionale proattivo, sono integrati da aspetti di sanità pubblica, come l'attenzione alla prevenzione primaria collettiva ed ai

determinanti di salute, costituendo così un modello di presa in carico globale su tutto il percorso di salute dei cittadini.

Tale modello prevede, a livello di cure primarie, *un team multiprofessionale proattivo*, nel quale il medico di famiglia, nello svolgimento del proprio ruolo clinico decisionale, è affiancato da infermieri ed altre figure di supporto, nell'ambito delle rispettive professionalità.

Il team ha il compito di attuare, sotto la supervisione del medico di famiglia, gli interventi resi necessari dai bisogni della specifica patologia e dal livello di rischio, con modalità che garantiscano il coordinamento degli interventi (sia all'interno del team, sia nei confronti di altri livelli del sistema socio-sanitario) e la continuità del percorso di salute del paziente tra territorio e ospedale.

Coordinamento e continuità sono realizzati mediante l'applicazione di protocolli operativi per le diverse patologie croniche (*percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali*), condivisi a livello aziendale e coerenti con le linee di indirizzo definite a livello regionale

In tema di ruoli professionali e percorsi territorio-ospedale-territorio in relazione alla sanità d'iniziativa si è espresso il *Consiglio Sanitario Regionale (CSR) con il parere n. 37/2008* (recepito con DGR n. 894/2008), a seguito della conferenza di consenso svoltasi su tale argomento il 18 luglio 2008. Con la DGR n. 894/2008 e sulla base del citato parere n. 37/2008, sono stati definiti i ruoli delle professioni coinvolte nell'Expanded CCM, che agiscono in modo coordinato al fine di costituire un team assistenziale multi professionale preparato e proattivo, riferimento clinico per la persona ed organizzativo per il sistema dei servizi.

Con l'Accordo tra Regione Toscana ed organizzazioni rappresentative della Medicina Generale del giugno 2009 sul ruolo della Medicina Generale nell'attuazione del PSR 2008-2010, le parti hanno condiviso una serie di aspetti inerenti l'attuazione della sanità d'iniziativa a livello territoriale (tra cui i criteri per l'individuazione delle aggregazioni di medici di medicina generale nelle quali avviare l'attuazione della sanità d'iniziativa, cosiddetti Moduli; i criteri per la definizione del fabbisogno di risorse umane e strumentali necessarie per lo svolgimento delle attività previste dai percorsi assistenziali; il sistema di valutazione delle attività svolte rispetto agli obiettivi regionali e relativi indicatori; il sistema di remunerazione per la Medicina Generale e relativo impegno economico della Regione Toscana).

Condizione per la corretta attuazione del modello e per l'adozione di interventi appropriati e coordinati a tutti i livelli del sistema è l'integrazione dei dati sanitari contenuti nei sistemi informativi del Servizio Sanitario Regionale con quelli degli archivi dei medici di famiglia: pertanto, la Medicina Generale si impegna a rendere disponibili le informazioni concordate per gli indicatori dei percorsi e per il *patient summary*. Sulla base di queste indicazioni programmatiche, la Regione ha investito stanziando 8 milioni di euro per l'implementazione, con il Chronic Care Model, di cinque percorsi assistenziali relativi a: diabete mellito, scompenso cardiaco, BPCO, ictus e ipertensione: patologie per le quali è stato messo a punto anche un aggiornamento degli indicatori per la valutazione dell'attività dei team multiprofessionali che operano nell'ambito del progetto.

Il modello definito sanità di iniziativa si è avviato in fase sperimentale dall'anno 2009-2010: inizialmente ha riguardato i pazienti con diabete o scompenso cardiaco, successivamente i pazienti con problemi di ipertensione arteriosa di grado medio-grave, ictus cerebrale, insufficienza respiratoria in broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO).

La gestione condivisa di queste patologie attraverso il nuovo modello assistenziale ha lo scopo di permettere:

- la promozione e l'adozione di corretti stili di vita (abitudini alimentari, attività fisica, ecc.);
- l'educazione ed il supporto dei pazienti all'auto-cura attraverso una maggiore conoscenza della propria malattia e della sua gestione;
- una programmazione, nel tempo, delle visite mediche, degli esami e dei controlli da effettuare.

La sperimentazione, nella prima fase di attuazione del progetto, ha riguardato circa 500.000 assistiti, con il coinvolgimento di tutte le ASL. Ogni ASL ha individuato, di concerto con la Medicina Generale, gli ambiti territoriali di aggregazione dei MMG (definiti "Moduli") in cui avviare e testare la sanità d'iniziativa sulla base di criteri e requisiti indispensabili, generali e specifici. I moduli hanno il compito di attuare gli interventi necessari per la presa in carico delle patologie croniche.

La scelta dei moduli deve essere effettuata sulla base dei seguenti requisiti:

- a) una popolazione di riferimento di circa 10.000 assistiti;
- b) una sede unica o principale (tra due o più sedi) per lo svolgimento dell'attività del team;
- c) la presenza di un infermiere e un operatore socio sanitario con formazione complementare in area sanitaria in rapporto alla popolazione di riferimento (1/10.000);
- d) una infrastruttura informatica in grado di consentire la registrazione dei dati di attività da parte di tutti i componenti del team;
- e) la formazione specifica del personale di cui al punto precedente sui percorsi assistenziali condivisi a livello aziendale, con la partecipazione della Medicina Generale;
- f) il supporto da parte dell'azienda sanitaria di riferimento per le altre figure professionali coinvolte, secondo quanto previsto dai percorsi assistenziali.

La sperimentazione richiede di definire e applicare, per le diverse patologie croniche, i protocolli operativi condivisi a livello aziendale e coerenti con le linee di indirizzo definite a livello regionale, garantendo altresì la continuità del percorso di salute del paziente tra territorio e ospedale. Nello specifico, la sperimentazione della medicina di iniziativa è partita in tutte le Asl nel giugno 2010 e nell'ottobre - novembre 2011, con un nuovo stanziamento e nuovi indirizzi, si è estesa. I progetti coinvolgono i medici di medicina generale e gli assistiti con patologie croniche, i loro stili di vita, il loro profilo sanitario, e team multiprofessionali che lavorano a stretto contatto con i medici di famiglia.

Le attività della medicina di iniziativa (prevenzione, screening, diagnosi precoce e follow-up) integrano le consuete attività cliniche e assistenziali e tendono a promuovere l'adozione di percorsi assistenziali, a potenziare il sistema informativo/informatico con maggiori investimenti nell'information technology, ad avviare piani di formazione e comunicazione, in forma integrata tra i diversi professionisti operanti nell'ambito delle cure primarie. Prioritario è il totale coinvolgimento dell'utente all'interno del progetto di cura: il cittadino è il principale attore all'interno del percorso assistenziale.

VENETO

Le scelte strategiche della programmazione regionale, esplicitate nel **Piano Sanitario Regionale 2012-2014**, approvato con DGR n. 15/DDL del 26 luglio 2011 riguardano principalmente:

- il potenziamento e consolidamento dell'offerta territoriale, imperniata sulla gestione integrata del paziente e sulla continuità dell'assistenza;
- la ridefinizione organizzativa dell'offerta ospedaliera, secondo criteri di omogeneità quali-quantitativa per i diversi segmenti del SSR in un contesto di equità allocativa e di accessibilità;
- la ridefinizione delle competenze e l'implementazione di una sinergia virtuosa tra Ospedale e Territorio, orientando il primo al trattamento dell'acuzie ed il secondo alla presa in carico della cronicità, secondo logiche di rete;
- lo sviluppo di politiche di integrazione professionale e di intersectorialità degli interventi, all'interno di modelli organizzativi sostenibili e qualificati;
- l'investimento sull'appropriatezza clinica ed organizzativa, con particolare riguardo all'appropriatezza prescrittiva ed al consumo di risorse socio-sanitarie, attraverso il coinvolgimento attivo e responsabile dei professionisti e dei cittadini.

Una gestione integrata del paziente richiede l'implementazione di modelli organizzativi sia a livello gestionale che professionale, atti cioè a garantire la continuità dell'assistenza con un impiego coordinato ed uniforme delle risorse.

Per quanto concerne nello specifico la cronicità si individuano tra i macro-obiettivi delle scelte regionali: il potenziamento dell'assistenza territoriale, consolidando il ruolo del Distretto socio-sanitario, sviluppando e diffondendo modelli di gestione integrata della cronicità, implementando modelli organizzativi a rete fondati su team multiprofessionali, qualificando le forme associative della Medicina Convenzionata, ridefinendo una filiera per l'assistenza extraospedaliera con particolare riferimento all'assistenza in strutture di ricovero intermedie; il perfezionamento delle reti assistenziali sia orizzontali che verticali, orientando il sistema verso un modello circolare dell'assistenza, garantendo la continuità dei percorsi attraverso l'integrazione delle funzioni e delle competenze e, più in generale, secondo il paradigma che attribuisce l'acuzie all'Ospedale e la cronicità al Territorio.

Nell'area dell'assistenza al paziente cronico si ritiene, infatti, di particolare importanza:

- l'implementazione e la diffusione dei PDTA condivisi e di riconosciuta efficacia con riferimento al paziente diabetico, al paziente oncologico, al paziente con scompenso cardiaco e BPCO;
- l'assunzione di responsabilità e l'educazione terapeutica del paziente cronico e della sua famiglia al fine di migliorare i processi di autocura e di gestione attiva della malattia;
- il consolidamento delle cure palliative, con strutturazione dell'attività ambulatoriale;
- l'individuazione del corretto setting assistenziale e dell'appropriato approccio terapeutico nella gestione dei pazienti affetti da patologie reumatiche, anche alla luce dell'introduzione dei nuovi farmaci ad alto costo in grado di modificarne il decorso;
- lo sviluppo dei team della medicina e pediatria di famiglia, sviluppando il ruolo dell'infermiere e del personale di studio, e con gli specialisti ambulatoriali interni ed ospedalieri ed altri operatori del sistema.

Per la gestione della cronicità il sistema veneto si è orientato quindi verso un modello di assistenza integrato, le cui dimensioni strategiche sono:

1. l'organizzazione in team multiprofessionali composti da medici, infermieri ed altri professionisti, strutturata su una chiara divisione del lavoro, fondata sulla pianificazione delle attività e del follow up, garantendo l'integrazione attraverso l'implementazione di appositi PDTA;

2. il supporto all'autocura attraverso cui il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali, coinvolgendo e responsabilizzando il cittadino nelle decisioni che attengono alla propria salute;
3. il supporto sistematico ai professionisti nelle decisioni assistenziali anche attraverso il potenziamento dei sistemi informativi in grado di seguire il cittadino nel suo percorso assistenziale e nel contatto con tutti i servizi socio-sanitari del Distretto;
4. l'adozione di linee guida basate sull'evidenza ed il potenziamento della formazione continua che rappresentano per il team gli strumenti necessari per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici;
5. il coinvolgimento attivo delle risorse della comunità, stabilendo solidi collegamenti fra organizzazioni sanitarie e comunità locali attraverso programmi di partecipazione (es. la messa a disposizione di strutture, ecc.).

Nella gestione integrata della cronicità il medico/pediatra di famiglia rappresenta il principale referente e corresponsabile della presa in carico, in grado di svolgere la funzione di accompagnamento dei pazienti, con l'obiettivo di conseguire la migliore adesione ai percorsi assistenziali, nel pieno coinvolgimento dei pazienti stessi. Questo approccio presuppone una medicina di famiglia organizzata e coadiuvata da personale infermieristico, di supporto ed amministrativo, una collaborazione funzionale con gli specialisti territoriali ed ospedalieri, la messa a punto di un sistema informativo integrato.

Per rendere operativo il modello di presa in carico della cronicità è stato necessario implementare in modo diffuso su tutto il territorio regionale le *Medicine di Gruppo Integrate*, forme associative più evolute, esito del perfezionamento e consolidamento dei processi di sperimentazione avviati nel corso degli anni.

Si tratta cioè di radicare stabilmente un modello organizzativo che propone una rimodulazione dell'offerta assistenziale non solo in termini di accessibilità (ampliamento degli orari di apertura degli studi medici), ma anche rispetto al conseguimento di specifici obiettivi di salute.

Lo sviluppo, l'operatività e la messa in rete delle medicine di gruppo sono supportati da Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), di cui alla DGR 1666/2011, con compiti di coordinamento tra gli studi medici in esse presenti. Le AFT saranno istituite dalle Ulss sulla base di criteri che prevedono una popolazione assistita non superiore a 30.000 abitanti e comunque un numero di medici di norma non inferiore a 15/20, organizzati in team e fra gli obiettivi prioritari individuati per le AFT vi è una migliore gestione delle patologie croniche.

6.8.2 Il punto di vista civico sul modello CREG (Chronic Related Group) della Regione Lombardia⁸

a) Il modello di presa in carico delle cronicità della Regione Lombardia: il Chronic Related Group

Il 27% dei pazienti lombardi è costituito da pazienti cronici: si tratta di 2 milioni e mezzo di persone, il cui costo procapite, attualmente, è di circa 2300 euro per il sistema sanitario.

La Regione Lombardia, con le "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'anno 2011", ha introdotto la sperimentazione del Creg (Chronic Related Group), inteso come "una modalità innovativa di presa in carico dei pazienti che, a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse, deve garantire senza soluzioni di continuità e cali di cure, tutti i servizi extraospedalieri (prevenzione secondaria, follow up, monitoraggio persistenza terapeutica, specialistica ambulatoriale, protesica, farmaceutica) necessari per una buona gestione clinica organizzativa delle patologie croniche⁹".

Oggi circa il 37% dei malati cronici è impropriamente ricoverato in aree per acuti. Con la sperimentazione in atto si intende ridurre gli accessi impropri nelle strutture sanitarie e razionalizzare così la spesa senza ridurre i servizi.

Le innovazioni previste sono profonde. Attraverso questa sperimentazione si intende garantire la presa in carico complessiva dei pazienti cronici¹⁰ e garantire la continuità del processo di diagnosi e cura sul territorio, al di fuori dell'ospedale.

Non cambierà il medico, non cambierà la procedura prescrittiva di farmaci e di visite ed esami clinici. Cambierà invece il modo di essere seguiti: i pazienti verranno "monitorati" costantemente per ogni tipo di informazione e prescrizione. In caso di non aderenza al piano terapeutico è previsto un servizio di richiamo per ricordare al paziente date di visite ed esami. Questo sarà possibile grazie ad un call center collegato con il proprio medico per le prenotazioni di visite ed esami e dove saranno disponibili tutti i dati clinici del paziente.

E' infatti noto dalla letteratura mondiale come l'inappropriatezza nella gestione della cronicità discenda dalla scarsa compliance degli assistiti, che i modelli assistenziali tradizionali non sono in grado di gestire.

L'obiettivo, dunque, è quello supportare il malato nel monitoraggio della propria patologia e seguire le terapie corrette.

La presa in carico dei pazienti sarà a fronte della corresponsione anticipata di una quota predefinita di risorse in funzione della tipologia di assistiti e delle patologie o pluripatologie ad essi correlate. Allo scopo, la Regione ha predisposto un elenco di 155 tariffe (assimilabili in tutto e per tutto ai DRG già utilizzati in ambito ospedaliero), dirette a remunerare

⁸ A cura di Liberata Dell'Arciprete (Segretario Regionale Cittadinanzattiva Lombardia), Paolo Messina Responsabile Coordinamento regionale delle Associazioni dei Malati Cronici – Cittadinanzattiva Lombardia

⁹ Tratto dal Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia - 2° Supplemento Straordinario N. 50 - 14 dicembre 2010

¹⁰ Pazienti affetti da una cronicità (per ora limitati ad alcune malattie: Broncopneumopatie Cronico Ostruttive (BPCO), Scopenso Cardiaco, Diabete di tipo I e tipo II, ipertensione e cardiopatia ischemica, Osteoporosi, patologie neuromuscolari. *Non e' previsto al momento un CReG per i malati oncologici, le patologie tumorali ci rientrano solo se accompagnate da una delle patologie di cui sopra.*

"pacchetti" di prestazioni all'esterno degli ospedali: visite ambulatoriali, esami specialistici, protesica e presidi (es. ossigeno), farmaceutica, cure a domicilio. .

I criteri di calcolo delle tariffe utilizzati dalla Regione Lombardia, sono basati sulla banca dati assistito (BDA), strumento informatico che contiene lo storico di tutte le erogazioni di farmaci, di indagini diagnostiche, di visite specialistiche, di ricoveri di ciascun cittadino lombardo.

A partire dalla BDA, Regione Lombardia, per questo progetto, ha estrapolato il costo riferito alla specialistica e diagnostica ambulatoriale, alla farmaceutica e alla protesica minore, escludendo il costo dei ricoveri e dell'assistenza primaria.

A garantire il rispetto delle cifre sono i "provider", figura istituita dalla Regione a cui può candidarsi, con meccanismo di gara, qualsiasi soggetto pubblico o privato: aggregazione di medici, impresa privata, ONLUS, Ospedale, ecc...

I medici di medicina generale hanno una sorta di "diritto di prelazione" per svolgere questo ruolo e, solo nel caso in cui non dovesse essere garantita la copertura necessaria, allora sarà possibile aprire la sperimentazione ad altri soggetti: onlus, fondazioni, aziende ospedaliere, strutture sanitarie accreditate e a contratto sia intra che extraospedaliere.

Il Provider, che deve riferirsi ad un bacino di utenza di almeno 200.000 abitanti (pari ad almeno 40.000 pazienti potenziali affetti da patologie croniche), riceve dall'ASL le risorse economiche relative a farmaceutica, specialistica e protesica minore dei pazienti che assume in carico. A questi pazienti garantisce l'acquisto delle prestazioni di cui sopra, oltre a un call center informativo attivo 12 ore al giorno tutti i giorni all'anno, a servizi di telemedicina, a servizi di first e second opinion per i medici, a servizi di informazione sanitaria, formazione, pro memoria rivolti ai pazienti rispetto all'applicazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici ed Assistenziali (PDTA), richiami relativi ai pazienti che sulla base dei dati di consumo risultino non complianti.

Il Provider inoltre gestisce il controllo dei flussi economici e può concordare con l'Asl ed erogatori modalità di accesso ai servizi confacenti ai PDTA regionali.

Il paziente rimane assolutamente libero di rivolgersi, per l'erogazione delle prestazioni ai soggetti accreditati, pubblici o privati, di sua scelta. Il paziente viene gestito dal Provider nel momento in cui liberamente firma un "contratto", da cui può sempre recedere.

E' altresì evidente che il Provider non può svolgere la propria attività in assenza della collaborazione dei medici di medicina generale: la strategia del loro coinvolgimento è prevista tra i requisiti di gara.

E' anche evidente che, in caso il medico decida di non partecipare alla sperimentazione, i suoi pazienti saranno esclusi dalla sperimentazione stessa.

Alcuni passi della Premessa alla DGR 937/2010	Requisiti organizzativi e funzionali per i soggetti gestori del Creg
<p>"L'attuale organizzazione delle cure primarie manca, in termini complessivi, delle premesse contrattuali e delle competenze cliniche, gestionali e amministrative richieste a un'organizzazione che sia in grado di garantire una reale presa in carico complessiva dei pazienti cronici al di fuori dell'Ospedale. Il tanto evocato potenziamento delle cure extraospedaliere non può che realizzarsi favorendo, al di fuori dell'Ospedale, la crescita di un soggetto che sia in grado di sostenere il confronto con l'Ospedale, non solo in termini clinici ma anche gestionali e organizzativi".</p> <p>"Solo una modesta quota dei soggetti può essere adeguatamente considerata 'in percorso' [...] ciò significa maggiori complicanze, ricoveri ripetuti e disabilità e, in termini economici, più costi evitabili."</p>	<ul style="list-style-type: none"> • È previsto un unico gestore che coordini l'erogazione di tutte le prestazioni sanitarie individuate nel Pdt o profilo di cura; le stesse saranno registrate in un EPR (<i>electronic patient record</i>), compatibile con il SSS, che dovrà essere aggiornato e reso accessibile agli attori individuati. • È previsto un centro servizi [almeno 12h (8-20)/365 giorni], adeguato dal punto di vista tecnologico in termini qualitativi e quantitativi, con modalità codificate di gestione dei documenti comprovanti le attività sanitarie, coerenti con protocolli condivisi e conosciuti da tutti gli operatori. • Il personale operante presso la centrale è di profilo tecnico-sanitario, dedicato, professionalmente qualificato, formato nei rapporti con gli assistiti, con aggiornamenti professionali annuali certificati. • È necessario individuare una figura professionale responsabile del governo clinico complessivo delle attività (coordinatore medico). • In relazione alla complessità e al bisogno del paziente il <i>provider</i> dovrà garantire la disponibilità di un responsabile (<i>case manager</i>) del caso clinico. • Garanzia dell'eventuale fornitura, consegna, installazione, messa in opera, manutenzione e ritiro delle apparecchiature al domicilio del paziente, coerenti con i profili di cura relativi alla patologia. • Esistenza di protocolli per l'installazione al domicilio di strumentazioni che preveda anche adeguata istruzione al paziente ed ai familiari. • La fornitura ed il supporto di altri servizi associati quali la formazione. • La raccolta, l'elaborazione, l'analisi, la trasmissione, il rendere disponibile del <i>dataset</i> concordato e dei dati rilevanti che includono gli allarmi e la gestione degli allarmi verso il punto di contatto. • Lo sviluppo e l'implementazione delle interfacce di accesso ai sistemi. • La fornitura di un servizio di <i>triage</i> sia clinico sia tecnico. • La fornitura di un servizio per la <i>compliance</i> farmacologica e la personalizzazione del farmaco. • Il supporto per la valutazione continua della qualità del servizio, coerente con gli indicatori di processo individuati. • Sistema di raccolta ed elaborazione di documentazione informativa, questionari per la <i>customer satisfaction</i>, reclami e interviste ai pazienti. • Protocolli di intesa/convenzione con gli attori del sistema coinvolti nell'implementazione del Creg.

b) Lo stato di avanzamento

La sperimentazione è stata avviata lo scorso anno (proseguirà anche nel 2012) in 5 Asl della Lombardia: Milano, Milano 2, Bergamo, Como, Lecco.

Bergamo rimane la città dove s'è registrata la risposta più ampia, 210 i Mmg con 23000 pazienti (da soli rappresentano più della metà di tutti i malati cronici arruolati nelle altre città dove sono partiti i Creg). Il provider "Cooperativa dei Medici di Medicina IML" si è aggiudicata il bando di gara per il servizio sperimentale CReG per la provincia di Bergamo, Milano 2 e Melegnano.

A Milano i medici che hanno aderito non superano la sessantina e c'è la possibilità che la Regione debba ricorrere a un secondo bando, probabilmente aperto ad aziende ospedaliere e altri soggetti.

A Lecco l'eventualità di un secondo bando è certezza.

A Como le adesioni raccolte da parte dei medici non sono confortanti. I dati parlano di soli 75 medici comaschi che avrebbero aderito.

Tabella 94

Calendario avanzamento lavori	
Maggio 2012	fine reclutamento

Giugno 2012	caricamento piani di cura (a Bergamo al mese di giugno circa 3700 totali).	su 23000
30 giugno 2012	prima valutazione economica trimestrale	
30 settembre 2012	seconda valutazione economica trimestrale (successive ogni 3 mesi)	
Luglio 2013	prima valutazione dei risultati clinici	
Aprile 2014	prima valutazione complessiva sulla sperimentazione (con indicatori da definirsi).	
Aprile 2015	valutazione definitiva che verrà effettuata sulla base di dati clinici e gestionali ¹¹ .	

In seguito alla valutazione definitiva potranno delinearsi i seguenti possibili scenari:

- I. richiesta di adesione obbligatoria a tutti i MMG;
- II. adesione facoltativa ai MMG
- III. abbandono progetto o modifiche sostanziali del progetto attuale.

c) Punti di forza e di debolezza del Creg dal punto di vista civico

E' attualmente carente, in Lombardia, una visione multidisciplinare dell'assistenza, con interventi spesso disgiunti tra loro con la conseguenza di costringere il paziente a farsi parte attiva per collegarli. **Ciò premesso siamo favorevoli al modello Creg se:**

1. daranno la possibilità della gestione della patologia nei suoi diversi aspetti avendo come oggetto proprio il miglioramento dell'assistenza e mettendo al centro del processo il paziente e il suo rapporto di fiducia con il proprio Mmg;
2. consentiranno di passare da una situazione «ospedalocentrica» della sanità (l'assistenza specialistica oggi viene erogata quasi completamente all'interno delle strutture ospedaliere) a una che trovi il suo fulcro sul territorio.
3. prevederanno operatori in grado di offrire prestazioni adeguate, nei tempi e nei modi, ai pazienti portatori di patologie croniche

Le perplessità.

1) **L'adesione, al momento, è volontaria sia da parte dei medici sia dei pazienti.** Quando il medico aderisce al Creg e lo propone al paziente la percentuale di adesione, abbiamo visto essere quasi totale da parte di quest'ultimo.

Se il medico invece non aderisce, il paziente non ha possibilità di usufruire della procedura. Il progetto, dunque, non si porrebbe come "sistema diffuso" in grado di dare risposte omogenee a tutti i cittadini. In questo caso cosa accade?

2) **La medicina generale ha "diritto di prelazione"** per svolgere il ruolo di provider, ma nel caso in cui l'adesione dei MMG non dovesse garantire idonea copertura, la Regione prevede l'apertura ad altri soggetti (ONLUS, Fondazioni, Aziende ospedaliere, Strutture sanitarie accreditate e a contratto sia intra sia extraospedaliere, ecc.). In questo caso, come potranno soggetti così eterogenei fra loro gestire la "partita"? Preferiamo che l'iniziativa rimanga nell'ambito della medicina generale sotto forma organizzativa di cooperative, così

¹¹ La valutazione definitiva verrà effettuata sulla base di dati clinici e gestionali. Non conosciamo ancora questi indici (indispensabili per valutare l'impatto dei Creg sul mondo delle cure primarie) che saranno disponibili solo dal mese di aprile 2014

come nell'attuale fase sperimentale si stanno proponendo in alcune aree come gestori dei Creg.

3) **Qualora il paziente necessiti di cure in più rispetto a quelle previste, i fondi non vengono aumentati** - Il medico deve amministrare, suddividendole tra tutti gli assistiti che ha in cura, le risorse che ha a disposizione. La preoccupazione maggiore è che questo sistema spinga i Medici a risparmiare, per non sfiorare i finanziamenti che hanno ricevuto.

4) La Regione Lombardia afferma di essere al di sotto dello standard di 4 posti letto in ospedale per 1000 abitanti (anche grazie alla trasformazione di posti per acuti in posti "tecnici" sub acuti e al passaggio di parte dei ricoverati nelle strutture socio sanitarie). Un ulteriore calo è atteso dalla piena entrata in funzione dei CREG (si valuta che la migliore assistenza fornita dai Creg riduca i ricorsi al pronto soccorso ed i ricoveri ospedalieri).

Siamo perplessi sulla possibilità di fare ulteriori tagli dove si è già tagliato. I tassi di ospedalizzazione in Lombardia, cioè il numero di ricoveri su 100.000 abitanti sono al di sotto dei 160 per 100.000 previsto dalla Spending review (media Lombardia 137,82)

Tante sono le altre questioni che vorremmo quantomeno citare, ma per esigenze di sintesi non possiamo trattarle in questa sede.

L'auspicio, dunque, è che sebbene la nascita di questo progetto, che se andrà in porto prevede una vera e propria rivoluzione nell'assistenza primaria ai pazienti cronici, non sia stata condivisa con questi ultimi (principali stakeholders del sistema), si possa a breve definire una modalità di confronto volto a definire un "impianto" che possa tener conto di tutti i principali bisogni dei portatori di interesse .

Potremmo in questa fase sperimentare un Audit civico per la valutazione del sistema. In tal modo si realizzerebbe un'analisi critica e sistematica del Creg, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori scaturiti dalla co-progettazione tra pazienti cronici (attraverso le relative rappresentanze) e referenti del sistema. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori saranno elaborati al fine di individuare, proporre e condividere azioni di miglioramento già in questa fase.

In questo modo, il sistema del Creg una volta a regime, potrà tener conto anche delle eventuali azioni di miglioramento proposte dai pazienti cronici.

6.9 - Il sistema di protezione sociale in Italia

Il **sistema di protezione sociale** italiano si compone di tre grandi settori: **previdenza, sanità e assistenza**. L'analisi che segue è volta ad approfondire gli aspetti relativi alla spesa e alle modalità di finanziamento del sistema nel suo complesso, anche attraverso confronti con gli altri Paesi Europei. La scelta di ampliare l'orizzonte a settori ulteriori rispetto a quello sanitario, discende dalla consapevolezza che assicurare un buon livello di salute e di qualità della vita alla collettività, significa affiancare e integrare politiche e interventi di carattere sanitario con politiche e interventi di carattere sociale. Purtroppo gli ultimi anni sono stati caratterizzati da drastiche riduzioni/azzeramenti di fondi nazionali a carattere sociale, come il Fondo nazionale per le politiche sociali, il Fondo nazionale per le politiche della famiglia e il Fondo nazionale per la non autosufficienza, che come vedremo più avanti sono fondamentali per garantire gli interventi e servizi sociali da parte dei Comuni, con particolare riguardo a quelli del SUD e delle Isole. Ad aggravare tale situazione sono intervenuti anche tagli ulteriori alle risorse destinate ai Comuni in funzione del rispetto del patto di stabilità, stesso ragionamento anche per le Regioni e i Ministeri.

Come vedremo più avanti, il nostro sistema di politiche sociali oggi si trova a fare i conti, oltre che con una grave e generale scarsità di risorse, con una realtà profondamente differenziata in termini di offerta di servizi e relativa spesa pro capite: anche qui abbiamo cittadini di serie A e cittadini di serie B.

La mancata definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (LIVEAS) e di un Piano nazionale per la non autosufficienza incide negativamente su un sistema che possiamo definire a macchia di leopardo e profondamente iniquo. Infine merita di essere segnalato il dibattito relativo alla prossima revisione delle modalità di calcolo e di applicazione dell'ISEE per l'accesso alle prestazioni e servizi di carattere sociale. In tal senso di seguito proponiamo un'analisi di alcuni dati istituzionali disponibili sul tema, che ci permettono di mettere in luce alcune importanti criticità.

6.9.1 - Spesa e finanziamento per la protezione sociale in Italia: un confronto con i Paesi UE

La **spesa pro capite** dell'Italia (anno di riferimento 2009) per la **protezione sociale** è pari a **7.529€**: livello superiore alla media dei Paesi UE27 (6.935€) (tab. 95).

Nonostante ciò, tale **livello di spesa pone il nostro Paese all'undicesimo posto tra i Paesi UE27**. Il Lussemburgo ha una spesa pro capite di 17.359€, la Danimarca di 13.473€, l'Austria di 10.105€, la Francia di 9.676€, la Germania di 9.097€.

Tabella 95 – Spesa per la protezione sociale nei Paesi UE (euro per abitante) – Anno 2009*

PAESI	VALORI	PAESI	VALORI
Lussemburgo	17.359	Cipro	4.409
Danimarca	13.473	Portogallo	4.272
Paesi Bassi	10.919	Slovenia	4.200
Austria	10.105	Malta	2.817
Svezia	10.063	Repubblica Ceca	2.756
Irlanda	10.042	Slovacchia	2.189
Finlandia	9.820	Ungheria	2.135
Francia	9.676	Estonia	1.982
Belgio	9.597	Lituania	1.694
Germania	9.097	Polonia	1.604
ITALIA	7.529	Lettonia	1.384
Regno Unito	7.390	Romania	940
Spagna	5.749	Bulgaria	792
Grecia	5.742	Ue27	6.935

*Anno 2009 ultimo dato comparato disponibile.

Fonte: INPS, Rapporto Annuale 2011 su dati Eurostat

Analizzando l'**incidenza percentuale sul PIL della spesa per la protezione sociale** (tab. 96), notiamo come l'Italia si attesti ad un valore pari al **29,8%**: sopra la media dei Paesi UE 27 (29,5%). In questo caso l'Italia si colloca al nono posto della classifica dei Paesi UE27. La Danimarca ha un'incidenza percentuale di spesa sul PIL pari al 33,4%, la Francia 33,1%, la Germania 31,4%, tutti valori ampiamente al di sopra di quelli dell'Italia.

Tabella 96 – Spesa per la protezione sociale nei Paesi UE (in % del PIL) – Anno 2009**

PAESI	VALORI	PAESI	VALORI
Danimarca	33,4	Slovenia	24,3
Francia	33,1	Ungheria	23,4
Svezia	32,1	Lussemburgo	23,1
Paesi Bassi	31,6	Lituania	21,3
Germania	31,4	Cipro	20,9
Austria	30,8	Repubblica Ceca	20,4
Belgio	30,4	Malta	20,0
Finlandia	30,3	Polonia	19,7
ITALIA	29,8	Estonia	19,2
Regno Unito	29,2	Slovacchia	18,8
Grecia	28,0	Bulgaria	17,2
Irlanda	27,9	Romania	17,1
Portogallo	26,9	Lettonia	16,8
Spagna	25,0	Ue27	29,5

* Comprensiva dei costi di amministrazione.
**Anno 2009 ultimo dato comparato disponibile.

Fonte: INPS, Rapporto Annuale 2011 su dati Eurostat

Nel 2009 la spesa dell'Italia per le prestazioni di protezione sociale erogate ai cittadini è pari al **28,4% del PIL** e in linea con la media dei Paesi UE 27 (tab. 97). Andando ad analizzare le diverse funzioni delle prestazioni di protezione sociale, registriamo significativi scostamenti dalla media UE27. In particolare l'Italia spende per le pensioni di vecchiaia molto di più (17,1% del PIL) rispetto agli altri paesi europei (12,8%), al contrario spende meno per sanità e invalidità.

Nel 2009, a fronte di una spesa dei Paesi UE27 per la sanità pari all'8,4% del PIL, la spesa dell'Italia è stata pari al 7,3% del PIL. Rispetto all'invalidità il livello di spesa dei Paesi Ue27 si attesta nel 2009 al 2,3% del PIL, molto meno il livello di spesa dell'Italia che è pari all'1,7% del PIL.

Nonostante ciò sanità, invalidità civile e le altre prestazioni sociali hanno subito drastiche riduzioni di risorse.

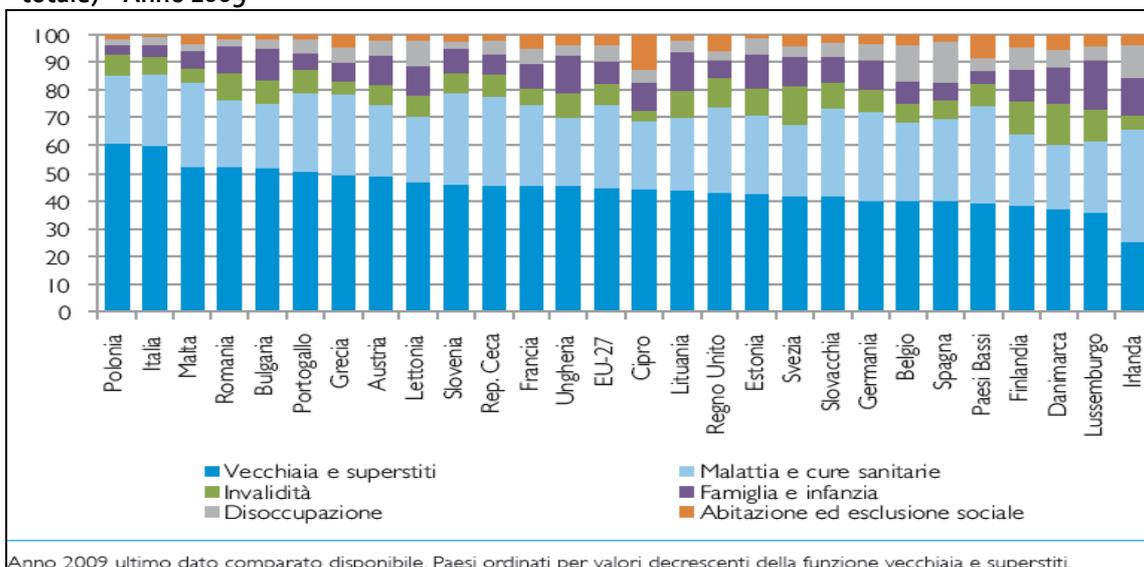
Tabella 97 - Spesa per le prestazioni di protezione sociale* erogate agli utenti suddivise per funzione nei Paesi UE (in % del PIL) – Anno 2009**

PAESE	VECCHIAIA E SUPERSTITI	MALATTIA E CURE SANITARIE	INVALIDITÀ	FAMIGLIA, MATERNITÀ E INFANZIA	DISOCCUPAZIONE	ABITAZIONE ED ALTRI TIPI DI ESCLUSIONE SOCIALE	TOTALE
Austria	14,7	7,6	2,3	3,1	1,8	0,5	29,9
Belgio	11,6	8,2	2,1	2,2	3,8	1,0	28,9
Bulgaria	8,6	3,9	1,4	2,0	0,5	0,2	16,7
Cipro	9,1	5,1	0,8	2,2	1,0	2,5	20,6
Danimarca	12,1	7,6	4,9	4,2	2,2	1,6	32,5
Estonia	8,1	5,4	1,9	2,3	1,2	0,2	19,0
EU-27	12,8	8,4	2,3	2,3	1,7	1,0	28,4
Finlandia	11,3	7,5	3,6	3,3	2,4	1,2	29,4
Francia	14,4	9,4	1,9	2,7	1,9	1,4	31,7
Germania	12,1	9,7	2,4	3,2	1,9	0,8	30,1
Grecia	13,5	8,0	1,3	1,8	1,6	1,1	27,3
Irlanda	6,7	10,7	1,4	3,7	3,1	0,9	26,4
Italia	17,1	7,3	1,7	1,4	0,8	0,1	28,4
Lettonia	7,8	3,9	1,3	1,7	1,6	0,3	16,6
Lituania	9,0	5,4	2,1	2,8	0,9	0,4	20,6
Lussemburgo	8,2	5,8	2,6	4,0	1,3	0,8	22,7
Malta	10,3	6,1	0,9	1,3	0,6	0,6	19,8
Paesi Bassi	11,7	10,3	2,5	1,3	1,5	2,4	29,7
Polonia	11,8	4,8	1,4	0,8	0,4	0,2	19,4
Portogallo	13,0	7,3	2,2	1,5	1,4	0,3	25,6
Regno Unito	12,2	8,7	3,0	1,8	0,8	1,7	28,2
Rep. Ceca	9,1	6,4	1,5	1,4	1,1	0,3	19,8
Romania	8,8	4,2	1,6	1,7	0,4	0,2	16,9
Slovacchia	7,7	5,7	1,7	1,7	1,0	0,4	18,3
Slovenia	11,0	7,8	1,7	2,1	0,6	0,5	23,8
Spagna	9,8	7,3	1,7	1,5	3,7	0,5	24,5
Svezia	13,3	8,0	4,6	3,2	1,3	1,2	31,5
Ungheria	10,5	5,7	2,1	3,0	1,0	0,8	23,0

* Esclusi i costi di amministrazione.
 ** Anno 2009 ultimo dato comparato disponibile.

Fonte: INPS, Rapporto Annuale 2011 su dati Eurostat

Figura 62 - Spesa per le prestazioni di protezione sociale erogate agli utenti nei Paesi UE (in % sul totale) – Anno 2009*



Fonte: INPS, Rapporto Annuale 2011 su dati Eurostat

Rispetto al **finanziamento della protezione sociale** (tab. 98), l'Italia ha un sistema finanziato al 54,6% attraverso i contributi sociali (39% a carico del datore di lavoro e il 15,6% a carico del lavoratore); **il finanziamento pubblico si attesta al 43,8% del totale**. Va segnalato come la percentuale di finanziamento pubblico dell'Italia sia maggiore rispetto al livello medio dei Paesi UE27 (39,1%), nonché al livello di Francia (31,9%) e Germania (35,2%); al contrario il livello di finanziamento attraverso i contributi sociali è inferiore al livello dei paesi UE27 (56,8%).

Tabella 98 - Ripartizione del finanziamento della protezione sociale nei paesi UE (in % del totale del finanziamento)

Fonte: Rapporto Annuale INPS 2011 su dati Eurostat 2009

	FINANZIAMENTO PUBBLICO	CONTRIBUTI SOCIALI			ALTRO	TOTALE
		Totale	A carico del datore di lavoro	A carico del lavoratore		
Austria	34,8	63,4	37,0	26,4	1,7	100,0
Belgio	33,6	63,8	42,7	21,1	2,6	100,0
Bulgaria	48,7	49,6	31,2	18,4	1,8	100,0
Cipro	49,8	38,6	3,3	15,3	11,6	100,0
Danimarca	64,1	31,2	11,1	20,1	4,7	100,0
Estonia	18,0	81,7	77,8	4,0	0,3	100,0
EU-27	39,1	56,8	36,7	20,1	4,1	100,0
Finlandia	45,2	48,4	37,2	11,2	6,5	100,0
Francia	31,9	64,6	43,6	21,0	3,5	100,0
Germania	35,2	62,9	34,0	28,9	1,9	100,0
Grecia	38,3	52,5	31,9	20,6	9,2	100,0
Irlanda	55,4	40,3	24,6	15,7	4,3	100,0
Italia	43,8	54,6	39,0	15,6	1,6	100,0
Lettonia	43,2	55,9	41,7	14,2	0,9	100,0
Lituania	33,0	64,0	48,8	15,2	3,0	100,0
Lussemburgo	45,1	50,3	27,0	3,3	4,6	100,0
Malta	43,4	54,0	37,8	16,2	2,6	100,0
Paesi Bassi	24,7	65,4	33,3	32,0	9,9	100,0
Polonia	18,9	60,7	43,6	17,2	20,4	100,0
Portogallo	44,3	44,7	30,3	14,4	11,0	100,0
Regno Unito	48,9	43,9	32,1	11,8	7,2	100,0
Repubblica Ceca	24,3	74,8	50,3	24,5	0,9	100,0
Romania	48,1	50,6	35,1	15,5	1,3	100,0
Slovacchia	26,7	62,1	42,7	19,4	11,2	100,0
Slovenia	33,2	65,2	26,4	38,8	1,7	100,0
Spagna	43,1	55,5	43,4	12,1	1,4	100,0
Svezia	51,9	46,0	36,4	9,6	2,1	100,0
Ungheria	34,8	52,1	32,8	19,3	13,1	100,0

Nel 2010 la spesa per la protezione sociale in Italia è pari a 413 miliardi di euro (tab. 99), di cui **274 miliardi per la Previdenza** (66,3% della spesa complessiva), **106 miliardi per la Sanità** (25,7% della spesa complessiva) e solo **33 miliardi per l'Assistenza** (8,0% della spesa complessiva).

Per Assistenza intendiamo: invalidità civile e accompagnamento (la parte maggiore di tutta la spesa), nonché le altre prestazioni a carattere sociale in denaro (es. assegni sociali) e natura (es. assistenza domiciliare dei Comuni).

Questo settore di protezione sociale è di fondamentale importanza per promuovere salute e inclusione sociale delle persone portatrici di patologie croniche/rare e più in generale con disabilità. Nonostante l'importanza, le risorse che le vengono assegnate sono davvero esigue, inadeguate al fabbisogno e costantemente in riduzione.

Merita di essere sottolineata la modalità di erogazione della spesa per la protezione sociale, basata quasi totalmente su trasferimenti in denaro anziché sui servizi alla persona: 72,4% in denaro, 27,6% in natura.

Tabella 99 – Spesa per la protezione sociale in Italia, per settore e modalità di erogazione (2010) –MLD di euro

SPESA PER LA PROTEZIONE SOCIALE	Solo amministrazioni pubbliche		Totale istituzioni	
	MLD di euro	%	MLD di euro	%
<i>Settore</i>				
Previdenza	274	66,3	299	67,5
Sanità	106	25,7	106	23,9
Assistenza	33	8,0	38	8,6
Totale	413	100,0	443	100,0
<i>Modalità di erogazione</i>				
In denaro	299	72,4	324	73,1
In natura	114	27,6	119	26,9
Totale	413	100,0	443	100,0

Fonte: elaborazioni IREF su dati ISTAT, Annuario statistico italiano 2011 (Capitolo 5, Conti economici della protezione sociale, tabelle 5.3-5.7, p. 136 e ss.)

6.9.2 - La spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni, tra tagli e disuguaglianze territoriali

Come abbiamo visto, l'assistenza sociale è il settore della protezione sociale al quale sono destinate la minor quantità di risorse. A ciò deve aggiungersi anche la sua profonda eterogeneità in termini di offerta di servizi sul territorio nazionale.

In tal senso la spesa per interventi e servizi sociali delle singole Regioni relativa al 2009 è molto differenziata, indicativa di un **sistema di offerta assistenziale frammentato e certamente non in grado di garantire allo stesso modo e a tutti i cittadini gli stessi diritti e opportunità.**

La **spesa pro capite a livello regionale per interventi e servizi sociali** (tab. 100) varia dai **25,5€ della Calabria**, 35,9€ del Molise, 53,9€ della Campania, 54,7€ della Puglia, 62,3€ dell'Abruzzo, 63€ della Basilicata, 77€ della Sicilia, ai 269,3€ della Valle D'Aosta, 262,2€ del Trentino Alto Adige, 215,1€ del Friuli Venezia Giulia, 199,1€ della Sardegna, 180,1€ dell'Emilia Romagna.

Merita di essere sottolineato come le Regioni con minor spesa procapite per interventi e servizi sociali (Sud), siano anche le stesse Regioni con minor spesa pro capite per l'assistenza sanitaria e quelle con maggior incidenza pro capite dei ticket sanitari e super aliquote.

La spesa pro capite media a livello nazionale, relativa al 2009, è pari a 116,3€.

Importanti differenze di **spesa sociale pro capite** sono riscontrabili anche a livello di singoli Comuni/città metropolitane. La tabella 101 indica nel 2011 valori di spesa sociale pro capite che variano dagli 88€ del Comune di Napoli, 131€ di Genova, 154€ di Bari, ai 434€ di Trieste, 317€ di Milano, 287€, 280€ di Firenze, 274€ di Roma, 270€ di Bologna. di Torino.

La spesa sociale media pro capite delle città metropolitane si attesta nel 2011 a 246€, contro i 257€ del 2010 e i 256€ del 2009: praticamente una spesa sociale in forte contrazione.

REGIONI RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	spesa totale	distribuzione percentuale della spesa	spesa pro-capite
2009			
Piemonte	659.595.067	9,4	148,6
Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste	34.327.655	0,5	269,3
Liguria	225.426.531	3,2	139,5
Lombardia	1.208.044.688	17,3	123,5
Trentino Alto Adige / Südtirol	268.400.947	3,8	262,2
<i>Provincia Autonoma Bolzano / Bozen</i>	<i>114.470.129</i>	<i>1,6</i>	<i>228,4</i>
<i>Provincia Autonoma Trento</i>	<i>153.930.624</i>	<i>2,2</i>	<i>294,7</i>
Veneto	557.496.590	8,0	113,8
Friuli-Venezia Giulia	265.053.809	3,8	215,1
Emilia-Romagna	784.833.085	11,2	180,1
Toscana	509.183.920	7,3	136,9
Umbria	85.585.389	1,2	95,4
Marche	168.714.569	2,4	107,2
Lazio	794.632.450	11,3	140,5
Abruzzo	83.281.890	1,2	62,3
Molise	11.514.635	0,2	35,9
Campania	313.918.559	4,5	53,9
Puglia	223.347.885	3,2	54,7
Basilicata	37.154.128	0,5	63,0
Calabria	51.305.122	0,7	25,5
Sicilia	388.259.782	5,5	77,0
Sardegna	332.818.380	4,8	199,1
Nord-ovest	2.127.393.941	30,4	133,2
Nord-est	1.875.784.431	26,8	162,9
Centro	1.558.116.328	22,2	131,5
Sud	720.522.219	10,3	50,9
Isole	721.078.162	10,3	107,4
Italia	7.002.895.081	100,0	116,3

Fonte: CnAMC – Cittadinanzattiva su Istat, Rapporto Annuale 2012

Tabella 101 - Spesa sociale pro-capite per abitante nelle città metropolitane

Suddivisione pro-capite della spesa sociale per abitante			
Città metropolitane	2009	2010	2011
	Pro-capite	Pro-capite	Pro-capite
Torino*	285	295	287
Milano+	310	303	317
Genova*	142	139	131
Venezia*	281	240	228
Trieste+	410	421	434
Bologna*	326	306	270
Firenze+	257	279	280
Roma+	265	266	274
Napoli+	86	81	88
Bari+	160	196	154
Cagliari+	299	301	nd
Media città metropolitane	256	257	246

Fonte: Rapporto Cittalia Anci 2012

Nel 2011 l'incidenza percentuale della spesa sociale sulla spesa corrente dei Comuni/città metropolitane è stata pari al 17% (tab. 102), in forte diminuzione rispetto al 2010 (18,5%) e al 2009 (18,5%).

Tabella 102 - Spesa corrente e spesa sociale dei comuni. Dato assoluto in milioni di euro e incidenza percentuale della spesa sociale su quella corrente, 2009-2011.

Titolo di spesa	2009			2010			2011		
	Corrente	Sociale	Incidenza %	Corrente	Sociale	Incidenza %	Corrente	Sociale	Incidenza %
Torino*	Nd	nd	21,1	nd	nd	21,2	nd	nd	20,9
Milano*	1.850,9	389,3	21,0	2.252,1	380,2	16,9	2.400,2	398,1	16,6
Genova*	662,3	86,9	13,1	738,6	85,1	11,5	739,7	80,1	10,8
Venezia*	560,3	76,2	13,6	521,6	65,0	12,5	543,1	61,8	11,4
Trieste*	273,2	86,5	31,6	277,9	89,0	32,0	291,3	91,6	31,5
Bologna*	501,6	121,1	24,1	494,6	113,7	23,0	496,6	100,1	20,2
Firenze*	492,5	91,5	18,6	491,0	99,3	20,2	486,4	99,8	20,5
Roma*	4.142,0	674,0	16,3	3.657,1	676,9	18,5	4.530,4	696,6	15,4
Napoli*	1.658,8	86,9	5,2	1.554,4	81,5	5,2	1.407,4	88,5	6,3
Bari*	312,1	50,6	16,2	322,8	62,1	19,2	312,9	48,8	15,6
Cagliari*	216,0	49,2	22,8	211,0	49,5	23,5	nd	nd	nd
Media città metropolitane	1.067,0	171,2	18,5	1.052,1	170,2	18,5	1.245,3	185,0	17

Fonte: Rapporto Cittalia Anci 2012

+ Dati provenienti dalla rilevazione effettuata da Anci-Cittalia per "La spesa sociale dei comuni", anno 2012.

*Dati provenienti dalla rilevazione effettuata da Anci-Cittalia per "I comuni e la crisi", anno 2011.

Ires Morosini L., 2011.

Andando a verificare la ripartizione della spesa sociale dei Comuni per area di utenza con riferimento al 2008 (tab. 103), possiamo verificare come la maggior quantità di risorse siano destinate a famiglie e minori (40,3%), seguono le persone con disabilità (21,1%) e gli anziani (21,2%). Destina più risorse per l'assistenza agli anziani il Nord (22,3%), segue il Sud (19,9%), il Centro (19,6%) e le Isole (19,2%).

Al contrario destinano più risorse alla disabilità le Isole (29,1%), segue il Nord (21,7%), il Centro (18,9%) e il Sud (15,9%).

Tabella 103 – Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni per area di utenza e ripartizione geografica – Anno 2008 (composizione percentuale)

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	AREA DI UTENZA							Totale
	Famiglie e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora	Multiutenza	
Nord-ovest	40,9	20,5	0,5	22,4	2,6	6,5	6,6	100,0
Nord-est	36,3	23,0	1,0	22,3	3,1	6,4	7,9	100,0
Centro	43,1	18,9	0,7	19,6	3,7	8,5	5,5	100,0
Sud	43,3	15,9	1,0	19,9	1,6	12,3	6,0	100,0
Isole	39,2	29,1	0,7	19,2	1,1	7,7	3,0	100,0
ITALIA	40,3	21,1	0,7	21,2	2,7	7,7	6,3	100,0

Fonte: IREF – Istat, Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni

Indicativi i dati che emergono dall'analisi delle fonti di finanziamento della spesa sociale dei Comuni relativa al 2009 (tab. 104). La maggiore fonte di finanziamento è rappresentata dalle risorse proprie dei Comuni (62,7%), seguono i fondi regionali vincolati per le politiche sociali (15,2%) e il Fondo indistinto nazionale per le politiche sociali (14,6%). Con riferimento a quest'ultimo evidenziamo come la sua incidenza vari in modo rilevante in base all'area geografica: 25,4% per le Isole, 19,3% per il Sud, circa il 13% per il Nord, 11,7% per il Centro. Allo stesso modo la percentuale di finanziamento derivante dalle risorse proprie dei Comuni è molto eterogenea: Isole 38,5%, Sud 56,1%, 67,2% il Centro, circa il 65% il Nord. In altre parole per le Isole e il Sud Italia il Fondo indistinto nazionale per le politiche sociali è fondamentale per garantire il mantenimento degli interventi e servizi sociali erogati dai relativi Comuni e non accentuare ulteriormente le differenze già esistenti in termini di offerta dei servizi.

Tabella 104 – Spesa sociale dei Comuni per ripartizione geografica e fonte di finanziamento – Anno 2009 (composizione percentuale)

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Fondo indistinto per le politiche sociali	Fondi regionali vincolati per le politiche sociali	Fondi vincolati per le politiche sociali dallo Stato o dall'Unione europea (c)	Altri trasferimenti da Enti pubblici	Trasferimenti da fondi privati	Risorse proprie dei Comuni	Risorse proprie degli Enti associativi	Totale
	(a)	(b)	(c)					
Nord-ovest	11,6	12,2	2,1	2,2	1,4	67,9	2,6	100,0
Nord-est (d)	14,9	14,1	2,0	2,8	1,5	63,0	1,7	100,0
Centro	11,7	14,1	1,9	2,0	1,3	67,2	1,8	100,0
Sud	19,3	15,5	5,6	2,0	0,3	56,1	1,2	100,0
Isole	25,4	32,3	2,2	1,2	0,4	38,5	-	100,0
Italia	14,6	15,2	2,3	2,2	1,2	62,7	1,8	100,0

Fonte: Istat, Rapporto Annuale 2012

Come sappiamo, però, negli ultimi anni i Fondi nazionali per gli interventi a carattere sociale hanno subito importanti riduzioni di risorse, e per alcuni ambiti veri e propri azzeramenti (tab. 105). E' il caso del Fondo nazionale per la non autosufficienza che dal 2011 è stato cancellato, mentre il Fondo nazionale per le Politiche Sociali è passato da 380,2 milioni di euro del 2010 ai 178,5 del 2011, con una riduzione pari ad oltre il 50%.

Queste riduzioni/azzeramenti di risorse sommate agli effetti delle riduzioni di trasferimenti erariali, sempre nei confronti dei Comuni, e dei vincoli stabiliti dal Patto di stabilità interno, come afferma anche l'Istat nel suo Rapporto Annuale 2012, "a parità di efficienza nella gestione dell'offerta dei servizi, inibiscono non solo l'avvio di nuove iniziative, ma anche la conservazione dei livelli di offerta già raggiunti".

Effetti negativi ancora più marcati, in termini di offerta di servizi, per i Comuni delle Isole e del Sud, dove abbiamo verificato che il Fondo indistinto nazionale per le Politiche sociali risulta decisivo per la garanzia dei servizi a carattere sociale resi ai cittadini.

Tabella 105 – Finanziamenti statali per le politiche sociali 2008-2011

FONDI NAZIONALI	Finanziamenti 2008	Finanziamenti 2009	Finanziamenti 2010	Finanziamenti 2011
Fondo Nazionale Politiche Sociali	670,8	518,2	380,2	178,5
Fondo Naz. Famiglia e Servizi Infanzia	197,0*	200,0*	100,0	-----
Fondo Politiche Giovanili	-----	-----	37,4	-----
Fondo Pari opportunità	64,4	30,0	-----	-----
Fondo Nazionale Non Autosufficienze	299,0	399,0	380,0	-----
Fondo sostegno affitti	205,6	161,8	143,8	32,9
TOTALE	1.436,8	1309,0	1041,4	211,4
	100	92,0	73,4	14,9

* comprensivo di 100,0 milioni per i servizi socio-educativi per la prima infanzia non rifinanziati dal 2010.

Fonte: Rapporto Cittalia Anci 2012

E' evidente quindi la necessità di garantire un adeguato rifinanziamento di tutti i fondi nazionali a carattere sociale, che come abbiamo visto sono fondamentali per continuare a garantire l'offerta pubblica degli interventi e servizi sociali su tutto il territorio nazionale e in

particolare nel Mezzogiorno, dove peraltro vi è una maggiore incidenza di povertà relativa e un maggior tasso di disoccupazione.

Inoltre un adeguato finanziamento pubblico a favore delle politiche sociali risulta necessario visto l'aumento costante dell'indice di vecchiaia della popolazione italiana, la diffusione delle patologie croniche e delle condizioni di non autosufficienza.

Un segnale positivo in questo senso arriva **dall'art. 23 comma 8 della legge 7 agosto 2012 n.135**, di conversione del DL 6 luglio 2012 n.95 (spending review), con il quale viene previsto il finanziamento pari a 658 milioni di euro per l'assistenza domiciliare a carattere sociale, "prioritariamente nei confronti delle persone gravemente non autosufficienti, inclusi i malati di sclerosi laterale amiotrofica".

Conclusioni e proposte

Dal Rapporto emerge chiaramente come l'attuale sistema di protezione sociale non sia orientato al mantenimento della condizione di autosufficienza della persona anziana. Inoltre, nel momento in cui le condizioni di non autosufficienza o di cronicità si manifestano, il sistema non è in grado, tranne alcune realtà regionali, di farsene carico e di gestirle.

In altre parole oggi è davvero molto difficile, se non impossibile, invecchiare attivamente.

In tal senso pesano negativamente gli scarsi investimenti in prevenzione, l'attuale inadeguatezza dell'assistenza sanitaria territoriale (tranne alcune realtà) e del sistema degli interventi di carattere sociale, nonché la difficoltà ad accedere alle terapie/dispositivi più innovativi in grado di ridurre il tasso di disabilità correlato alla patologia.

Questo è il risultato che di anni di politiche basate essenzialmente su riduzioni lineari delle risorse sanitarie e sociali, anziché su politiche volte a riorganizzare, riformare e programmare il sistema, adeguandolo alle sfide che deve e dovrà sempre più affrontare, come l'invecchiamento della popolazione, le patologie croniche e la non autosufficienza.

I tagli drastici ai finanziamenti statali per le politiche sociali e le riduzioni di risorse destinate al Fondo Sanitario Nazionale, con particolare riferimento agli anni 2012-2015, previste con la spending review, complicano una situazione già molto difficile. In tal senso esiste una situazione di particolare allarme per il Mezzogiorno, dove, tranne alcune eccezioni, l'assistenza territoriale e il sistema di interventi e servizi sociali dei Comuni sono particolarmente carenti, senza parlare di livelli di ticket e super aliquote ormai inaccettabili. A fronte di una costante riduzione dell'intervento pubblico, si scarica sempre più sulla famiglia il carico assistenziale dell'anziano malato cronico, anche dal punto di vista economico. La **famiglia, vero pilastro del Welfare**, per fare fronte a questa necessità si trova a dover rinunciare in molti casi al proprio lavoro con un impatto negativo sull'economia generale del Paese. E' evidente quindi che un sistema di Welfare virtuoso e adeguatamente finanziato non rappresenta certamente un costo per il Paese ma al contrario un fattore di sviluppo e un volano per l'economia.

Ciò premesso, le proposte che il Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC) di Cittadinanzattiva intende avanzare sono le seguenti:

- definire e approvare i Livelli Essenziali di Assistenza Sociale (LIVEAS);
- rifinanziare i Fondi nazionali a carattere sociale, con particolare riguardo al Fondo Nazionale per le Politiche sociali;
- prevedere l'obbligatorietà di un unico momento per l'accertamento dei requisiti sanitari per il riconoscimento dell'invalidità civile e delle relative indennità economiche, evitando così al cittadino l'attuale doppia visita;
- riorganizzare, potenziare e avviare un'attività di valutazione dell'assistenza sanitaria territoriale. In particolare si auspica per i MMG la diffusione della medicina associativa e la completa informatizzazione. Per l'assistenza domiciliare integrata, per l'assistenza residenziale e semiresidenziale, nonché per la riabilitazione, si auspicano livelli uniformi di offerta assistenziale su tutto il territorio nazionale;
- eliminare i Prontuari Terapeutici Ospedalieri Regionali *vincolanti*, al fine di garantire uniformemente i LEA definiti dall'AIFA in ambito farmaceutico;

- prevedere forme permanenti di coinvolgimento delle Organizzazioni civiche di tutela del diritto alla Salute nelle politiche farmaceutiche;
- aggiornare l'elenco ministeriale delle patologie croniche e invalidanti, l'elenco delle patologie rare, nonché il nomenclatore tariffario dei presidi, delle protesi e degli ausili.

Nota metodologica

La prima e la terza parte del presente Rapporto sono state realizzate attraverso la seguente metodologia:

- attività preliminare, durata un anno, di ricognizione dei dati disponibili prodotti (dal 2011 ad oggi) da soggetti istituzionali, Università, Enti di ricerca, Organizzazioni nazionali e internazionali, etc...;
- analisi di tutto il materiale disponibile selezionato, oltre trenta Rapporti;
- selezione dei dati utili;
- elaborazione e inserimento dati;
- attività di analisi civica e commento dei dati.

La seconda parte del Rapporto è stata realizzata attraverso una ricognizione che ha interessato 28 Organizzazioni nazionali di persone affette da patologia cronica e rara (rappresentative di oltre 100.000 cittadini).

La griglia di rilevazione utilizzata è stata messa a punto dal Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC) di Cittadinanzattiva ed inoltrata alle Organizzazioni che hanno partecipato al Rapporto.

Ciascuna Organizzazione ha provveduto a compilare la griglia di rilevazione tenendo in considerazione le segnalazioni ricevute dai cittadini, sul territorio nazionale, nel corso del 2011.

I risultati della ricognizione realizzata con il contributo delle Organizzazioni dei pazienti, integrati con i dati della prima e terza parte del Rapporto, completano la fotografia delle cronicità in Italia, con particolare riferimento alla fascia di popolazione anziana. Il numero di Organizzazioni consultate non consente di disporre di un campione statistico sufficientemente rappresentativo e quindi i dati contenuti nella seconda parte del Rapporto non possono essere considerati come rappresentativi dell'intero contesto nazionale. Tuttavia, la limitatezza delle fonti d'informazione, non diminuisce il valore dei dati contenuti nel Rapporto, poiché devono essere considerati come indicatori delle questioni di maggior rilievo di cui tener conto.

Le Associazioni che hanno partecipato al Rapporto

AIC - Associazione Italiana per la lotta contro le Cefalee onlus	ANMAR – Associazione nazionale malati reumatici
AICH Roma Onlus - Associazione Italiana Corea di Huntington Roma Onlus	APRO - Associazione Pazienti Riceventi Organi
AICI - Associazione Italiana Cistite Interstiziale	AS.MA.RA. -Associazione Malattia Rara - Sclerodermia e altre Malattie Rare
AID - Associazione Italiana per la Difesa degli Interessi dei Diabetici	ASCE - Associazione Sarda Coagulopatici Emorragici
AIFP - Associazione Italiana Febbri Periodiche	Associazione Malati di Reni onlus
AIMA - Associazione Italiana Malattia di Alzheimer	Associazione Bianco Airone pazienti onlus
AISLA - Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica	AIP BPCO - Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus
AISM - Associazione Italiana Sclerosi Multipla	Associazione EpaC onlus
Associazione Nazionale Alfa1-At, onlus	FAIS - Federazione Associazioni Incontinenti e Stomizzati Onlus
ALIR - Associazione per la lotta contro l'insufficienza respiratoria	FAND - Associazione Italiana Diabetici
AMICI Onlus - Associazione Nazionale Malattie Infiammatorie Croniche dell'Intestino	FEDEMO - Federazione delle Associazioni Emofilici Onlus
A.N.I.Ma.S.S. - Associazione Nazionale Italiana Malati Sindrome di Sjogren	GILS - Gruppo Italiano per la Lotta alla Sclerodermia
A.N.I.O. - Associazione Nazionale per le Infezioni Osteo articolari	LIOS - Lega Italiana Osteoporosi onlus
	SIMBA - Associazione Italiana Sindrome e Malattia di Behcet
	WALCE - Women Against Lung Cancer onlus

Ringraziamenti

La realizzazione del Rapporto è stata possibile grazie ai preziosi contributi forniti dalle ventotto associazioni di pazienti coinvolte.

Un grazie particolare a tutte le ottantasei organizzazioni che compongono il Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC) di Cittadinanzattiva, sia per l'impegno con il quale portano avanti le attività del Coordinamento, sia per il bagaglio tecnico e politico che hanno fornito nella fase di realizzazione del Rapporto.

Ringraziamo Uniamo – Federazione Italiana Malattie Rare per aver diffuso al suo interno il questionario per la rilevazione dei dati.

Un ringraziamento particolare a Sabrina Nardi (Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva) per aver fornito la preziosa attività di consulenza nella fase di strutturazione del Rapporto e definizione/validazione della griglia di rilevazione inviata alle associazioni.

Grazie a Mariadonata Bellentani, Elisa Guglielmi e Mimma Cosentino dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) per il contributo scritto fornito: "La cronicità in alcuni Piani Sanitari o Sociosanitari Regionali".

Grazie a Liberata Dell'Arciprete, segretario regionale di Cittadinanzattiva Lombardia, Paolo Messina, responsabile del Coordinamento regionale delle Associazioni dei Malati Cronici di Cittadinanzattiva Lombardia, per il contributo scritto fornito: "il punto di vista civico sul modello CREG (Chronic Related Group) della Regione Lombardia".

Ringraziamo inoltre, per il supporto fornito: Vanessa Sansone, Giulia Mannella e Carla Berliri del Tribunale per i diritti del Malato – Cittadinanzattiva, nonché Salvatore Zuccarello del Servizio PiT Salute di Cittadinanzattiva e Valeria Fava del back office di Cittadinanzattiva.

Ringraziamo Cinzia Dottori per l'attività di Networking di Cittadinanzattiva.

Ringraziamo per la supervisione Antonio Gaudio (Segretario Generale di Cittadinanzattiva), Anna Lisa Mandorino (Vice Segretario Generale di Cittadinanzattiva), Francesca Moccia (Vice Segretario Generale di Cittadinanzattiva), Marco Frey (Presidente di Cittadinanzattiva), Giuseppe Scaramuzza (Coordinatore nazionale del Tribunale per i diritti del malato di Cittadinanzattiva).

Il lavoro di editing è stato assicurato da Alessandro Cossu, Aurora Avenoso e Nicoletta Cannata, dell'ufficio stampa e comunicazione.

Grazie inoltre agli staff degli uffici di Cittadinanzattiva che hanno reso possibile la realizzazione e diffusione del presente lavoro: Comunicazione e stampa (Alessandro Cossu, Aurora Avenoso, Nicoletta Cannata, Giacomo D'Orazio), Organizzazione (Linda Cocciolo, Alessandro Capudi, Loredana Ridolfi e Giuliana Gubbiotti), Raccolta fondi (Roberta Romano e Anna Lena Dobellini), Relazioni istituzionali (Vittorino Ferla e Valentina Condò).

