

# XI RAPPORTO NAZIONALE SULLE POLITICHE DELLA CRONICITÀ

È stato presentato a Roma il 16 ottobre scorso l'XI Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità **Emergenza famiglie: l'insostenibile leggerezza dell'essere** realizzato dal Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici di Cittadinanzattiva, con il sostegno non condizionato di MSD Italia, che si inserisce nell'anno europeo dell'invecchiamento attivo e la solidarietà tra generazioni, dei quali riportiamo i principali risultati.

## Anziani malati cronici: il peso grava sulle spalle delle famiglie

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, ossia 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, dopo la Germania.

Nel 2011 in Italia 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 in su: 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%) e Calabria (40,3%). Seguono Abruzzo (39,9%), Lombardia (39,5%), Molise (39,4%) e Veneto (39,2%).

Le Regioni con maggiore incidenza di diabete sono la Basilicata (7,8%) e la Calabria (7,6%), di ipertensione la Calabria (19,2%) e la Liguria (19,9%), di bronchite cronica e asma bronchiale l'Umbria (7,2%), il Lazio (7,0%) e la Sardegna (7,0%), di artrosi e artrite l'Umbria (21,4%), la Basilicata (21,1%), la Calabria (21,9%) e la Sardegna (21,1%), di 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 di 5,4

anni per gli uomini, attestandosi nel 2011 a 79,4 anni, e di 3,9 anni per le donne, diventando 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 questa fascia di popolazione (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 il

**SPESE ANNUALI SOSTENUTE IN MEDIA PRIVATAMENTE DA UNA FAMIGLIA CON UN ANZIANO MALATO CRONICO**

Badante	8488 €
Visite specialistiche o attività riabilitative a domicilio	3718 €
Acquisto di protesi ed ausili	944 €
Retta delle strutture residenziali e/o semiresidenziali	13.946 €
Visite specialistiche effettuate in regime privato o intramurario	855 €
Esami diagnostici effettuati in regime privato o intramurario	1034 €
Acquisto di farmaci necessari e non rimborsati dal SSN	1127 €
Acquisto di parafarmaci (per esempio, integratori alimentari, dermocosmetici, creme, pomate, lacrime artificiali, etc.)	1297 €

Fonte: XI Rapporto CnAMC-Cittadinanzattiva

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 portafogli. 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 8488 euro per il supporto assistenziale integrativo alla persona, 1127 euro per farmaci non rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale, 1297 euro per l'acquisto di parafarmaci, 3178 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 manteni-

mento 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 renderle 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 medico di medicina generale 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 medico di medicina generale non si integra con lo specialista, mentre per il 59,2% non informa il paziente, i familiari e il caregiver sulla corretta gestione della patologia. Per il 72,4% delle associazioni il medico di medicina generale 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 medico di medicina generale 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 poco 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 riscontra la mancanza di azioni per il mantenimento dell'autosufficienza, mentre il 54,1% presta poca attenzione alla 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 sociosanitaria 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 e per il 62,5% delle associazioni 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%. È 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 alle 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 asso-

ciazioni riscontra che i cittadini sono costretti a effettuare una doppia visita di accertamento (ASL e INPS) a causa, tra l'altro, dell'assenza del medico INPS nelle Commissioni ASL (48% 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 non possono essere impugnati dopo il primo grado di giudizio.

### Politiche pubbliche sanitarie e sociali

Particolarmente preoccupanti i dati che emergono dall'analisi civica delle politiche pubbliche sanitarie e sociali. Queste 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 sociosanitarie 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 Servizio Sanitario Nazionale, 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 Servizio Sanitario Nazionale. 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 Servizi Sanitari Regionali.

### I principali dati di spesa

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 7529 euro. 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 euro, la Danimarca di 13.473 euro, l'Austria di 10.105 euro, la Francia di 9676 euro, la Germania di 9097 euro.

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 2964 euro, inferiore alla media OCSE di 3268 euro.

Nel 2011 il finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale si è attestato a 111,110 miliardi di euro. 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.

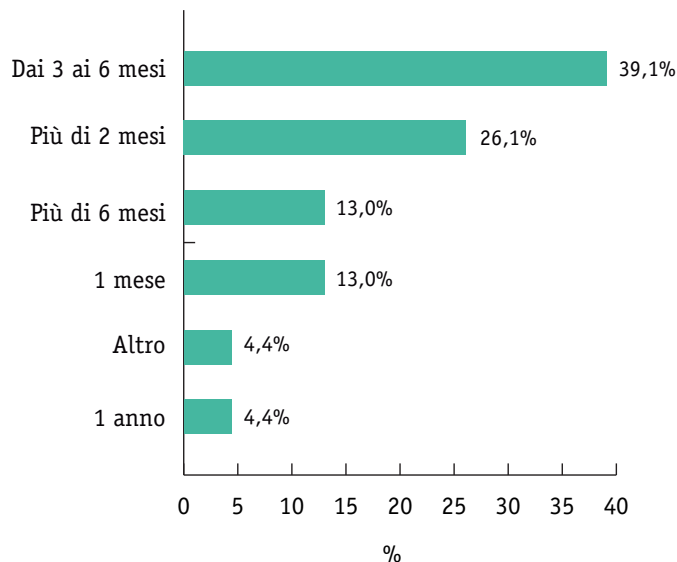
Il rapporto tra la spesa per il Servizio Sanitario Regionale e il PIL è pari al 7,1% nel 2011, per la prima volta in diminuzione rispetto all'anno precedente (nel 2010 era pari al 7,2%).

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, -1800 milioni di euro per il 2013, -2000 milioni di euro per il 2014, -2100 milioni di euro a decorrere dal 2015, per un totale di riduzioni di risorse relative 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 pro capite regionale nel 2011 è pari a 1851 euro. Le Regioni con spesa pro capite più bassa sono Campania (1710 euro), Sicilia (1729 euro), Puglia (1731 euro), Calabria (1704 euro), Abruzzo (1751 euro).

È evidente che spendere meno non vuol dire sempre spendere meglio.

Tempo massimo di accesso per il ricovero in una struttura residenziale e/o semiresidenziale in Italia. Fonte: XI Rapporto CnAMC-Cittadinanzattiva.



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 euro della Sardegna ad un massimo di 181 euro 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 macrolivelli di assistenza (ospedaliera, prevenzione e distrettuale), va sottolineato che si investe ancora troppo poco nella prevenzione: solo 4,19% del Fondo Sanitario Nazionale (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 certificati anche dall'analisi della 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 medici 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 2073 dell'Emilia-Romagna, ai 2037 del Friuli Venezia Giulia. 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 2686, anche qui con profonde differenze regionali: si passa dalle 648 strutture della Lombardia, alle 31 di Calabria e Abruzzo.

Le strutture semiresidenziali per gli anziani sono complessivamente 685, presenti in sole 13 Regioni, con valori che variano tra 251 strutture della Lombardia, 204 dell'Emilia-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 a 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 1026 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 (3207 milioni di euro). Anche la spesa privata per farmaci da automedicazione cresce rispetto al 2010 del +0,4% e si attesta a 2113 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 Fondo Sanitario Nazionale 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 al 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 complessivo, 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 dai 539 milioni di euro del 2007 ai 1337 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 euro della PA Trento, ai 31,96 euro 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 *Gazzetta Ufficiale* 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 euro della Calabria, ai 269,3 euro della Valle D'Aosta, ai 180,1 euro dell'Emilia-Romagna.

Merita di essere sottolineato come le Regioni con minor spesa pro capite 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 euro del Comune di Napoli, ai 434 euro di Trieste.

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

Le riduzioni/azzeramenti dei fondi statali a carattere sociale insieme agli effetti delle riduzioni dei 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 è decisivo per la garanzia dei servizi a carattere sociale resi ai cittadini.

### 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 di anni di politiche basate essenzialmente su riduzioni lineari delle risorse sanitarie e sociali, anziché sulla riorganizzazione, riforma e programmazione del 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. È 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 medici di medicina generale 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'AlFA 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.

**Tonino Aceti e Maria Teresa Bressi**

*Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici  
Cittadinanzattiva*