

ABSTRACT

# Rapporto civico sulla salute

2024



con la collaborazione di



con il contributo non condizionato di **sanofi**

## Premessa

Cittadinanzattiva, attraverso questo III *Rapporto civico sulla salute*, ha voluto analizzare ancora una volta il grado di esigibilità degli elementi fondanti del Servizio sanitario nazionale - universalità, solidarietà ed equità, intesa come “l’assenza di differenze ingiuste ed evitabili” - e cogliere e restituire la sua complessità organizzativa e la capacità da parte delle Regioni di fornire risposte in termini di servizi e assistenza ai cittadini.

Il Rapporto nasce con l’idea di evidenziare criticità e punti di forza del Ssn nella sua articolazione regionale: per questo da tre anni abbiamo voluto integrare **le nostre maggiori fonti di informazione civica, quelle del tradizionale *Rapporto Pit Salute***, che analizzava le segnalazioni spontanee dei cittadini raccolte dai tanti Punti di tutela di Cittadinanzattiva sul territorio, **con quelle dell’*Osservatorio civico sul federalismo in sanità***, che provengono dalla nostra attività annuale (monitoraggi, indagini civiche, survey) e dallo studio delle informazioni prodotte da altri soggetti del mondo istituzionale, accademico o della ricerca. L’obiettivo è quello di mostrare come si traduce oggi il diritto alla salute dei cittadini nel complesso sistema del federalismo sanitario.

Nel Rapporto vengono analizzate e approfondite le macroaree relative ad **Accesso alle prestazioni, Accesso ai farmaci, Prevenzione, Assistenza sanitaria territoriale, Assistenza ospedaliera e sicurezza delle cure**, integrate con due **Focus su Innovazione e digitalizzazione in sanità e Fragilità e non autosufficienze**.

La prospettiva di Cittadinanzattiva non è cambiata rispetto agli scorsi anni e anche nel presente Rapporto si vuole ribadire l’impegno finora profuso nel monitorare lo stato del Ssn per essere interlocutori attenti ed effettivi nel governo della sanità pubblica e rafforzare per il cittadino non solo il ruolo di destinatario, ma soprattutto di *attore della salute* a garanzia primaria dei suoi stessi diritti e in attuazione dei principi costituzionali di partecipazione e di sussidiarietà.

## 1. Dati generali: le segnalazioni dei cittadini

Ogni anno il servizio Pit Salute di Cittadinanzattiva raccoglie nel corso della propria attività di consulenza, assistenza e tutela gratuite le segnalazioni provenienti dai cittadini alle prese con i servizi sanitari pubblici e privati. Il Rapporto civico contiene dunque l'elaborazione dei contatti raccolti e gestiti dalle sedi del Tribunale per i diritti del malato presenti negli ospedali e dai servizi Pit Salute locali nel periodo compreso tra il 1° gennaio e il 31 dicembre 2023. Le segnalazioni elaborate sono in totale 24043 (+ 9971 rispetto al 2022): ciò che distingue il Rapporto di Cittadinanzattiva è proprio la possibilità di analizzare informazioni caratterizzate dal "punto di vista civico", vale a dire dal "punto di osservazione" dal quale i cittadini guardano ai fenomeni del Servizio sanitario e alla sua capacità di risposta ai loro bisogni.

### Trend delle segnalazioni dei cittadini negli ultimi cinque anni

Come ogni anno, per avviare l'analisi delle segnalazioni raccolte da Cittadinanzattiva, può essere utile partire dai "trend" rilevati nei cinque anni precedenti (2018-2023) in ciascuna macroarea. Emerge immediatamente il consolidarsi, quale oggetto delle segnalazioni più ricorrenti, del tema dell'**accesso alle prestazioni**, con una forchetta di percentuale che varia dal 26,5% del 2018 al 32,4% nel 2023. Negli ultimi 3 anni (2021-2023), in particolare, le segnalazioni relative all'accesso alle prestazioni sono aumentate di 8,6 punti percentuali.

**Le cure primarie**, la voce relativa al rapporto tra i cittadini e i medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta, alla continuità assistenziale e al raccordo ospedale-territorio, mostra un trend in forte crescita negli ultimi cinque anni (si passa dal 5,4% del 2018 al 14,2% del 2023). È per questa ragione che le segnalazioni relative alle cure primarie, che negli anni passati erano incluse nella macroarea dell'assistenza territoriale e in tale settore resteranno trattate nel capitolo di approfondimento, sono state estratte per mostrare come nel corso degli ultimi cinque anni le cure primarie siano diventate particolarmente critiche per i cittadini. Stabili rispetto al 2022 le segnalazioni relative all'**assistenza ospedaliera** (Pronto soccorso, ricoveri e dimissioni), che mostrano però un trend in crescita negli ultimi cinque anni (la forchetta percentuale passa dal 10,4% del 2018 al 13,3% del 2023). **La prevenzione**, ambito per il quale è possibile un confronto dei trend soltanto degli ultimi tre anni poiché è dal 2021 che è stato inserito tra i settori di approfondimento del nostro Rapporto, mostra una forte flessione (si passa dal 19,7% di segnalazioni del 2021 all'8,6% del 2023): ma questa diminuzione è dovuta principalmente al fatto che, per il 2021 e il 2022, questa voce era fortemente influenzata dalla situazione pandemica, dall'impatto delle vaccinazioni anti-covid e dalle difficoltà delle campagne vaccinali. A seguire, con uno stacco significativo in termini di punti percentuali, le segnalazioni relative a **sicurezza delle cure** (la forchetta di percentuale varia dal 10,5% del 2018 al 5,6% del 2023), assistenza protesica e integrativa (trend stabile dal 1,7% del 2018 al 2% del 2023) e relazione con gli operatori sanitari, ossia l'umanizzazione delle cure (trend in diminuzione dal 2,8% del 2018 al 1,9% del 2023).

In considerazione del significato da sempre attribuito alle segnalazioni quali "termometro" del rapporto quotidiano tra cittadini e Servizio sanitario, possiamo dunque affermare che il problema più avvertito da essi è, trasversalmente a tutte le macroaree di indagine, quello dell'accesso, capace per la sua portata di mettere in secondo piano ambiti come quello della

sicurezza o della relazione con gli operatori sanitari che, pure, dai dati ufficiali e dal resto delle attività di Cittadinanzattiva rivelano comunque criticità e trend in peggioramento. Ma avere *la percezione di trovare chiusa la porta di accesso al Servizio sanitario* - a causa delle difficoltà rilevate nell'ambito delle cure primarie, della situazione, talvolta drammatica, del Pronto soccorso, delle lunghe liste di attesa - scolora gli altri problemi, pur rilevanti, e impedisce anche di cogliere miglioramenti e/o innovazioni o di assumere un atteggiamento fiducioso nelle riforme in corso che, pure, almeno potenzialmente, potrebbero offrire un utile contributo proprio al superamento dei problemi di accesso. Il fatto che l'emergenza pandemica sia terminata non è stato utile, purtroppo, a recuperare lungaggini e difficoltà di accesso ai servizi del Ssn da parte dei cittadini: anzi, nel 2023, la situazione è peggiorata con un aumento delle segnalazioni del 2,8%. Restano anche in questo anno particolarmente rilevanti quelle relative al Pronto soccorso: i cittadini, non trovando risposte nel territorio e non riuscendo ad accedere alle prestazioni in maniera ordinata e ordinaria, si rivolgono al Pronto soccorso anche senza che vi sia una reale urgenza e/o per bisogni, anche socio-sanitari, che altre strutture e altri servizi dovrebbero garantire. Ricorso inappropriato e carenza di personale si riverberano automaticamente sulla qualità delle prestazioni, segnalata spesso come inadeguata. Le conseguenze sono talvolta gravissime: purtroppo, anche nel 2023, la situazione del Pronto soccorso è spesso stata al centro delle cronache a causa di deprecabili episodi di aggressione al personale sanitario in servizio, specchio di una situazione da considerare ormai "al limite" all'interno delle strutture di Emergenza-urgenza.

## Sintesi dei principali risultati

Nel 2023 la criticità che ha più *afflitto* i cittadini che si sono rivolti a Cittadinanzattiva è quella relativa all'**accesso alle prestazioni** (32,4%), trasversale rispetto a tutte le macroaree analizzate. Nei vari ambiti le segnalazioni rivelano poi criticità specifiche, essendo rilevanti, seppur con uno scarto notevole in termini di percentuale, quelle relative a **cure primarie** (14,2%), **assistenza ospedaliera** (13,3%), **assistenza sanitaria di prossimità** (11,1%), **prevenzione** (8,6%), **sicurezza delle cure** (5,6%), **ticket per spesa privata** (4,7%).

Seguono, con percentuali meno significative, ma che sono comunque indicative di difficoltà, disagi o di "eventi-sentinella", segnalazioni nell'**assistenza protesica e integrativa** (2%), **umanizzazione e relazione con operatori sanitari** (1,9%), **accesso alle informazioni e documentazione** (1,7%), **assistenza previdenziale** (1,4%). In coda le segnalazioni relative ad **assistenza farmaceutica** (0,8%), **innovazione e digitalizzazione** (0,7%), **malattie rare** (0,6%), **salute per migranti** (0,4%), **mobilità sanitaria** (0,2%).

## 2. Accesso alle prestazioni

In considerazione dell'impatto delle segnalazioni ricevute dai cittadini in merito all'accesso al Servizio sanitario, e al suo impatto trasversale a tutte le macroaree analizzate, nel III Rapporto civico sulla salute vengono analizzati, attraverso i dati disponibili, alcuni fenomeni direttamente connessi al tema dell'accesso, che a volte possono esserne concausa e a volte conseguenza. Sicuramente, la conseguenza più iniqua e drammatica del mancato accesso è la rinuncia alle cure. Ma il Rapporto accende un faro su altre tipologie di fenomeni che è utile indagare se si vuole lavorare per un miglioramento delle condizioni di accessibilità dei servizi sanitari.

### Rinuncia alle cure

La quota delle persone che hanno dovuto fare a meno delle cure ammonta al 7,6% dell'intera popolazione nel 2023, in aumento rispetto al 7,0% dell'anno precedente. Con 372 mila persone in più, si raggiunge un contingente di circa 4,5 mln di cittadini che hanno dovuto rinunciare a visite o accertamenti per problemi economici, di liste di attesa o di difficoltà di accesso, anche territoriale. La quota della rinuncia alle prestazioni sanitarie cresce, ovviamente, con l'aumentare dell'età: nel 2023, partendo dall'1,3% rilevato tra i bambini fino ai 13 anni, la quota mostra un picco nell'età adulta tra i 55-59enni, dove raggiunge l'11,1%, per restare elevata tra gli anziani di 75 anni e più (9,8%). Tuttavia, l'incremento tra il 2022 e il 2023 riguarda solo la popolazione adulta (18-64 anni), che passa dal 7,3% all'8,4%.

Si confermano le ben note differenze di genere: **la quota di rinuncia è pari al 9,0% tra le donne e al 6,2% tra gli uomini, con un divario che si amplia ulteriormente nell'ultimo anno per l'aumento registrato tra le donne adulte.**

Sul territorio, l'incremento del 2023 rispetto all'anno precedente si concentra soprattutto al Centro (dal 7,0% all'8,8%) e al Sud (dal 6,2% al 7,3%), mentre il Nord con 7,1% mantiene lo stesso livello del 2022. Sono poche le Regioni che nel 2023 tornano a livelli più bassi del 2019, sebbene qualcuna sia anche riuscita a ridurli ulteriormente. **Nel Mezzogiorno, spicca la Calabria che ha ridotto la quota di persone che rinunciano alle prestazioni rispetto al 2019 (-3 p.p.),** anche se, in partenza, i livelli di consumo di servizi sanitari erano molto più contenuti rispetto al resto delle Regioni (nel 2019 era seconda solo alla Sardegna). **La Sardegna, con i più alti tassi di rinuncia già nel 2019 (11,7%), continua purtroppo ad aumentarli (13,7% nel 2023),** pur avendo parzialmente recuperato il livello più elevato mai raggiunto da una Regione, ossia il 18,3% del 2021.

Il 4,5% della popolazione complessiva nel 2023 dichiara di rinunciare a causa delle lunghe liste di attesa e il 4,2% lo fa per motivi economici.

Rispetto al 2019, **la quota di rinuncia causata dai tempi di attesa quasi raddoppia (era 2,8%),** mentre si riallinea la rinuncia alle prestazioni per motivi economici (era infatti 4,3%).

### Dinamica del prescritto e dell'erogato

A fronte di un incremento deciso del numero di prescrizioni, nel confronto tra il 2019 e il 2023, i dati mostrano un importante decremento del numero di prestazioni effettivamente erogate, anche se con una variazione piuttosto disomogenea tra le Regioni. In generale, si può quantificare un decremento medio dell'8% del numero totale di prestazioni erogate: è minimo lo scarto in Lombardia e in Toscana (-2%), seguite dall'Emilia Romagna (-3%), ma in ben 14 Regioni le percentuali superano la media nazionale con picchi di -25% in Sardegna, -27% e -28% in Valle d'Aosta e nella Provincia di Bolzano. **È soprattutto sul fronte delle prime visite erogate che i sistemi regionali arrancano: esse sono**

**diminuite mediamente del 10%**, con l'eccezione della provincia di Trento e della Lombardia che, al contrario, le hanno incrementate del 2%. In Sardegna, a fronte di un incremento di prime visite prescritte del 58% rispetto al 2019, quelle erogate sono diminuite del 35%.

## Rispetto dei tempi di attesa

Per ciò che riguarda la variazione delle percentuali di rispetto dei tempi d'attesa (per classe di priorità assegnata) per l'area cardiovascolare e oncologica, tra il 2019 e il 2022 notiamo una grande variabilità tra Regioni.

Il delta negativo è molto evidente nell'**area cardiovascolare** in particolare in Umbria, Lazio, Friuli Venezia Giulia e Toscana, che faticano a tornare ai livelli del 2019 per ciò che attiene il rispetto dei tempi d'attesa in questo ambito. Regioni invece con un trend positivo in recupero appaiono essere la Basilicata, la Sicilia e la Calabria.

Invece, per quanto riguarda l'**area oncologica**, il delta negativo è molto evidente in particolare in **Valle d'Aosta, Sardegna, Sicilia e Marche**. Le Regioni invece che mostrano più evidenti incrementi rispetto al 2019 sono **Lombardia, Umbria e PA di Bolzano**.

In merito al rispetto dei tempi per gli interventi in classe A per **tumore alla mammella e alla prostata**, notiamo che **nell'ambito degli interventi per tumore alla mammella si osservano situazioni critiche in particolare in Sardegna**, dove appare sotto soglia sia il numero di interventi eseguiti in classe A sia il rispetto dei tempi previsti (30 gg).

Altre Regioni che faticano a rispettare i tempi previsti sono la PA di Trento, la Liguria, l'Umbria, le Marche e il Piemonte. Sul versante opposto le Regioni che presentano i risultati più soddisfacenti, Veneto, Toscana e Abruzzo, con numeri alti di prestazioni in classe A e di rispetto dei tempi, pur a fronte di volumi differenti. **Nell'ambito degli interventi per tumore alla prostata si evidenzia una situazione sicuramente meno positiva** per ciò che riguarda il numero di interventi in classe A sul totale degli interventi, che arriva al 63,7% a fronte del 90,5% registrato nel caso del tumore alla mammella. Anche **il rispetto dei tempi (30 gg) è decisamente inferiore al livello nazionale, con il 44,4% di interventi in classe A eseguiti entro i tempi previsti**, rispetto a quello per i tumori alla mammella in cui si arriva al 70,8%. Inoltre anche qui vi è una importante variabilità tra Regioni. **A registrare risultati peggiori sono Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e Abruzzo**, sia per numero di interventi eseguiti in classe A sia per rispetto dei tempi. Circa la capacità di rispettare i tempi previsti, le migliori Regioni appaiono la **PA di Bolzano, il Veneto e la Lombardia** a fronte, però, di un numero non elevato e sotto la media di interventi eseguiti in classe A.

## Mobilità sanitaria

L'area del Portale statistico di Agenas<sup>1</sup> dedicata alla mobilità sanitaria mette a disposizione dati che rappresentano il trend della mobilità dei ricoveri degli ultimi 6 anni (2017-2022). I dati sulla mobilità si dimostrano costanti con poco meno di 3 mld di euro e un decremento significativo nel 2020, ma che inverte la tendenza nel 2021 e prosegue la crescita nel 2022 (2,7 mld).

---

<sup>1</sup> <https://stat.agenas.it/web/index.php?r=site/public>

## Saldi regionali della mobilità sanitaria (2017-2021)

Il flusso migratorio è tendenzialmente diretto da Sud a Nord. Tuttavia, si osserva anche la mobilità tra le Regioni del Centro-Nord, soprattutto di prossimità (con una distanza di 100 Km e/o 60 min di percorrenza dal comune di residenza del paziente alla struttura ospedaliera di ricovero). La migrazione di prossimità, rispetto al totale, risulta essere pari al Nord al 24%, al Centro al 12,6% e al Sud al 5,7%.

**Le strutture maggiormente attrattive per la mobilità dei ricoveri sono di natura giuridica private accreditate, per  $\frac{3}{4}$  del totale relative a prestazioni di alta complessità.**

Se si considera solo la componente di mobilità effettuata per scelta dell'utente, si assiste ad un miglioramento, con una inversione di tendenza nei trend, nella regione Piemonte (da -7,2 mln a +21 mln) e nella PA di Trento (da -6,5 mln a +2,6 mln).

Le Regioni più attrattive sono in ordine Lombardia, Emilia Romagna e Veneto, mentre quelle di fuga sono Campania, Calabria e Sicilia. Nel 2022 la Regione Emilia Romagna e la Regione Lombardia registrano valori equiparabili di saldo positivo (tra mobilità attiva e passiva), rispettivamente 337 mln e 362 mln. Da osservare il trend dell'Emilia Romagna che segna un importante incremento rispetto al periodo pre-pandemico.

## ISDI nella mobilità ospedaliera

Agenas ha calcolato un nuovo indicatore per rappresentare la capacità delle strutture sanitarie della regione di riferimento di soddisfare il bisogno di salute dei propri cittadini: l'Indice di soddisfazione della domanda interna (ISDI).

Emilia Romagna, Lombardia, Veneto, Toscana e PA di Trento hanno un punteggio dell'ISDI superiore a 1 e dunque sono Regioni in grado di soddisfare la domanda interna di cure, ma anche di attrarre pazienti da altre Regioni. Mentre la gran parte delle Regioni del Sud, in particolare la Calabria (0,81), non sembrano in grado di soddisfare la domanda interna di cure, con l'effetto migratorio dei propri cittadini verso altre Regioni.

## ISDI nella mobilità ambulatoriale

La capacità della Regione di produrre un numero di prestazioni ambulatoriali potenzialmente sufficiente a soddisfare il bisogno di salute della propria Regione, misurato tramite l'indice ISDI, mostra un dato complessivo per la specialistica ambulatoriale che raggiunge l'equilibrio nella gran parte delle Regioni del Paese, ad eccezione della Calabria (0,93) leggermente distante dal punto di equilibrio e seguita dalla Valle d'Aosta e dall'Abruzzo.

## Intramoenia

Il Rapporto civico analizza il fenomeno attraverso i dati forniti da Agenas nella "Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria 2022", trasmessa al Parlamento. In termini globali, e al livello nazionale, risulta che **circa il 78% del totale delle attività prenotate riguarda le visite specialistiche, mentre il rimanente 22% riguarda le prestazioni diagnostiche.**

Confrontando i dati al livello nazionale nei 4 monitoraggi (gennaio-aprile-luglio-ottobre), l'attesa per ottenere un esame in tempi congrui è quasi sempre minima in intramoenia, evidenziando la sproporzione che c'è con i tempi prospettati attraverso il canale istituzionale. In particolare,

- circa il 56% delle prenotazioni ha un tempo di attesa inferiore ai 10 giorni;
- circa il 30% delle prenotazioni viene fissato tra gli 11 e i 30/60 giorni (a seconda che si tratti di una visita specialistica o di una prestazione strumentale);

- solo per il 14% delle prenotazioni si deve attendere oltre i 30/60 giorni.

## Luogo di erogazione dell'intramoenia

Molte Regioni hanno mostrato segni di un progressivo adeguamento agli adempimenti normativi, in quanto l'utilizzo di studi privati non ancora collegati in rete pare totalmente superato. Considerando i quattro monitoraggi nel loro insieme, l'89,9% delle prestazioni viene erogato esclusivamente all'interno degli spazi aziendali, il 9,8% esternamente all'azienda ma secondo le tipologie previste (studi privati collegati in rete o presso altre strutture pubbliche previa convenzione). **Solo un residuale, pari a 0,3% di attività, viene svolto ancora presso studi non collegati in rete.** Tale criticità è circoscritta a cinque Regioni/PA, 2 in più rispetto al 2021, ma con percentuali più basse (Basilicata 0,6%, Campania 1,3%, Lazio 0,6%, Piemonte 2,6%, e Sicilia 0,9%).

## Agende di prenotazione

Al livello nazionale, nel 2022, si rileva che la maggior parte delle prenotazioni viene effettuata attraverso l'agenda gestita dal sistema CUP. Considerando nell'insieme tutte le rilevazioni del 2022 si è riscontrato che 12 Regioni/PA, una in più del 2021 (Abruzzo, Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Marche, Molise, PA di Bolzano, PA di Trento, Puglia, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta e Veneto), utilizzano esclusivamente l'agenda gestita dal sistema CUP. Le Regioni Calabria e Lombardia registrano prenotazioni attraverso il CUP con una percentuale superiore al 90%. Per le rimanenti Regioni è possibile notare come 6 Regioni (Campania, Emilia Romagna, Lazio, Piemonte, Sardegna e Sicilia) registrano prenotazioni attraverso il CUP con una percentuale tra il 60% e l'80% del totale.

In sintesi, è possibile notare come **nel corso degli anni si stia via via consolidando l'utilizzo del sistema CUP per le prenotazioni delle prestazioni**, così come auspicato dalle Linee guida del Ministero della Salute.

## Volumi delle prestazioni ambulatoriali in attività istituzionale e in ALPI

Nell'ambito dell'attività di monitoraggio, le Regioni/Province Autonome conferiscono ad Agenas i volumi semestrali di 69 prestazioni ambulatoriali erogate in ALPI e in attività istituzionale. L'attività in libera professione intramuraria rappresenta l'**8,25%** delle prestazioni erogate nell'attività istituzionale, con importanti variazioni però tra le diverse prestazioni. I dati del 2022 forniscono anche una indicazione generale di reCupero della erogazione delle prestazioni ambulatoriali, sempre con riferimento alle 69 monitorate: nel **2019 nella attività istituzionale erano state 58.992.277** (a cui vanno aggiunte le 4.765.345 in ALPI); nel **2022 sono diventate 59.793.294** (a cui vanno aggiunte sempre quelle in regime di ALPI: 4.932.720).

## Equilibrio attività libero professionale/ istituzionale

In 16 Regioni su 21 è emersa almeno una situazione (una azienda) in cui il rapporto tra ALPI/Istituzionale nella specialistica ambulatoriale si è rivelato superiore al 100%; a determinare il superamento della soglia sono state soprattutto la visita e l'ecografia ginecologica. Per quanto riguarda i ricoveri, **le Regioni che erogano più prestazioni in ALPI rispetto al regime istituzionale sono la Campania, l'Emilia Romagna, la Toscana e la Valle d'Aosta.** Per i volumi dei DRG delle prestazioni di ricovero più erogate in ALPI nel 2020, 2021 e 2022, troviamo l'ambito ginecologico: parto cesareo senza CC, seguito da



parto vaginale senza diagnosi complicanti e interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC.

### 3. Accesso ai farmaci

#### Spesa farmaceutica

Nel 2022, la spesa farmaceutica ha inciso per l'**1,7%** sul Prodotto interno lordo nazionale (PIL), con un impatto inferiore solo a Spagna (2,0%) e Portogallo (1,8%). Registrano percentuali notevolmente inferiori Svezia (0,8%) e Gran Bretagna (1,0%).

Complessivamente la **spesa farmaceutica nazionale totale** (pubblica e privata) è stata di **34,1 miliardi** (32,2 miliardi di euro nel 2021), in aumento del 6% rispetto all'anno precedente. A pesare di più (68,9% del totale) è la farmaceutica **pubblica** (23,5 miliardi di euro) rispetto a quella **privata** (9,9 miliardi di euro).

#### Compartecipazione ai farmaci

Nel 2022 (cfr. Rapporto OsMed 2022, pubblicato a settembre 2023), l'AIFA ha registrato un lieve incremento della spesa per la **compartecipazione del cittadino (+1,4%)** con un valore pari a **1.501 milioni di euro** (circa 25,0 euro pro capite) e un'incidenza sulla spesa farmaceutica convenzionata lorda (+15,2%), dovuta all'incremento di spesa per ticket per ricetta/confezione (+4,8%). È rimasta pressoché stabile la compartecipazione per la **quota eccedente il prezzo di riferimento dei medicinali a brevetto scaduto (+0,1%)**.

Nel periodo gennaio-dicembre 2023 l'AIFA, nel Monitoraggio della spesa farmaceutica, segnala in lieve diminuzione (-1,3%) la spesa per la compartecipazione del cittadino pari a **1.481,2**. **Nel 2022, la spesa per compartecipazione** per la quota eccedente il prezzo di riferimento dei farmaci a brevetto scaduto è stata di **18,4 euro pro capite** (circa 1,1 miliardi di euro), rappresentando il 73% della compartecipazione totale del cittadino (inclusiva anche del ticket per ricetta e/o confezione) e registrando un aumento dello 0,4% rispetto all'anno precedente. Andando ad analizzare la **spesa pro capite per compartecipazione** al livello regionale, emerge che è **più elevata al Sud** e nelle **Isole** (23,9 euro), mentre risulta più bassa al Nord con 13,7 euro. La Calabria (25,6 euro), il Lazio (25,3 euro) e la Campania (25,2 euro) sono le Regioni con i valori di spesa più elevati, mentre le PA di Bolzano e di Trento e la Valle d'Aosta registrano i valori più bassi (rispettivamente di 12, 13,1 e 12,9 euro). Inoltre, **le Regioni a più basso reddito sono quelle che presentano una maggiore compartecipazione**. In particolare, per Calabria, Campania, Sicilia e Puglia, che presentano un reddito pro capite leggermente superiore ai 10.000 euro, si evidenzia una compartecipazione più elevata rispetto alla media nazionale (>20 euro).

#### Tetti di spesa regionali

La spesa farmaceutica convenzionata, al netto degli sconti versati dalle farmacie, del payback (1,83%) versato alle Regioni dalle aziende del farmaco (importo pari a 163,6 milioni di euro) e anche dei diversi payback versati sempre alle Regioni (importo pari a 40,7 milioni di euro), ma al lordo dei ticket regionali, è stata pari a 8.084,2 milioni di euro. Il dato sul rispetto del tetto di spesa per gli acquisti diretti mostra che nessuna regione è riuscita a rispettare i livelli di spesa fissati per questa categoria di farmaci. In particolare, si riporta il valore della spesa per acquisti diretti al netto dei gas medicinali (13.430,2 mln di €) e lo **scostamento assoluto (+3.287,3 mln di €) rispetto al tetto del 7,95%**.

Per l'anno 2023, il tetto fissato a 7,95% del fabbisogno sanitario nazionale è calcolato sul FSN 2023 definitivo (127.584.721.607 euro), pari a 10.143,0 mln di euro.

## Farmaci a brevetto scaduto ed equivalenti

Rispetto agli altri Paesi europei, l'Italia registra ancora una bassa incidenza della spesa per i farmaci **equivalenti** ponendosi al terzultimo posto (43,4%).

Nel 2022, continuano a registrarsi significative differenze regionali sul consumo degli equivalenti, che risulta **decisamente maggiore al Nord** (38,8% a unità e 31,5% a valori), rispetto al Centro (28,2% a unità e 24,7% a valori) e al Sud (23% a unità e 20,2% a valori). L'avanzata degli equivalenti (che rappresentano il 31,1% delle confezioni in Classe A) è continua, ma ancora molto lenta. Nel 2022 i cittadini hanno pagato di tasca propria **1.056 milioni di euro di differenziale di prezzo** per il farmaco brand off patent, più costoso, invece dell'equivalente a minor costo, che sarebbe interamente rimborsato dal Servizio sanitario nazionale.

L'incidenza maggiore al livello regionale si registra in Molise (16% della spesa regionale Ssn nel canale retail) e nel Lazio (16,1%). Quella più bassa si registra invece ancora una volta in Lombardia, dove il differenziale versato di tasca propria dai cittadini quota il 10,8% della spesa regionale Ssn in farmacia.

Nel 2021, il **71,6%** della **spesa** totale (69,8% della spesa nel 2021) e l'**86,2%** dei consumi (86,0% nel 2021) è costituito da **farmaci a brevetto scaduto** in regime di assistenza convenzionata di classe A.

Di contro, rimane ancora molto bassa l'incidenza di **farmaci equivalenti (unbranded)**, ossia i medicinali a base di principi attivi con brevetto scaduto, ad esclusione di quelli che hanno goduto di copertura brevettuale. Questi hanno rappresentato il **21,9%** della spesa e il **30,3%** dei consumi (29,6% nel 2021).

Al livello nazionale, nel 2022, la **spesa pro capite per i farmaci a brevetto scaduto** risulta pari a **118,8** euro (114,98 nel 2021) in aumento del **5,9%** rispetto al 2021, passando da una spesa del 68,7% del 2021 a **71,6,8%** del 2022. Stabile invece la percentuale di spesa dei **farmaci equivalenti** che è passata dal 30,4% al 30,5%.

## Accesso al Fondo per i farmaci innovativi

Il Fondo per i farmaci innovativi, di fatto, ha unificato i precedenti Fondi separati (Fondo farmaci innovativi oncologici pari a 500 milioni di euro e Fondo farmaci innovativi non oncologici pari a 500 milioni di euro), istituiti con la Legge di Bilancio 2017 (art. 1, commi 401-406, della Legge 232/2016), a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale cui concorre lo Stato. Per il 2021 le risorse stanziare ammontano a 1 miliardo di euro (1.000 milioni di euro annui) cui concorrono le Regioni che hanno acquistato tali farmaci per ottenere il relativo rimborso. A partire dal 2022, le risorse per l'acquisto al rimborso dei farmaci innovativi sono incrementate rispettivamente di 100 milioni (2022), 200 milioni (2023) e 300 milioni a decorrere dall'anno 2024. I dati di spesa farmaceutica dei **farmaci innovativi**, relativamente al periodo gennaio-dicembre 2023 preso a riferimento per la nostra analisi, mostrano che la spesa stimata per le sole indicazioni innovative per il periodo considerato, al netto dei payback, è pari a **852,5 milioni di euro**.

## Tempi per l'immissione in commercio di un farmaco in Italia

Un iter approvativo molto lungo può rappresentare un ostacolo all'accesso e determinare condizioni di iniquità. Come è noto, l'iter per l'approvazione dei nuovi farmaci si concretizza in una attenta serie di passaggi e procedure volte a tutelare la sicurezza del farmaco e la salute dei cittadini. Il Rapporto della Federazione europea delle industrie e delle associazioni farmaceutiche (EFPIA) "Patients W.A.I.T. Indicator 2023" fornisce un'analisi dettagliata sui tempi di accesso ai nuovi farmaci per i pazienti in Europa. I dati del Report riguardano 36

paesi (27 UE e 9 non UE). Sono incluse informazioni sui 167 farmaci innovativi con autorizzazione alla commercializzazione centrale tra il 2019 e il 2022. Considerando tutti i nuovi farmaci, senza classificarli per categoria terapeutica, il rapporto rileva che il **tempo medio di accesso dei pazienti in Europa è di 531 giorni**, ovvero 14 giorni in più rispetto allo studio precedente. Il **tempo medio di accesso dei farmaci** non accenna a diminuire, anzi è in lieve peggioramento e persiste una significativa eterogeneità tra i diversi paesi europei analizzati: si passa da **126 giorni in Germania** a **804 giorni in Polonia**. In **Italia**, per aver disponibile un nuovo farmaco, un paziente deve attendere 14 mesi, per l'esattezza **424 giorni**, collocandosi al decimo posto su 36 Paesi.

## Uso degli antibiotici

Nel 2022, il **consumo** di antibiotici nel nostro Paese aumenta (+24% rispetto al 2021) e ammonta a **16,1 DDD/1000 abitanti die**; anche la **spesa pro capite cresce** e raggiunge i **13,22 euro** (+19,2% rispetto all'anno precedente). Il **costo medio per DDD**, dopo un aumento nel 2021 rispetto al 2020, registra invece una **diminuzione** nel 2022 del 3,9% ed è pari a 2,24 euro. Nonostante l'andamento crescente dei consumi in tutte le Regioni, si osserva un'ampia variabilità. I **consumi più bassi** si registrano nella **PA di Bolzano** (9,7 DDD), mentre quelli più **elevati** in **Campania** (22,3 DDD). L'**acquisto privato di antibiotici (fascia A)** arriva a toccare il 2,3% sui consumi totali e una spesa pari all'8,6%. In particolare, le dosi registrate di consumo di antibiotici acquistati privatamente dai cittadini (Fascia A) sono pari a 5,1 DDD/1000 ab die e rappresentano circa il 24,1% dei consumi totali (26,2% dei consumi territoriali), in aumento del 23,9% rispetto al 2021. Le Regioni con consumi più elevati sono al Centro (+31,4%) e al Nord (28,2%) rispetto a quelle del Sud (+13,2%). La **spesa privata** ha raggiunto nel 2022 oltre **163 milioni di euro** e un'incidenza sul totale della spesa per antibiotici pari al 17,4%, che si attesta al 21,2% nelle Regioni del Nord, mentre è del 16,9% al Centro e del 13,9% al Sud. Ogni cittadino italiano ha speso in media 2,8 euro per l'acquisto di antibiotici con un aumento del 23,0% in confronto all'anno precedente. Nelle Regioni del Nord e del Centro, pur in presenza di livelli di spesa sovrapponibili a quelli del Sud, l'aumento è stato del 28,8% e del 31,9% rispettivamente, mentre al Sud è stato del 10,3%. Andando ad analizzare i dati di spesa degli **antibiotici acquistati dalle strutture pubbliche**, la quota di antibiotici acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche rappresenta l'8,0% dei consumi totali e ha registrato un incremento rispetto al 2021 (+15,7%), in misura maggiore nelle Regioni del Nord (+21,4%), rispetto al Centro (+15,2%) e al Sud (+4,4%).

## 4. Prevenzione: vaccinazioni e screening oncologici organizzati

### La prevenzione nel Nuovo sistema di garanzia dei LEA

Sono 7 le Regioni che non raggiungono la sufficienza rispetto ai criteri del Nuovo sistema di garanzia dei LEA nell'ambito della prevenzione. Sono **Sicilia, la PA di Bolzano, Calabria, Valle d'Aosta, Sardegna, Molise e Abruzzo** a mostrare i dati più bassi. In generale nell'ultimo anno diverse Regioni mostrano un trend in peggioramento. Erano 4 infatti le Regioni nel 2021 a mostrare punteggi inferiori a 60 (cut off di garanzia dei LEA). In particolare, l'indicatore sulla copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base contro polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse e Hib supera la soglia in 14 Regioni, e la copertura contro morbillo, parotite e rosolia raggiunge il punteggio massimo, ovvero 100, solo in 5 Regioni (Lombardia, P.A. di Trento, Veneto, Emilia Romagna e Campania). Sull'indicatore stili di vita, il Rapporto civico evidenzia situazioni di criticità in tutta l'area meridionale del Paese, facendo notare, tuttavia, che esso decresce per quasi tutte e 20 le Regioni. Si denota un lieve aumento dei comportamenti a rischio per la salute (dato Italia 39,23 nel 2022 vs 38,38 nel 2021). Particolarmente critici i risultati di **Basilicata e Campania** (punteggio finale < 50) sugli indicatori di copertura degli screening oncologici, sostanzialmente stabili rispetto al 2021. Su questo i dati generali confermano una situazione complessivamente inferiore al 50% del target in tutte e tre le campagne (carcinoma della mammella, della cervice uterina e del colon-retto) e molto diversificata tra le varie Regioni: si registra infatti un'ampia variabilità regionale, con maggiori criticità per lo screening per il tumore del colon-retto, soprattutto nel Centro-Sud del Paese.

### Spesa per la prevenzione

La spesa sanitaria complessiva in attività di prevenzione nel nostro Paese, nel 2021, ammonta a € 7,19 mld (€ 6,25 mld nel 2020 e € 5,55 mld nel 2019), pari ad una media di € 121,4 pro capite. Tra le tipologie di spesa previste nelle attività di prevenzione prevale quella per l'attività di "sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali" (40,0%). Al livello regionale, si riscontra una certa eterogeneità nelle politiche di allocazione dei costi tra i sub-livelli di assistenza; in estrema sintesi, per il 2021 si rileva che le Regioni che, in proporzione, spendono la quota maggiore della spesa in prevenzione per le attività di "prevenzione e controllo delle malattie infettive, inclusi i programmi vaccinali", sono 16; di queste, spendono oltre il 50% della spesa per questa attività **Friuli Venezia Giulia (59,3%), Lazio (54,0%), Lombardia (55,5%) e Puglia (59,5%)**. Spendono meno invece: **Campania, Liguria e Basilicata**.

### Spesa per i vaccini

La spesa per i vaccini è più che raddoppiata dal 2014 al 2022, passando da 4,79 a 10,84 euro pro capite. Nel 2022 si conferma un incremento della spesa per i vaccini, come già osservato nel 2021, con una variazione del 2,8%. Allo stesso modo, il costo medio DDD (25,38 euro), dopo la riduzione del 2020, ha registrato un aumento del 6,6% nel 2021 e un ulteriore aumento del 13,1% nel 2022.

## Coperture vaccinali

Gli obiettivi sono definiti in Italia dal nuovo Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2023-2025.

### Coperture vaccinali a 24 mesi morbillo e varicella

La copertura con prima dose di vaccino contro il morbillo, pari al 94,40% al livello nazionale, va dal 76,15% della P.A. di Bolzano al 97,37% del Lazio. Sono diverse le Regioni quest'anno a raggiungere e superare il 95,00%. Il dato è in ripresa in molte Regioni, equamente distribuite sul territorio. In molte Regioni nel 2022 aumenta la copertura contro la varicella, ma le uniche Regioni a superare il 95% sono Lazio e Lombardia.

### Coperture Meningococco C coniugato e pneumococco coniugato

Nel 2022 la copertura vaccinale anti-pneumococcica nazionale a 24 mesi (bambini nati nel 2020) aumenta di 0,50 p.p.: 91,25% nel 2021 vs 91,73. Aumenta maggiormente quella contro il meningococco C con +12% (73,37% nel 2021 vs 85,6% nel 2022). Nessuna Regione raggiunge la copertura del 95% né per la vaccinazione contro il meningococco C coniugato né per quella contro lo pneumococco coniugato (la forbice va dal 73,19% della PA di Bolzano al 94,58% della Calabria).

### Copertura antinfluenzale

La copertura negli anziani è **diminuita di 3,4 punti percentuali** rispetto alla stagione precedente, attestandosi al **53,3% rispetto al 56,7%** della stagione 2022-23. Si conferma quindi un *trend* in diminuzione nelle ultime stagioni dopo il picco raggiunto nella stagione pandemica 2020-21 con 65,3%. La diminuzione della copertura vaccinale nella stagione 2023-24 rispetto alla stagione precedente è generalizzata in quasi tutte le Regioni italiane tranne nella PA di Bolzano, nella Liguria, nelle Marche, in cui si registra un lieve aumento, e nel Molise in cui la copertura è rimasta invariata. Chi mostra i dati peggiori sono la PA di Bolzano (39,9%) e la Sardegna (35,7%).

### Coperture vaccinazione HPV

Il valore di copertura vaccinale nazionale per HPV (per ciclo completo) nelle ragazze nella coorte più giovane (2010), che compivano 12 anni nel 2022, è al **38,78%**, mentre quello della coorte 2009 è al 56,18%. Rispetto alla rilevazione del 2021, sulle stesse fasce di età, si osserva un incremento, pari al 6,56%, per le ragazze che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione. Il valore di copertura vaccinale nazionale per HPV nei ragazzi della coorte più giovane (2010), che compivano 12 anni nel 2022, è al **31,81%**. Rispetto alla rilevazione del 2021, sulle stesse fasce di età, si osserva un incremento del 5,06% per i ragazzi che compivano 12 anni nell'anno di rilevazione.

### Ruolo della farmacia nelle vaccinazioni

Nell'ambito del *VI Rapporto sulle Farmacie*<sup>2</sup> di Cittadinanzattiva vengono mostrati dati interessanti in merito ai **servizi offerti in farmacia**. **La vaccinazione anti Covid-19 è**

---

<sup>2</sup> <https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/16239-presentato-il-VI-Rapporto-sulla-farmacia-e-i-risultati-della-campagna-cuore-in-farmacia.html>

**erogata nel 40,1% delle farmacie coinvolte nell'indagine e la vaccinazione antinfluenzale nel 46,1% dei casi.**

A fronte di questo impegno da parte delle farmacie una piccola percentuale di cittadini rimane ancora all'oscuro dei servizi di vaccinazione (4,5% antinfluenzale e 2,6% anti Covid-19) accessibili direttamente nelle farmacie. **La percentuale di fruitori invece va dal 12,8% per quanto riguarda l'antinfluenzale, al 16% per la vaccinazione anti Covid-19 ricevuta in farmacia.** La prossima sfida sarà sicuramente un maggior coinvolgimento delle farmacie nelle cosiddette vaccinazioni routinarie. Più della metà dei farmacisti (dal 54,5% al 58,1%) è favorevole all'introduzione in farmacia della vaccinazione contro **Herpes zoster, Papilloma virus (HPV) e Pneumococco**, così come il 70% circa dei cittadini che vedrebbero molto bene il coinvolgimento delle farmacie nelle tre vaccinazioni citate (*Fonte: V Rapporto Farmacie*).

## **Screening oncologici organizzati**

### **Screening mammografico**

Nel 2023 il valore di estensione è pari a 94% con 4.017.757 inviti effettuati. La copertura da invito è completa nelle Regioni del Nord (101%) e del Centro (100%), mentre è più bassa nel Sud e Isole (74%), anche se in miglioramento rispetto agli anni precedenti (72% nel 2022 e 58% nel 2021). L'adesione è complessivamente pari al **55%, con un differenziale di 15 punti percentuali tra l'area del Nord e quella del Sud e delle Isole.** Le Regioni con migliore adesione sono la PA di Trento con 78,8%, Veneto con 76,7%, Basilicata con 72,8%. Le Regioni con più bassa adesione sono Calabria con 16,4%, Molise con 32,8%, Campania con 33,6%. **Nella popolazione migrante** il 52% delle donne nate in Paesi a sviluppo avanzato (Psa), inclusa l'Italia, partecipa allo screening della mammella, a fronte di un 40% delle donne provenienti da Paesi ad alta pressione migratoria (Pfpm), che rappresentano l'8% delle donne invitate. Questo andamento, pur manifestando un'ampia eterogeneità a livello regionale, si ripresenta simile in tutte le macroaree geografiche. **Interessante rilevare che al Sud e nelle Isole l'adesione delle donne provenienti da Psa è inferiore a quella delle donne provenienti da Pfpm che vivono al Nord e al Centro.**

### **Screening colorettales**

Nel 2023 il numero di persone di età compresa tra 50 e 69 anni invitate a eseguire il test di screening per la ricerca del sangue occulto (Sof) è stato di quasi 8 milioni (7.945.956), pari al 94% della popolazione totale. Nelle aree del Nord e del Centro la copertura è pressoché completa (99% Nord, 108% Centro), nel Sud e nelle Isole si registra un aumento della copertura da invito rispetto allo scorso anno (dal 61% del 2022 all'80% del 2023). **L'adesione all'invito si attesta intorno al 34%.** Questo dato, che rappresenta il valore medio nazionale, si compone di valori diversi che caratterizzano le macroaree geografiche. L'adesione all'invito è risultata maggiore al Nord (46%), intermedia al Centro (30%) e inferiore nel Sud e nelle Isole (20%). Le Regioni con una maggiore adesione sono Veneto con 64,2%, Valle d'Aosta 63,5%, Friuli Venezia Giulia con 52,4%. Le Regioni con più bassa adesione sono Calabria 6,1%, Sicilia 14,8% e Lazio 18,9%. Nella popolazione migrante l'adesione delle persone provenienti da Paesi a sviluppo avanzato è pari al 28,4%, quella delle persone provenienti da Paesi Pfpm è pari al 23,5%; al Sud, tuttavia, è molto più bassa (8,7%).

## Screening cervicale

Nel 2023, sono state invitate a eseguire un Pap test 1.143.423 donne, mentre 2.838.955 donne sono state chiamate per effettuare il test HPV. Rispetto all'anno precedente, si osserva un aumento complessivo di circa 10 punti percentuali, con un aumento di 10 punti nell'area del Nord e di 15 punti nel Sud e Isole e una sostanziale stabilità nel Centro. L'adesione è stata complessivamente pari a 41%, con valori più bassi nel Sud e nelle Isole (31%) rispetto al Nord (52%) e al Centro (38%). I valori di partecipazione appaiono in linea con quelli del biennio precedente 2021-2022 (40% nel 2022 e 39% nel 2021). Nella popolazione migrante l'adesione per le donne Pfpm media italiana è del 35%, più elevata al Nord e al Centro (37%) rispetto al Sud e alle Isole (24%). Dal confronto con i dati sulle donne provenienti da Paesi a sviluppo avanzato (Psa) riportato dagli stessi programmi, l'adesione è mediamente inferiore di 4 punti percentuali. La differenza di adesione è maggiore al Nord (-11 punti percentuali), e nel Sud e nelle Isole (-7 punti percentuali).

## Screening neonatali estesi

**Ad oggi, le Regioni che effettuano il test anche per la SMA sono 15: Abruzzo, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Liguria, Puglia, Piemonte, Sicilia, Toscana, la PA di Trento, la PA di Bolzano, Valle d'Aosta, Veneto ed Emilia Romagna. Tre sono le Regioni con progetti di screening per la SMA in partenza con progetti pilota: Basilicata, Marche e Sardegna. Calabria, Molise e Umbria sono le Regioni che attualmente risultano non attive per lo screening SMA.**

## 5. Assistenza territoriale

Le segnalazioni dei cittadini raccolte dal Pit, il servizio di tutela di Cittadinanzattiva, nell'ambito della sanità territoriale, ci raccontano in generale che il **rapporto medico-paziente** è spesso difficile a causa dello scarso tempo a disposizione o di un deficit nelle informazioni che vengono fornite ai cittadini: in particolare, giungono segnalazioni da parte dei cittadini che non ricevono un appuntamento in tempi da loro ritenuti "congrui" da parte del medico oppure che lamentano visite troppo brevi nelle quali non riescono a riferire i propri problemi. Le segnalazioni che riguardano il **rapporto con il medico di medicina generale** dimostrano che, nello stesso tempo, egli è la figura a cui il cittadino più si affida nella presa in carico dei suoi bisogni sanitari, ma anche quella che fa registrare un numero crescente di segnalazioni soprattutto per insufficiente accessibilità. D'altra parte, il medico di famiglia è tra le figure sanitarie che dovrebbero essere maggiormente e più urgentemente rilanciate nel processo di riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, dal momento che uno studio di Agenas rileva che in Italia dal 2019 al 2021 il numero assoluto dei medici di famiglia si è ridotto di 2.178 unità e quello dei PLS di 386 unità. Questa tendenza è destinata a continuare come risulta dalla previsione al 2025, dalla quale si evince che la differenza tra i medici di medicina generale in uscita e quelli in entrata produrrà un saldo negativo. Aumenterà, di conseguenza, il numero di assistiti assegnato a ciascun medico: già oggi le Regioni con il maggior numero di assistiti per MMG sono PA di Bolzano (1.494), Lombardia (1.450) e Calabria (1.423) mentre in coda ci sono Sicilia (1.034), Molise (1.030) e Umbria (1.020). Va, però, tenuto presente che nella PA di Bolzano il contratto di convenzione con il Ssn dei medici di base stabilisce quale massimale di scelte 2.000 assistiti. I cosiddetti medici di famiglia, oltre a diminuire, sono anche più "anziani": sempre nel 2021, su 40.250 medici di famiglia, la quota di quelli con oltre 27 anni di servizio è pari a 30.303 (il 75%).

Rispetto alle segnalazioni dei cittadini in materia di **assistenza sanitaria di prossimità**, che denunciano inaccessibilità dei professionisti, ritardi nella presa in carico e, nei casi più estremi, una totale assenza dei servizi socio-assistenziali nel territorio di riferimento, le auspicate ricadute positive degli investimenti legati al Piano nazionale di ripresa e resilienza (Missione 6 - Salute) richiedono, come si è detto, tempi lunghi. In più, gli investimenti previsti per l'assistenza sanitaria territoriale dal PNRR si trovano a intervenire in un contesto nazionale caratterizzato da un'elevata eterogeneità territoriale, dove il Sud continua ad avere, rispetto al resto del Paese, maggiori criticità, e devono perciò riuscire a invertire la tendenza e a ridurre le disuguaglianze.

Cittadinanzattiva ha monitorato la loro implementazione fin dal 2022, continuando anche in questa annualità caratterizzata da una rimodulazione importante del PNRR. **La disponibilità di informazioni aggiornate sulla realizzazione degli investimenti previsti dal PNRR è un aspetto critico che ha caratterizzato sempre la realizzazione del Piano.** Dall'ultimo aggiornamento disponibile su *Italia Domani*, risulta che ad aprile '24 l'86% dei progetti relativi alle **Case della comunità** sono arrivati alla **stipula del contratto**, con alcune differenze regionali: la maggior parte delle Regioni raggiunge valori tra il 75 e il 100 %, valori inferiori si riscontrano nelle Regioni del Sud, solo due Regioni hanno valori inferiori al 50%. Per quanto riguarda le **Centrali operative territoriali**, quasi tutte le Regioni, tranne una, hanno raggiunto la fase di stipula dei contratti e solo in alcune Regioni del sud la percentuale è inferiore al 100%. Infine, gli **Ospedali di comunità** presentano una situazione più variegata: le Regioni del Nord, del Centro e le Isole raggiungono valori percentuali alti, le Regioni del Sud presentano valori più bassi e tre Regioni si attestano su valori al di sotto del 50%. Di seguito una tabella riporta per Regione la percentuale dei progetti arrivati alla stipula dei contratti per Case della comunità, Ospedali di comunità e Centrali operative territoriali.



Regioni	% STIPULA CONTRATTO Case della comunità	% STIPULA CONTRATTO CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI	% STIPULA CONTRATTO OSPEDALE DI COMUNITÀ
<b>Abruzzo</b>	98%	100%	100%
<b>Basilicata</b>	68%	83%	60%
<b>Calabria</b>	57%	95%	45%
<b>Campania</b>	69%	78%	67%
<b>Emilia Romagna</b>	100%	100%	100%
<b>Friuli-Venezia Giulia</b>	87%	92%	86%
<b>Lazio</b>	100%	100%	100%
<b>Liguria</b>	87%	100%	82%
<b>Lombardia</b>	92%	94%	87%
<b>Marche</b>	48%	100%	67%
<b>Molise</b>	92%	100%	100%
<b>P.A. Bolzano</b>	60%	38%	0%
<b>P.A. Trento</b>	10%	100%	33%
<b>Piemonte</b>	87%	95%	85%
<b>Puglia</b>	68%	86%	74%
<b>Sardegna</b>	98%	100%	100%
<b>Sicilia</b>	100%	100%	100%
<b>Toscana</b>	99%	100%	100%
<b>Umbria</b>	71%	100%	60%
<b>Valle d'Aosta</b>	100%	100%	100%
<b>Veneto</b>	100%	100%	100%
<b>ITALIA</b>	<b>86%</b>	<b>94%</b>	<b>85%</b>

Fonte: Elaborazione Cittadinanzattiva su dati Italia Domani, aprile 2024

Il quadro complessivo fa emergere che le Centrali operative territoriali hanno una percentuale di progressione alta in quasi tutte le Regioni, tranne la PA di Bolzano, mentre le Case della comunità e gli Ospedali di comunità hanno percentuali a livello nazionale simili, con una media intorno all'85%, motivata da alcune Regioni che presentano una situazione più critica (Marche e PA di Trento per le CdC e Calabria, PA di Trento e Bolzano per OdC). In particolare, le Regioni che presentano percentuali inferiori sia per le Case della comunità che per gli Ospedali di comunità sono nelle Regioni del Centro e del Sud.

Cittadinanzattiva sta seguendo questo processo di riforma attraverso attività di informazione e sensibilizzazione della cittadinanza, e attività di formazione per operatori sanitari e soggetti civici. Continueremo a **monitorare gli investimenti del PNRR e la realizzazione delle strutture e dei servizi previsti, per conoscere e valutare la risposta ai bisogni di salute in ogni comunità**. Quando saranno maturi i tempi l'impegno si sposterà sul valutare insieme ai cittadini non solo la disponibilità di servizi, ma anche la loro qualità e i loro *outcomes*, con la metodologia che Cittadinanzattiva ha messo a punto e utilizza per questo da decenni, l'Audit civico.

## La Farmacia dei servizi nella riforma dell'assistenza sanitaria territoriale

Il capitolo offre una prima panoramica dei servizi offerti nelle diverse Regioni nell'ambito della sperimentazione della Farmacia dei servizi, prorogata fino al 31 dicembre 2024.

Non tutte le Regioni hanno ancora reso disponibili o accessibili i dati relativi alla sperimentazione sui propri territori; pertanto, questa panoramica rappresenta una visione iniziale che potrà essere completata al termine della sperimentazione stessa.

### Dall'intuizione alla realizzazione

La Farmacia dei servizi (Fds), introdotta nel 2009, amplia il ruolo delle farmacie includendo servizi sanitari come la prevenzione e la gestione delle cronicità, trasformando le farmacie in presidi sanitari chiave nell'assistenza sanitaria territoriale. La pandemia di covid-19 ha accelerato questa evoluzione, visto che le farmacie hanno iniziato a somministrare vaccini e test diagnostici, consolidando il loro ruolo centrale nella sanità pubblica, svolgendo una funzione essenziale soprattutto nelle aree rurali e periferiche del Paese, dove spesso rappresentano l'unico punto di accesso ai servizi sanitari.

L'implementazione della Farmacia dei servizi varia significativamente tra le diverse Regioni italiane, principalmente a causa di differenze in risorse disponibili, demografia, geografia e organizzazione del sistema sanitario regionale. Questa disomogeneità si riflette nel numero di farmacie coinvolte nella sperimentazione e nella gamma dei servizi offerti.

### Variabilità regionale nel coinvolgimento delle farmacie

Secondo le informazioni reperite a luglio 2024, sul totale delle farmacie presenti in una Regione, quelle coinvolte nella sperimentazione della Farmacia dei servizi vanno da un minimo del 25% circa registrato in Calabria (Regione seguita dal Veneto, col 34%, e dalla Lombardia, col 37%) a un massimo registrato in Basilicata, col 56% delle farmacie presenti che sono coinvolte nella sperimentazione. Diverse le Regioni che si attestano su valori intorno al 50%: Liguria (43%), Abruzzo (47%), Umbria (51%), Piemonte (54%), Marche (55%). Sempre nel 2024, le risorse economiche destinate alla sperimentazione della Farmacia dei servizi sono state distribuite principalmente tra le Regioni a statuto ordinario, che ricevono fondi variabili. Ad esempio, la Lombardia ha ricevuto € 4.756.871, il Veneto € 2.323.528, il Lazio € 2.719.801, con cifre che variano in base alla dimensione e alle necessità regionali.

### Servizi attivati

La tipologia di servizi che è stata maggiormente attivata dalle Regioni grazie ai fondi per la sperimentazione dei servizi è quella legata ai **servizi di telemedicina**, seguiti dai cosiddetti servizi cognitivi. Incoraggianti anche i dati relativi ai servizi di screening e alle vaccinazioni. Nello specifico, tra i servizi di telemedicina maggiormente attivati **troviamo ECG, Holter pressorio e Holter cardiaco**, presenti in 13 Regioni. A questi tre, il Veneto ha affiancato anche televisita e telemonitoraggio.

La **spirometria** è un servizio che 8 Regioni hanno attivato nelle farmacie di comunità. Per quanto riguarda i **servizi cognitivi**, risulta che 12 Regioni hanno attivato nelle farmacie la **ricognizione della terapia farmacologica**, mentre 10 Regioni hanno attivato il **monitoraggio dell'aderenza alle terapie** sia per pazienti affetti da BPCO sia per coloro che soffrono di ipertensione. Lo stesso servizio, per pazienti affetti da **diabete**, lo si trova attivato nelle farmacie di comunità di 8 Regioni.

In tema di **screening**, risalta in assoluto l'impegno del Veneto che, grazie ai fondi per la sperimentazione dei servizi, ha reso accessibili presso le farmacie di comunità ben 6 diversi tipi di screening, compresi quelli per l'ipertensione e per l'ipercolesterolemia, che non risultano attivati - con i fondi citati - in altre Regioni.

Ben 12 Regioni hanno attivato presso le farmacie gli **screening per il tumore al colon retto**. Farmacie di sei Regioni sono inoltre in grado di erogare screening per il diabete di tipo 2.

Le farmacie di Veneto e Umbria presentano anche screening per il rischio **cardiovascolare**. Il contrasto alla pandemia covid-19 ha portato, come è risaputo, ad un rapido aumento dei servizi di vaccinazione presenti nelle farmacie italiane: le farmacie di 8 Regioni effettuano anche **vaccinazioni antinfluenzali**, mentre le farmacie delle Marche effettuano anche vaccinazioni contro l'**Herpes zoster**.

In tema di servizi di front-office, il più attivato è il **Fascicolo sanitario elettronico**: farmacie di 11 Regioni supportano i cittadini nell'accesso. Farmacie di Liguria e Lombardia offrono la possibilità di gestire la scelta/variazione/revoca del MMG, mentre farmacie dell'Abruzzo e dell'Emilia Romagna supportano i cittadini anche nell'ottenimento dell'identità digitale (attivazione SPID).

Tra gli ulteriori servizi, troviamo gli **allestimenti personalizzati di terapia antibiotica** in farmacie di 5 Regioni, il **servizio di deblistering** solo in farmacie dell'Umbria; i test per **emoglobina glicata** sono disponibili in farmacie di Liguria e Campania, dove sono anche disponibili test per il **quadro lipidico**.

## 6. Assistenza ospedaliera e sicurezza delle cure

### L'assistenza ospedaliera nel Nuovo sistema di garanzia LEA

Nel 2022 l'assistenza ospedaliera presenta, nella valutazione dei Lea, punteggi generalmente sufficienti con un trend in deciso miglioramento rispetto allo scorso anno quando ancora 4 Regioni non raggiungevano la soglia di sufficienza. Erano ben 6 nel 2020. Nel 2022 solamente la **Valle d'Aosta (55,23) non raggiunge il livello di sufficienza.**

La maggior parte delle segnalazioni ricevute dai cittadini nella macroarea dell'assistenza ospedaliera riguardano il Pronto soccorso e la situazione della medicina dell'Emergenza-urgenza. Seguono i dati relativi alla sicurezza delle strutture ospedaliere. Qui alcuni approfondimenti utili a meglio circostanziare le segnalazioni ricevute.

### Indagine conoscitiva su Emergenza-urgenza e Pronto soccorso

A maggio del 2024 si è conclusa una indagine conoscitiva sulla situazione della medicina dell'Emergenza-urgenza e del Pronto Soccorso in Italia, realizzata dalla XII Commissione della Camera. Attraverso le audizioni svolte e i dati acquisiti nell'ambito dell'indagine si conferma che la difficile situazione in cui si trova la medicina di Emergenza-urgenza oggi in Italia rappresenta la «punta dell'iceberg» e la conseguenza di problemi complessi, spesso inveterati, connessi gli uni con gli altri. In particolare emerge che mancano **all'appello nei Pronto soccorso circa 4500 medici e 10.000 infermieri; nel 2023 il 69% delle borse a disposizione per la medicina di Emergenza-urgenza non è stato assegnato. Inoltre, si riscontrano lunghi tempi d'attesa per il ricovero a causa della carenza di posti letto: il progressivo taglio di posti letto in vent'anni ha portato l'Italia a un numero di posti letto ospedalieri pari a 3,1 per 1.000 abitanti, inferiore al dato medio europeo.** Infine, **il progressivo invecchiamento della popolazione è un'altra delle cause del fenomeno dell'overcrowding**, avendo determinato un aumento del numero di pazienti affetti da malattie croniche e, di conseguenza, un maggior numero di accessi al Pronto soccorso a seguito della riacutizzazione delle stesse e in mancanza di servizi adatti al livello dell'assistenza territoriale.

### Dinamica degli accessi al Pronto soccorso

Ad aprile 2024 Agenas ha presentato una ulteriore analisi, *Accessi in Pronto soccorso e Implementazione DM 77/2022 per una migliore presa in carico dei pazienti*<sup>3</sup>, che ha fotografato l'attività degli ospedali sede di Pronto soccorso. A seguito del calo naturale di accessi avvenuto soprattutto negli anni 2020-2021, fase in cui l'accesso al Pronto soccorso era assolutamente limitato, il trend ha ripreso a salire, per arrivare a 18.277.405 accessi e pur mantenendosi al di sotto dei numeri del 2019. **Generalmente i cittadini del Nord hanno effettuato, sia nel 2019 sia nel 2023, maggiori accessi al pronto soccorso rispetto a quelli del Centro Sud in numeri assoluti.** Ad effettuare un numero davvero elevato di accessi in Pronto soccorso con codice bianco sono i cittadini **del Veneto.**

I dati di Agenas confermano le segnalazioni ricevute dai nostri servizi per quanto riguarda i tempi di attesa al Pronto soccorso e ci dicono che di ore i cittadini ne attendono, e anche molte. Si va da una **mediana di 111 minuti per i codici bianchi a 147 per i codici verdi.** Faticano a contenere i tempi di permanenza al Ps Regioni come la Sardegna (184) e

<sup>3</sup> <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2413-22-aprile-%E2%80%93-evento-agenas-accessi-in-pronto-soccorso-e-implementazione-dm-77-2022-per-una-migliore-presa-in-carico-dei-pazienti>

l'Abruzzo (162) per i codici verdi e Abruzzo (126) e **Friuli Venezia Giulia (128) per i codici bianchi**. I dati indicano come la **copertura del servizio entro 30 minuti non sia garantita in modo uniforme** sul territorio e come vi siano cittadini residenti in alcune aree del nostro Paese che faticano a trovare una risposta tempestiva alle emergenze. **Sono infatti circa 3,4 milioni gli abitanti che non riescono a raggiungere entro 30 minuti un servizio di Ps**. La situazione più critica riguarda la **popolazione residente nelle aree interne della Basilicata (32,5%)**, seguita da quella della PA di Bolzano (9,16%) e della Sardegna (8,44%). Lo studio presentato da Agenas indica però una proiezione interessante in merito al futuro sviluppo del Dm 77, in relazione al modo in cui la difficoltà a raggiungere i presidi di Emergenza-urgenza potrà trovare una risposta.

I dati mostrano come **la popolazione non in grado di raggiungere le strutture di Pronto soccorso entro 30 minuti** (3,4 milioni, pari al 5,8% della popolazione) **potrebbe essere decisamente ridotta con la corretta implementazione del DM 77/2022**, che individua la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza attraverso la presa in carico dei pazienti all'interno delle nuove strutture previste dal PNRR, in particolare delle Case della comunità.

## Allarme target - performance sistema 118

In merito alla performance del sistema "118", le criticità in particolare sono evidenti nelle **Regioni Valle d'Aosta, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia e Sardegna** (indicatore superiore o uguale a 23 minuti), laddove la media nazionale è 19 minuti. I risultati dell'analisi mostrano una sovrapposizione di criticità in entrambi i sistemi analizzati, rete ospedaliera dei Pronto soccorso e 118, nelle medesime Regioni e dunque, in particolare, Valle d'Aosta, Molise, Calabria, Sardegna, Sicilia.

## L'offerta di servizi per l'emergenza

L'analisi del dato regionale sull'offerta di servizi per l'emergenza nel 2022 mostra che vi sono delle realtà regionali con delle percentuali sicuramente più esigue e sotto la media sia per la presenza di DEA sia di Pronto soccorso; è l'esempio di Basilicata (22,2% di DEA e Ps), Sardegna (36% di DEA), Molise (20% DEA). Questo dato conferma l'analisi delle difficoltà d'accesso alle strutture di Ps prima descritta.

## Numero di posti letto

Per quanto riguarda i posti letto ospedalieri (pubblici) in Italia nel 2022 siamo con 3,1 ogni 1.000 abitanti, sotto la media calcolata su 38 Paesi (4,3), anche se meno di noi ne hanno diversi paesi quali la Spagna (3,0), la Danimarca (2,5), il Regno Unito (2,4) e la Svezia (2,0). Per quanto riguarda i posti letto intensivi per adulti l'Italia, con 11,6 ogni 100.000 abitanti, è al di sotto della media OECD calcolata su 29 paesi, ma ad averne di meno di noi sono diversi Paesi come la Svizzera (9,9), la Finlandia (5,5) e la Svezia (4,9). Tuttavia, va considerato che il problema vero nella carenza di posti letto ospedalieri risiede non tanto nella percentuale media (3,1%) **quanto nella variabilità della loro offerta da parte delle diverse Regioni: si va da 3.5 della Liguria a 2.1 della Calabria. Tra il 2015 e il 2022 il numero di strutture di ricovero pubbliche mostra, in ogni caso, un decremento costante: da 546 nel 2015 a 511 nel 2022.**

## Sicurezza delle cure

Ogni anno, 4,3 milioni di pazienti ricoverati negli ospedali dell'UE/SEE contraggono almeno un'infezione associata all'assistenza sanitaria durante la loro degenza in ospedale. Per quanto riguarda l'Italia, salta all'occhio che il dato riguardante **la stima annuale di infezioni ospedaliere** è di 429.272 che **corrisponde ad una stima dell'8,2%, non solo superiore alla media europea del 6,5%, ma anche il secondo peggior risultato del continente dopo il Portogallo (8,9%)**. Quanto all'**uso di antibiotici**, la stima di utilizzo ospedaliero in Italia è al 44,7% e, anche in questo caso, il dato è al di sopra della media europea che si ferma a 33,7%.

## 7. Innovazione e digitalizzazione in sanità

Il capitolo affronta il tema dell'innovazione e della digitalizzazione in sanità ponendo il "dato" sanitario al centro della riflessione. Si parte da una panoramica delle norme relative ai dati in sanità sia al livello europeo che al livello italiano. Si prosegue con una panoramica dedicata allo "stato dell'arte" sull'uso della telemedicina e del Fascicolo sanitario elettronico in Italia. Infine, vi è un'indagine sullo "stress" degli operatori sanitari causato dalle nuove tecnologie.

### Le segnalazioni su Fascicolo sanitario elettronico e telemedicina

La difficoltà principale evidenziata dalle segnalazioni dei cittadini in merito all'utilizzo del proprio Fascicolo sanitario elettronico è la **difficoltà di accesso** (75,0%), dovuta principalmente a carenza di informazioni e dotazioni tecnologiche, difficoltà nell'utilizzo dell'identità digitale, mancata conoscenza delle funzionalità del FSE. A seguire i cittadini segnalano problematiche legate **al consenso informato, al trattamento dei dati e alla privacy** (9,6%), ma anche la denuncia che il **FSE è scarsamente alimentato** (7,7%), cioè che le informazioni che si aspettano di trovare in esso non sono presenti o che lo stesso **personale sanitario a cui si rivolgono non è in grado di consultare/aggiornare il Fse** (5,8%). Infine, i cittadini segnalano una diffidenza in merito alle **effettive garanzie di tutela e rispetto della privacy** (1,9%).

Le segnalazioni ricevute indicano che il Fascicolo sanitario elettronico è ancora molto sottodimensionato rispetto alle sue potenzialità. Non è un caso che i recenti interventi normativi mirino a potenziarlo, al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità, l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e degli operatori sanitari, anche in considerazione della relativa linea di investimento del PNRR.

Per quanto riguarda la **telemedicina**, dal punto di vista dei cittadini la domanda di sanità digitale nel nostro Paese appare sempre più forte, via via che si vanno diffondendo le diverse tecnologie e che il grande pubblico viene a conoscenza dei nuovi servizi di telemedicina.

Tuttavia l'offerta attualmente disponibile non è ancora al passo con la domanda. Tra le problematiche e le criticità segnalate dai cittadini, infatti, spicca al primissimo posto, il **mancato accesso a teleconsulti e televisite perché non prescritti** (90%); seguono le segnalazioni relative a **visite e teleconsulti necessari ma non garantiti** (3%), **prestazioni e consulti in telemedicina prescritti ma non attivati-attivabili** (3%), **la difficoltà per il paziente di utilizzare gli strumenti tecnologici necessari per effettuare la televisita** (3%).

Dal punto di vista di un'organizzazione civica come Cittadinanzattiva, il tema della **telemedicina** assume una rilevanza particolare in quanto evidenzia sia i progressi che le

criticità attuali nell'offerta di servizi di salute digitale. Se da un lato la ripresa dell'uso della telemedicina da parte dei medici e degli operatori sanitari dimostra un'accresciuta consapevolezza del suo potenziale, dall'altro emergono barriere significative, come la mancata integrazione delle piattaforme e le carenze nelle competenze comunicative da remoto. Dunque, i dati raccolti da Cittadinanzattiva tramite i servizi di tutela sottolineano come **la domanda dei cittadini per i servizi di telemedicina sia in costante crescita, ma spesso risulti ostacolata dalla difficoltà di accesso, creando così un gap tra aspettative dei cittadini ed effettiva disponibilità.**

## Lo Spazio europeo dei dati sanitari: una rivoluzione per i cittadini

Le moderne tecnologie, entrate a far parte della vita reale, consentono, oggi, di individuare e delineare un quadro pressoché completo delle condizioni di salute di un individuo o di una certa fascia della popolazione. Nel tempo, con l'introduzione delle leggi in materia di riservatezza e protezione dei dati personali, i dati relativi alla salute di una persona fisica sono stati oggetto di maggiore tutela; ma il tema dei dati in ambito sanitario, della possibilità di un effettivo loro utilizzo, della valorizzazione delle informazioni a supporto dei processi decisionali, della loro sicurezza, è quanto mai attuale. Si tratta di un settore che ha conosciuto con la pandemia da covid-19 importanti sviluppi in tempi relativamente ristretti: l'emergenza sanitaria ha messo in evidenza l'importanza della condivisione delle risorse informative per la definizione di protocolli di cura efficaci e tempestivi, ma è noto come l'utilizzo dei dati rimanga un tema critico e ancora, per molta parte, irrisolto.

L'Unione europea negli ultimi anni sta lavorando per uno **Spazio unico dei dati**. Infatti, la complessità delle regole, delle strutture e dei processi nei diversi Stati membri complica sia l'accesso ai dati sanitari sia la loro condivisione, specialmente a livello transfrontaliero. Inoltre, i sistemi sanitari sono adesso sempre più bersagliati da attacchi informatici. Il Regolamento sulla governance dei dati o anche Data Governance Act (DGA)<sup>4</sup> è volto a promuovere la disponibilità di dati e a creare un ambiente affidabile per facilitare il loro uso a fini della ricerca e per la creazione di nuovi servizi e prodotti innovativi. Si tratta di una componente importante della strategia europea per i dati<sup>5</sup>, intesa a rafforzare l'economia basata sui dati, e fa parte del pacchetto digitale insieme alle due più note proposte di regolamento sui servizi e le piattaforme digitali, denominate *Digital Services Act (DSA)*<sup>6</sup> e *Digital Markets Act (DMA)*<sup>7</sup>.

## La sensibilità del dato sanitario tra privacy e nuovi diritti

Il rapporto tra sanità e privacy oggi è un tema cardine perché coinvolge due tra i diritti fondamentali maggiormente esposti all'evoluzione della tecnologia. Diviene dunque fondamentale lavorare da un lato sull'informazione dei cittadini e far sì che siano loro, e nessun altro, a decidere in modo consapevole sui propri dati, conoscendo a pieno tutte le opportunità e i rischi che possono derivare dall'uso di quest'ultimi. Al contempo, al livello istituzionale, occorre un grande sforzo di omogeneizzazione delle procedure e di superamento delle differenze nella gestione dei dati che in questo momento variano non solo tra Regioni diverse, ma anche tra strutture di un'unica regione.

---

<sup>4</sup> <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022R0868&from=EN>

<sup>5</sup> [https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/europe-fit-digital-age/european-data-strategy\\_it](https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/europe-fit-digital-age/european-data-strategy_it)

<sup>6</sup> <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020PC0825&from=en>

<sup>7</sup> <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020PC0842&from=IT>

## 8. Fragilità e non autosufficienze

Nel Rapporto civico si dedica un approfondimento ai temi della riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti e dei caregiver familiari. Sono due ambiti nei quali il sistema del welfare ha mostrato tutte le sue "falle" e i cittadini più fragili sono risultati spesso i più dimenticati. Oggi, dopo anni d'attesa è stata varata la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti e sembreremmo a un passo dall'approvazione di una legge statale che, per la prima volta in Italia, si occupi in maniera diretta dei diritti dei caregiver familiari, definendone tutele e diritti individuali slegati e in aggiunta a quelli della persona di cui hanno cura. Due temi "centrali", dunque, che coinvolgono una platea di circa dieci milioni di persone se sommiamo agli anziani non autosufficienti (3,8 milioni di persone) l'insieme delle famiglie coinvolte e gli operatori professionali.

### Le segnalazioni dei cittadini sull'assistenza domiciliare (ADI)

L'Assistenza domiciliare integrata (ADI) è un ambito nevralgico che concorre alla presa in carico del paziente in ambito territoriale. In questo settore è facile riscontrare le criticità e i disagi che *patiscono* i cittadini a causa dei ritardi nelle riforme e della mancanza di un sistema unitario di presa in carico. Le criticità più frequentemente segnalate in tema di assistenza domiciliare sono difficoltà nella fase di attivazione (24,5%), numero di giorni/ore di assistenza erogati insufficienti (19%), inadeguata gestione del dolore (13,4%), mancanza di alcune figure specialistiche (10,6%), mancanza di assistenza psicologica (9,3%) o carenza di assistenza psicologica (6%), turn over del personale (5,6%), mancata integrazione tra assistenza di tipo sanitario e di tipo sociale (4,2%), servizio non presente/attivo sul territorio (3,7%), sospensione/interruzione del servizio (3,2%).

### La riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti

Attesa da un quarto di secolo, la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti è stata introdotta nel nostro Paese con la Legge delega 33/2023 e il successivo Decreto attuativo 29/2024: il PNRR, infatti, ha previsto una riforma delle non autosufficienze anche in Italia come già accaduto in altri Paesi europei già a partire dagli anni Novanta. **Il Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza**, composto da 60 organizzazioni della società civile, di cui fa parte Cittadinanzattiva, ne ha seguito l'iter sin dall'inizio.

### Lo stato dell'arte della riforma delle non autosufficienze

La Legge delega 33/2023 reca l'impianto generale della riforma, mentre erano attesi decreti attuativi in grado di tradurla in indicazioni puntuali. Il 15 marzo 2024 è stato promulgato, infatti, il Decreto 29/2024: questo, però, in gran parte non contiene le attese indicazioni attuative, ma rimanda a tanti altri decreti e rappresenta di fatto un depotenziamento della Legge delega e anche, in numerosi passaggi di primaria importanza, una modifica dei suoi contenuti. **Non prevede, ad esempio, le modalità utili a trasformare l'attuale indennità di accompagnamento (528 euro mensili per tutti) nella prestazione universale**, graduata secondo la gravità della condizione di salute dell'anziano non autosufficiente. **Non prevede nessuna misura in merito alla qualificazione del lavoro di cura**, in questo momento affidata spesso a badanti non riconosciuti e non qualificati. **Non prevede che ulteriori rimandi riguardo alla residenzialità** e agli standard necessari a definirla. Anche per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, come certificano le segnalazioni dei cittadini ai servizi di tutela di Cittadinanzattiva, quello a cui si sta assistendo è una riforma presente solo sulla carta, ma ancora non in grado di provocare alcun cambiamento nella realtà. Non



c'è ancora la previsione di un servizio domiciliare pubblico progettato per la non autosufficienza e i **2,7 miliardi stanziati già in partenza dal PNRR e poi incrementati in occasione dell'ultima revisione dello stesso PNRR sono stati destinati a un'assistenza domiciliare del tipo consueto, cioè erogata per periodi di tempo limitati e con un'ottica prestazionale**, mentre quello che occorrerebbe è la previsione di un "modello" di assistenza domiciliare ritagliato ad hoc per i bisogni della non autosufficienza.

## I caregiver familiari

Sono otto milioni e mezzo le persone, soprattutto donne, che svolgono il ruolo di caregiver familiare, ossia si prendono cura - per lo più in ambito domestico - di un altro soggetto malato, anziano o disabile.

Tra agosto e settembre di quest'anno, Cittadinanzattiva ha diffuso una indagine online alla quale hanno risposto circa 600 caregiver familiari. Oltre il **29% è caregiver da più di 5 anni, un ulteriore 25% da più di dieci anni**. Emerge dunque chiaramente che il lavoro di caregiver è svolto per lunghi o lunghissimi periodi di tempo, spesso da una stessa e unica persona. Non è un caso dunque che quasi il 45% dei caregiver rispondenti si senta **poco realizzato personalmente** e più della metà (55,8%) dichiarati di aver poco tempo per la sua sfera personale, anche se pensa di essere **molto utile** (55,8%) per la persona di cui ha cura. Inoltre il 73,4% afferma di aver dovuto rinunciare al lavoro o allo studio per alcuni periodi della propria vita. La gran parte (52%) non sa se nella sua Regione vi sia una Legge dedicata ai caregiver e questa inconsapevolezza è diffusa anche tra chi vive in Regioni che hanno attivato normative ad hoc. Rispetto alla previsione di una legge nazionale, i soggetti rispondenti vorrebbero una normativa che riconosca il ruolo **a tutti i caregiver familiari, siano essi conviventi o meno** (78,8%) e a prescindere dal vincolo di parentela (71,4%). **La quasi totalità (92%) ritiene che la legge debba garantire nuove tutele e diritti di tipo "crescente"**, cioè ad una maggiore intensità di cura e impegno dovrebbero corrispondere maggiori tutele. Inoltre il 91% vorrebbe avere **un ruolo "attivo"** nella stesura del **progetto di vita individuale**.

## Il quadro normativo di riferimento sui caregiver

Il quadro normativo di riferimento che attualmente riconosce la figura e i diritti del caregiver familiare è quanto mai disomogeneo e frammentario: gli attuali riferimenti al caregiver sono per lo più presenti in leggi e provvedimenti che hanno come *focus* i diritti della persona con disabilità e che solo incidentalmente introducono norme relative al caregiver. Esistono poi leggi e provvedimenti di carattere regionale, alcuni anche molto avanzati, ma manca una legge statale valida per tutti.

Il profilo del caregiver è stato definito normativamente per la prima volta dalla Legge di Bilancio 2018, che al comma 255 lo definisce come "persona che assiste e si prende cura di specifici soggetti". La figura del caregiver familiare viene anche definita nell'articolo 39 del Decreto legislativo 15 marzo 2024, n. 29. Entrambi i provvedimenti hanno il "merito" di aver delineato la figura del caregiver come soggetto autonomo, destinatario di diritti individuali indipendenti da quelli riconosciuti alla persona di cui egli ha cura. Dal 17 gennaio 2024, su iniziativa del Ministro per le disabilità Locatelli e del Ministro del lavoro e delle politiche sociali Calderone, si è insediato il "Tavolo tecnico per l'analisi e la definizione di elementi utili per una legge statale sui caregiver familiari", del quale Cittadinanzattiva ha fatto parte. Il riconoscimento di diritti e tutele individuali del caregiver familiare è centrale per Cittadinanzattiva, non ultimo perché il tema ha una forte connotazione di "genere", essendo la gran parte dei caregiver donne, e di generazione essendo in crescita i "giovani caregiver".

## 10 priorità per un Servizio sanitario più forte ed equo

- ✓ Alla data prevista del 1° gennaio 2025 dare piena e totale attuazione ed esigibilità a tutti i cittadini e su tutto il territorio nazionale dei LEA 2017 e garantire d'ora in avanti, come previsto, una revisione costante e certa dei Livelli essenziali di assistenza
- ✓ Dotare il Paese di un nuovo Piano sanitario nazionale, assente dal lontano 2008, per ottenere, insieme a una programmazione dell'offerta sanitaria coerente con i tempi, il sostegno del Parlamento, l'impegno trasversale a un progressivo e adeguato finanziamento per la sanità con risorse commisurate alle riforme, la collaborazione delle Regioni
- ✓ Investire nel potenziamento delle infrastrutture digitali e di interconnessione dei dati, lavorando sulle competenze digitali tanto dei cittadini quanto dei professionisti sanitari
- ✓ Rilanciare politiche sul personale sanitario, co-progettando organicamente ruoli e fabbisogno di tutti i professionisti sanitari, riformando i processi di formazione, valutazione e sviluppo delle competenze, incentivando le professioni considerate meno attrattive
- ✓ Investire su ogni livello della prevenzione, dall'alfabetizzazione sanitaria agli stili di vita alle campagne vaccinali alla diagnosi precoce, e implementare i provvedimenti previsti, al livello nazionale e regionale, per potenziare e rendere i servizi di prevenzione vaccinale e di screening più accessibili e uniformi
- ✓ Garantire la piena e tempestiva attuazione delle disposizioni previste dal Decreto liste d'attesa con particolare riguardo al governo delle agende, agli aspetti di monitoraggio del dato e all'uniformità delle procedure sul territorio
- ✓ Accelerare l'implementazione delle Case della comunità, delle Centrali operative territoriali e degli Ospedali di comunità per garantire una migliore assistenza di prossimità nel più breve tempo possibile, ma intanto potenziare le reti dell'assistenza primaria e i servizi territoriali già presenti nelle comunità
- ✓ Rafforzare e incentivare il personale sanitario nei reparti di Emergenza-urgenza, riducendo le disparità regionali nell'accesso ai servizi sanitari
- ✓ Promuovere attraverso campagne informative un uso più consapevole dei farmaci, con particolare attenzione agli antibiotici e il sostegno all'uso dei farmaci equivalenti
- ✓ Garantire processi di approvazione più celeri e un accesso più rapido ed equo per i farmaci innovativi.