



XV REPORT CNAMC-CITTADINANZATTIVA/ Costi stellari e "fai-da-te" per malati e famiglie

# Cronici, il Piano è inesistente

I gap: prevenzione, presa in carico integrata, relazione con il medico

**C**osti stellari per pagare farmaci, assistenza e ricoveri: anche fino a 60mila euro di tasca propria per una Rsa. Screening assenti e ritardi diagnostici di anni, fino al 60% dei casi.

**Servizi socio-sanitari latitanti.** Tempi di ascolto ridotti al minimo sulla carta e ricetta elettronica "non pervenuta". Sono dati drammatici quelli riportati nel XV Rapporto sulle politiche della cronicità, presentato giovedì scorso a Roma dal Coordinamento nazionale delle associazioni dei malati cronici (CnAmc) di Cittadinanzattiva, con il contributo non condizionato di Merck&Co per il tramite della sua consociata Msd.

Emblematico il titolo - "In cronica attesa" - che delinea un mondo immobile, si direbbe impermeabile, alle novità introdotte più o meno di recente. Attesa perché sia finalmente attuato il Piano nazionale cronicità, approvato in Conferenza Stato-Regioni sette mesi fa. Fino a oggi questo strumento di programmazione - pensato per dare ordine e governance al settore che rappresenta il primo campanello d'allarme per l'assistenza e la sostenibilità della spesa sanitaria, ha prodotto frutti ben magri: recepito formalmente soltanto in due Regioni, Umbria e Puglia, viene "sboconcellato" qua e là in giro per l'Italia, in ordine sparso, a suon di corsi di formazione "spot" per i medici e di altri provvedimenti frammentari. Il report è l'occasione per fare il punto: al netto della valutazione positiva sull'esistenza di un documento di programmazione considerato necessario, dalle associazioni che rappresentano oltre 100mila cittadini - per il 64% malati cronici e per il 36% "rari" - arriva un ritratto a tinte fosche.

**Il Piano cronicità resta sulla carta.** Oltre il 60% delle associazioni segnala la carenza di servizi socio-sanitari sul territorio (dalla logopedia all'assistenza domiciliare) e le difficoltà di orientarsi fra i servizi, più del 50% evidenzia difficoltà in ambito lavorativo, disagi nel comunicare la malattia, difficoltà economiche. Nel rapporto con il medico, il 78% riscontra di aver poco tempo a disposizione per l'ascolto, di aver visto sottovalutati i propri sintomi (44%), la poca reperibilità (42%) e la scarsa empatia (26%). Ancora indietro la prevenzione: ben il 56% non è stato coinvolto in programmi ad hoc nell'ultimo anno. E se mai questi programmi si limitano ad ali-

«Il superticket va abrogato, ma non per far cassa»



«Non sfruttiamo l'abrogazione del superticket per far cassa in altro modo, sulla pelle dei pazienti». Il responsabile del Coordinamento delle associazioni dei malati cronici, **Tonino Aceti**, parte dai gap rilevati nel report "In cronica attesa" per lanciare la posizione del Tdm-Cittadinanzattiva rispetto alle ipotesi di revisione della compartecipazione.

«Intanto - tiene a precisare - il superticket non varrebbe gli 834 milioni stimati ma circa 530 milioni di euro. Va in ogni caso abrogato, perché allontana i cittadini dal servizio pubblico, visto che per la specialistica ambulatoriale le persone si spostano tutte sul privato. Ma eliminare quel balzello da 10 euro - avvisa Aceti - non deve comportare un mero spostamento dei costi a carico degli utenti da una voce di assistenza all'altra, ai codici verdi in Pronto soccorso».

Il coordinatore del Tdm ricorda come i codici verdi non siano "inappropriati". Sia perché «se una persona avverte un dolore toracico, è giusto e giustificabile che vada in

Pronto soccorso, sia perché davanti alle tante, troppe inadeguatezze del territorio, in Ps si finisce tutti o quasi. Se non fai gestione appropriata della cronicità, produci inappropriata in altre aree, come il Ps. Il 60% degli accessi in Pronto soccorso è in codice verde, tanto che non era previsto il pagamento del ticket».

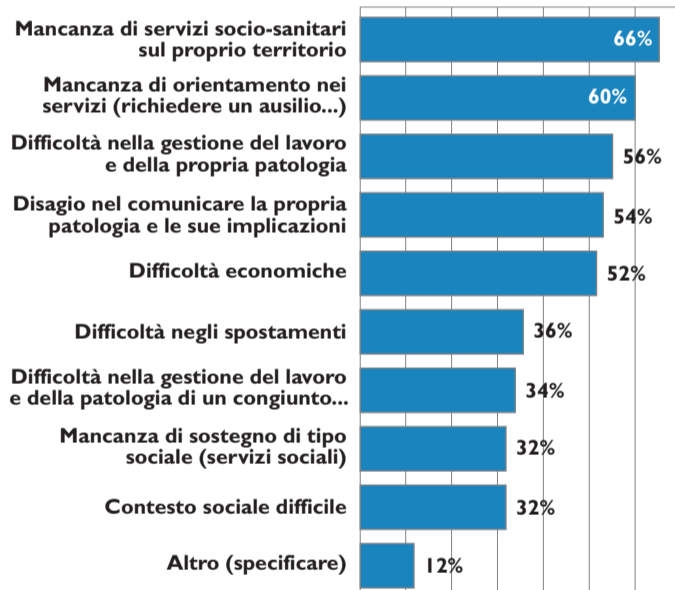
Il punto è capire dove trovare le risorse. Il Tdm-Cittadinanzattiva indicano tre possibili strade, che anche il tavolo tecnico presso il ministero sta vagliando tra le ipotesi allo studio: «Destinare in modo diverso - spiega Aceti - le entrate che derivano dall'intramoenia; finalizzare i nuovi ticket attesi con l'entrata in vigore dei Livelli essenziali di assistenza aggiornati; reinserire nel circuito pubblico tutta una serie di prestazioni che oggi sono nel privato, ad esempio riportare i laboratori analisi in ambito Servizio sanitario nazionali».

B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Difficoltà di accesso alle cure

Rispetto la patologia di riferimento della vostra Associazione quale difficoltà di accesso alle cure dovuta a un disagio sociale e/o a una condizione di fragilità avete riscontrato con maggiore frequenza nell'ultimo anno (2016)?



mentazione (24%) e stili di vita corretti (20%). Più della metà (58%) dice di non essere stato sottoposto a programmi di screening nel caso in cui a un familiare sia stata riscontrata una malattia genetica e il 60% conferma un ritardo diagnostico.

La presa in carico del paziente è il cuore del Piano nazionale cronicità, ma il 40% delle associazioni dichiara

il coinvolgimento in progetti multidisciplinari solo di alcuni pazienti; nel 39% dei casi, nessuno. Quanto alla riorganizzazione dell'assistenza sul territorio, sempre il 39% degli intervistati non riscontra alcun cambiamento nell'introduzione di Aft e Uccp. Di conseguenza, nel 68% dei casi si va in Pronto soccorso. Per un'associazione su due non esiste un percorso age-

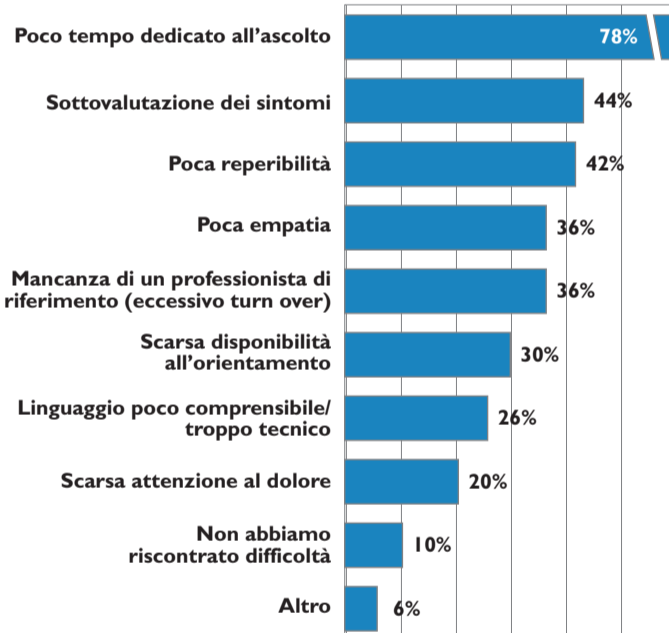
volato che garantisca tempi certi per l'accesso alle prestazioni.

**Ricoveri inappropriati o "salati".** La riduzione dei posti letto ospedalieri comporta che, in due casi su cinque, i pazienti debbano ricoverarsi lontano o, in più di un caso su tre, accontentarsi di un posto letto in un reparto non idoneo (ad esempio, ragazzi ricoverati in reparti per adulti). Quando il ricovero

avviene in una struttura riabilitativa, lungodegenza o Rsa, i cittadini segnalano lunghe attese (68%), la mancanza di équipe multi-professionali (40%), la necessità di pagare una persona che assista il ricoverato (32%) o il costo eccessivo della struttura (28%). In caso di assistenza domiciliare, ci sono ostacoli nell'attivazione (63%), nel numero insufficiente di ore erogate

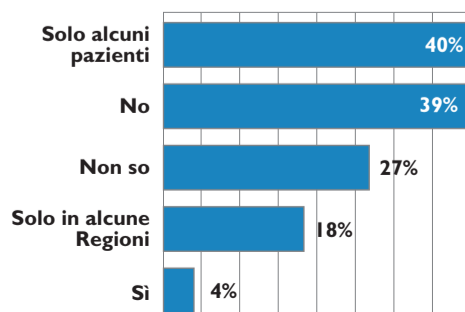
## Difficoltà nel rapporto medico/paziente

Stando alle segnalazioni ricevute nel 2016 quali difficoltà avete riscontrato nel rapporto medico/paziente?



## Inserimento in Pai

I pazienti della vostra Associazione nel 2016 sono stati inseriti in Pai (Piani assistenziali individuali) o in Progetti assistenziali personalizzati o in progetti educativi personalizzati (progetti di cura multidisciplinari che tengono conto anche di problematiche socio-assist.li)?



## Innovazioni

Avete riscontrato nell'ultimo anno (2016) delle innovazioni?

Non abbiamo riscontrato innovazioni	48%
Farmaci	28%
Introduzione di Pdta (percorsi diagnostici terapeutici assistenziali)	24%
Utilizzo di strumenti diagnostici maggiormente accurati	18%
Utilizzo di dispositivi medici innovativi (a es. elementi impiantabili sotto forma di piccoli chip, dispositivi per l'infusione continua della terapia insulinica, protesi particolari ecc.)	10%
Telemedicina (impiego di tecnologie informatiche e della comunicazione per lo scambio di informazioni utili alla diagnosi, al trattamento e alla prevenzione della patologia)	10%
Nelle procedure (semplificazione di iter complessi)	4%
Altro	4%

## Criticità riconoscimento invalidità

Avete riscontrato nell'ultimo anno criticità legate al riconoscimento dell'invalidità civile e/o handicap?

Difficoltà di accesso all'indennità di accompagnamento	46%
Difficoltà di accesso per il riconoscimento dell'handicap in situazione di gravità (art. 3, comma 3)	41%
Difficoltà di accesso per il riconoscimento dell'handicap	39%
Difficoltà di accesso alla pensione di inabilità	31%
Difficoltà di accesso all'assegno mensile di invalidità civile	27%
Difficoltà di accesso all'indennità di frequenza	15%
Percentuale riconosciuta non adeguata	13%
Non so	7%
Nessuna criticità	7%
Altro	4%