

## PIATTAFORMA

### SANITA' SOCIO-SANITARIO NON AUTOSUFFICIENZA

---

La crisi che da diversi anni sta attraversando il nostro paese ha messo in ginocchio l'economia, lo stato sociale e rischia di far saltare la coesione sociale. Sempre più persone scivolano sotto la soglia della povertà e rinunciano a curarsi ( l'indagine del CENSIS parla di 9 milioni di italiani e di questi 2 milioni sono anziani) In sanità i continui tagli dal 2011 (30miliardi in meno di finanziamento) hanno messo in serio pericolo la tenuta del sistema e l'universalità del diritto. Il fiscal compact, le politiche fiscali europee impongono limiti troppo rigidi alla finanza pubblica perché si ritiene che spendiamo troppo per il Welfare in generale e anche per la sanità. Ma il nostro sistema sanitario non è affatto tra i più costosi. Il rapporto OASI 2013, presentato alla Bocconi, dice che il nostro sistema è sobrio e che, confrontato con gli altri paesi, la spesa pro capite a parità di potere d'acquisto è di 2419 € meno dei 3318 € della Germania, dei 3133 € della Francia e dei 2747€ del Regno Unito. Anche la classifica stilata dall'agenzia americana Bloomberg conferma che il nostro sistema sanitario è quello che spende meno con il miglior risultato. Per l'aspettativa di vita e costo pro capite l'Italia è passata dal sesto al terzo posto nella classifica mondiale ed è la prima in Europa.

Da molto tempo si sostiene la necessità di riformare il nostro sistema sanitario. Abbiamo la certezza che il problema non si risolve continuando a ridurre la spesa e gli investimenti. È necessario invece preservare l'universalismo, promuovere quelle innovazioni indispensabili per adeguare il SSN ad una domanda di tutela in continuo cambiamento, ricercando la sostenibilità del sistema al fine di garantire una protezione universale a carico della fiscalità generale, evitando di mettere in concorrenza il pubblico con il privato a vantaggio di quest'ultimo.

È importante ripensare a riqualificare la spesa sanitaria rispettando i LEA ( livelli essenziali di assistenza). I livelli essenziali di assistenza, definiti nel 2001, devono essere aggiornati e riqualificati, la revisione già disposta nel 2007, ma mai adottata, non è più attuale ed è da rivedere. Il pericolo, in presenza di questa crisi, è che vengano ridotti ulteriormente senza una attenta valutazione dei bisogni emersi e da tutelare. Devono essere aggiornati rapidamente tenendo conto dei progressi in campo scientifico e tecnologico. Ancora più impor-

tante è definire i LEPS (livelli essenziali delle prestazioni sociali). È vero che per la realizzazione dei LEPS ci sono ancora problematiche aperte dovute a ragioni economiche e alla piena attuazione del federalismo fiscale, ma bisogna che lo Stato trovi le modalità di definirli, come prevede la Costituzione. La Costituzione all' art. 117 lettera M: "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali concernenti diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale". Allo Stato quindi spetta la loro definizione e alle regioni, province e comuni, compete la realizzazione. Ancora: per riqualificare la spesa in sanità occorre impegnare le risorse del fondo sanitario nazionale in modo appropriato investendo di più sulle politiche di prevenzione, sull'appropriatezza delle prestazioni, sulla trasparenza e la riqualificazione del lavoro, in particolare il lavoro povero ( il lavoro di cura) ottenendo quei risparmi che derivano dalla riduzione degli sprechi.

La crisi ha colpito pesantemente anche il Piemonte che, dopo la Liguria, ha la popolazione più anziana. A gennaio 2013 gli >65 risultano il 23,75% e di questi un elevato numero vive solo e spesso in condizione di isolamento. Inoltre in Piemonte, a causa della crisi, dei debiti, delle riforme sui servizi sociosanitari, (riduzione di risorse nazionali e regionali per la gestione dei servizi agli EEGG e la riforma del modello residenziale, ecc...) il piano di rientro per la sanità, si è notevolmente ridotta l'offerta dei servizi per la non autosufficienza scaricando maggiori costi sulle famiglie. Per l'inserimento in RSA (casa di riposo) su un posto convenzionato, risultano 17.000 anziani in lista di attesa già valutati dalla commissione UVG (unità di valutazione geriatrica) e 13.000, anch'essi già valutati, per essere assistiti a domicilio.

Alla luce di questo quadro in Piemonte è necessario fare una approfondita riflessione per riorganizzare e valorizzare la spesa per la sanità, (rispettando i LEA ) l'assistenza e il socio sanitario, perché i tagli lineari non sono assolutamente una revisione efficace della spesa, ma solo una riduzione dei servizi e portano ad un ulteriore impoverimento della popolazione più indifesa e fragile, in particolare gli anziani e i non autosufficienti. Il sistema sanitario sempre di più deve integrarsi con il sistema socio-sanitario e socio- assistenziale.

Con questo documento si intende contribuire alla discussione per la riorganizzazione della sanità e delle politiche sociali, ragionando sull'utilizzo e allocazione delle risorse, intervenendo sulle inefficienze e inadeguatezze, rispettando e perseguendo i principi fondamentali del diritto alla salute universale per tutti.

E' necessario ripristinare un tavolo di confronto con la nuova Giunta ed in particolare con gli assessori alla sanità e alle politiche sociali. Un tavolo al quale siano presenti tutte le parti sociali e attori interessati, sindacato, Anci ecc... perché se non si coinvolgono tutti gli operatori le riforme non si fanno. Noi non vogliamo ricominciare da zero una discussione sulla riforma sanitaria, ma cancellare quelle norme che hanno messo in crisi il sistema, siamo disponibili a ricercare soluzioni condivise per migliorare l'offerta e la qualità dei servizi ai cittadini pur con risorse limitate. La sanità e i servizi sociali piemontesi sono sempre stati descritti tra i migliori in Italia, pertanto il Piemonte non può uscire dal "commissariamento- sorvegliato speciale " penalizzando ulteriormente i cittadini con il taglio dei servizi scaricando i costi su lavoratori e pensionati.

È necessario anche nella nostra Regione recuperare trasparenza (legalità), negli appalti nella gestione delle convenzioni ecc... e perseguire l'obiettivo dell'appropriatezza delle prestazioni. Pensare all'appropriatezza non come fare di più e spendendo meno, ma come ottenere il miglior risultato evitando gli sprechi, le inefficienze, rendendo più efficace il percorso di cura. Ad es: il ricovero ospedaliero può essere erogato nella migliore struttura all'avanguardia ma se tratta un paziente che non ha bisogno di un soggiorno in ospedale produce il massimo dell'inefficienza. È possibile fare meglio ottimizzando l'uso dei farmaci, delle prestazioni specialistiche, evitando l'erogazione di interventi che rispetto al bisogno risultano inutili e inefficaci. È indispensabile coinvolgere i medici di medicina generale chiedere loro di assumersi la responsabilità delle prescrizioni, di favorire la riduzione dei costi della medicina difensiva, devono dialogare e spiegare ai pazienti quale farmaco, quale prestazione diagnostica è più idonea alla ricerca di diagnosi o cura della sintomatologia e patologia che presentano i pazienti e non invece eseguire le richieste dei pazienti solo per il timore di essere denunciati e per questo far fare esami inutili e costosi sprecando risorse preziose del sistema sanitario nazionale.

Nell'ambito delle politiche sociali siamo per un sistema di presa in carico globale della persona. La Regione ha specifiche competenze dettate dalla legge 328/2000 cioè programmare e coordinare gli interventi sociali. Chiediamo l'applicazione della legge 1 del 2004 che stabiliva precise funzioni della Regione e costituiva il fondo per la gestione dei servizi sociali. Chiediamo anche l'applicazione della legge 10 del 2010 che, all'articolo 12, stabiliva il finanziamento dei servizi domiciliari per persone non autosufficienti sia dal fondo sanitario sia dalle risorse proprie regionali. La giunta Cota nel 2011 propose di modificare il modello residenziale e noi chiedemmo, fin da subito, il ritiro delle delibere che smantellava il sistema socio sanitario piemontese che, pur con tutti i suoi limiti, offriva

assistenza di qualità e servizi di integrazione socio sanitaria a condizioni più favorevoli che nelle altre regioni. Il modello residenziale si articolava su tre/quattro fasce di gravità, Bassa 5/6 punti, Media 7/8, Alta 9/12 punti. Prevedeva a carico del SSR la compartecipazione del 50% della retta complessiva sulla Bassa e Media gravità. Al livello di alta intensità base l'incidenza della quota a carico del SSR era del 54% con un livello incrementato fino al 57%. La DGR 45 invece ha previsto sei fasce portando la compartecipazione da parte del SSR al 50% su tutti i livelli (come previsto dal DPCM 2001). Il precedente modello aveva un difetto importante: non era applicato in modo omogeneo in tutta la Regione, infatti ancora oggi una retta sulla Alta intensità costa a Torino 100 €, a Novara 95 € e ad Alessandria 50). Pertanto la combinazione per omogeneizzare le differenti tariffe, anche in presenza della riduzione del 3% le tariffe in vigore e portare la percentuale dal 54-57% al 50% di compartecipazione della sanità su tutte le fasce, ha creato l'aumento delle rette a carico degli utenti/comuni.

Tuttavia abbiamo lavorato per evitare disagi agli utenti e possiamo dire che alcuni risultati sono frutto dell'azione sindacale:

1. la gradualità nell'adeguamento del tariffario
2. riclassificazione degli utenti da parte UVG
3. garanzia della continuità assistenziale per gli utenti
4. tutela dei contratti firmati da CGIL CISL e UIL
5. budget vincolato di risorse del FSR
6. monitoraggio dell'applicazione delle nuove norme.

## **LA NOSTRA PROPOSTA SULLA SANITÀ**

Chiediamo:

1. più promozione della salute e prevenzione
2. riorganizzazione delle cure primarie con più centri di assistenza primaria con l'obiettivo di unificare le figure del medico del territorio, organizzare la medicina di famiglia in forme aggregate in grado di assicurare l'accesso nelle 24 h 7 giorni su 7
3. sviluppare la sanità di iniziativa, mettere lo specialista al servizio dei percorsi di diagnosi e cura (anche coinvolgendo i professionisti ospedalieri), regolare la presa in carico dei malati cronici, per prevenire le complicazioni più gravi e rendere più appropriato il ricorso al pronto soccorso

4. nel riordino delle rete ospedaliera, occorrerà prioritariamente individuare punti di riferimento sul territorio (CAP, case della salute, ospedale di comunità ecc.) strutture dove trovare:
- Accoglienza, informazione, prima valutazione del bisogno della persona, orientamento ai servizi sanitari e sociali per problematiche specifiche
  - Gestione coordinata delle patologie croniche
  - Pianificazione e gestione integrata dell'assistenza domiciliare
  - Educazione sanitaria per favorire stili di vita sani e per una migliore gestione della propria patologia
  - Assicurazione della continuità delle cure per problemi ambulatoriali e domiciliari
  - Assistenza medica, infermieristica, riabilitativa e farmaceutica di base

### **SOCIO-SANITARIO INTEGRAZIONE NON AUTOSUFFICIENZA**

In attesa che a livello nazionale si definiscano i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS ) chiediamo l'applicazione delle normative vigenti. D. P. C. M. 29/11/2001 che nell'allegato 1, punto 1. C elenca le prestazioni che il servizio sanitario nazionale deve garantire in riferimento all'area socio- sanitaria. Recepito e applicato in Piemonte con delibera 51 del 2003. La Dgr 51 nel recepire il DPCM definiva i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nell'area delle cure domiciliari e della residenzialità. Nell'allegato A ne fissava i criteri di erogazione per le cure domiciliari e i costi a carico del sistema sanitario. La legge 10 del 18 febbraio poi "servizi domiciliari per persone non autosufficienti" individuava le finalità art.1. Partendo proprio dalla Dgr 51 noi chiediamo di ripristinare il confronto con le OOSS, gli EELL, gli Enti Gestori ecc... Il tavolo congiunto nel 2003 aveva consentito la definizione di un modello organizzativo integrato fra sanità e sociale di un certo livello, tanto da riconoscere al Piemonte attenzione e sensibilità per le fasce più deboli, gli anziani e i non autosufficienti. Pensiamo si debba costruire un sistema di forte integrazione, omogeneo su tutto il territorio, capace di adattarsi a seconda delle necessità e non rigido come quello attuale, per cui se si sceglie per un progetto domiciliare si viene esclusi da un progetto residenziale e viceversa. L'obbiettivo deve essere il sostegno a domicilio fino a quando è possibile, finalizzato al mantenimento dell'autonomia funzionale, al recupero delle capacità residue, con un impegno importante socio sanitario e un minor impegno sanitario realizzando così quei risparmi derivanti dall'appropriatezza dei ricoveri e

dei minori accessi al pronto soccorso. Costruire un progetto assistenziale individuale ( PAI) che valuti nel suo complesso la situazione sia sanitaria che sociale. Secondo noi deve essere fatta prima la valutazione sanitaria e poi, con i familiari, la valutazione sociale per decidere quale progetto risulta più appropriato per il paziente; ovvero il ricovero in struttura, frequentare un centro diurno o un PAI domiciliare. Non ci sembra giusto far scegliere all'atto della richiesta di visita UVG. (Unità di Valutazione Geriatrica)

Tutto questo deve avere risorse certe del FSR ( fondo sanitario regionale) piena applicazione della legge 10/2010 “ servizi domiciliari per le persone non autosufficienti” che ridefinisce (all'articolo 2 comma 3 ) le cure domiciliari in armonia con il criterio utilizzato dalla DGR 51, garantendo così l'applicazione della DGR 39 del 2009 che istituiva un contributo economico a sostegno della domiciliarità (assegno di cura) per gli anziani non autosufficienti e la delibera 56/ 2010 per disabili con meno di 65 anni che stabiliva altresì che il costo complessivo del piano individuale di assistenza è per il 50% quota sanitaria (LEA) e il 50% sociale a carico dell'utente/ comune.

Il Piemonte per la sanità riceve dal fondo sanitario nazionale circa 8 miliardi che dal 2012 non viene più ripartito alle aziende sanitarie in modo indistinto ma con le seguenti percentuali:

Prevenzione 5%

Distrettuale 51%

Ospedaliera 44%

E nella tabella A 1 della Dgr 59/2013 per gli > 65enni vengono ripartiti sull'area distrettuale il 6% del 51%.

## **PROPOSTE SULLA RESIDENZIALITÀ E DOMICILIARITÀ**

### **Residenzialità:**

La Regione con DGR 45 del 2012 trasformava il modello, ad agosto 2013 con la DGR 85 definiva il budget vincolato di 265 milioni di €, pari a quanto speso dalle ASL nel 2012. Con questo budget e la riduzione del 3% delle tariffe la Regione si poneva l'obiettivo di incrementare il convenzionamento fino al 1,6 % dei posti letto.

Con la Dgr 16 del novembre 2013 si ripartiva il budget con gli obiettivi alle ASL per il 2013/2014 . Quasi tutte non hanno raggiunto gli obiettivi. Dalla tabella sottostante si evince che hanno speso nel 2013 circa 11% in meno di quanto loro assegnato e anche il

10% in meno delle giornate previste. In presenza di questi dati ci domandiamo, le risorse erano o no vincolate? Nonostante ciò riconfermiamo una proposta chiedendo di vincolare le risorse a copertura delle quote sanitarie.

<b>RESIDENZIALITA' : SINTESI OBIETTIVI E RISULTATI FINANZIARI NELLE ASL PIEMONTE</b>								
<b>DGR 16- 6690 19 novembre 2013</b>								
PROV	GIORNATE OBIETTIVO	GIORNATE EFFETTUATE	DIFF GIORN EFF - OB	% diff su OB	BUDGET ASS	SPESA ASL*	DIFF SPESA - BUDGET	% diff su BUDGET
AL	723.325	603.364	-119961	-16,58	29.497.449	23.967.675	-5.529.774	-18,75
AT	274.077	235.204	-38873	-14,18	11.144.655	8.998.301	-2.146.354	-19,26
BI	255.157				10.851.952			
CN1	619.862	551.799	-68063	-10,98	26.330.283	24.534.260	-1.796.023	-6,82
CN2	259.424	204.720	-54704	-21,09	10.638.698	8.139.706	-2.498.992	-23,49
NO	378.958	336.028	-42930	-11,33	16.942.210	14.582.935	-2.359.275	-13,93
TO1	653.330	545.864	-107466	-16,45	28.662.458	24.088.869	-4.573.589	-15,96
TO2	665.994	705.306	39312	5,90	29.072.219	34.286.387	5.214.168	17,94
TO3	773.791				33.913.633			
TO4	618.744	582.664	-36080	-5,83	26.777.088	24.066.112	-2.710.976	-10,12
TO5	370.749	283.448	-87301	-23,55	16.617.504	12.752.676	-3.864.828	-23,26
VC	286.887	244.176	-42711	-14,89	12.725.798	11.024.979	-1.700.819	-13,37
VCO	256.480	200.712	-55768	-21,74	11.826.052	9.769.619	-2.056.433	-17,39
<b>TOTALE</b>	<b>6.136.778</b>	<b>4.493.285</b>	<b>-614545</b>	<b>-10,01</b>	<b>265.000.000</b>	<b>196.211.519</b>	<b>-24.022.895</b>	<b>-10,91</b>

**Note:**

1. Mancano i dati di TO3 e di Biella
2. Solo TO2 raggiunge, superandoli, gli obiettivi prefissati dalla Dgr 16-6690 del 19 novembre 2013

Nella proposta, abbiamo quindi definito un budget a 322.406.700 milioni di €, vincolato alla copertura delle quote sanitarie delle rette di ricovero in strutture residenziali per il 2014. Questa cifra corrisponde al 70% di 460.581.000 milioni di €, risorse per gli >65 enni come si evince nella delibera n°59-6674 del 11 novembre 2013 "Determinazione obiettivi economici- finanziari delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2013" tabella A 1.

Il 70% delle risorse complessive del FSR destinate alla non autosufficienza deriva dalla comunicazione della Regione ad una ricerca del CORIPE.

La nostra proposta si pone l'obiettivo di ripristinare le condizioni di miglior favore di compartecipazione nei livelli di intensità assistenziali corrispondenti alla "Alta", alla "Alta incrementata" e all'"Alzheimer". Consentirebbe inoltre di mantenere invariata la spesa a carico degli utenti/comuni e di incrementare i posti letto convenzionati a più di 19000 che si avvicina significativamente all'obiettivo del 2% come era previsto nel piano del 2007/2010.

La Regione si era posta l'obiettivo di incrementare il numero dei posti letto di 1644.

La nostra proposta invece, come si può notare dalla tabella sottostante, prevede un incremento di 4371 posti letto pari all' 1,92% degli > 65enni.

### CONFRONTO PROPOSTA REGIONE E NOSTRA PER P.L. IN RSA

con tariffe nuove (Dgr85) e compart. nuova (Dgr 45)	PROPOSTA REGIONE						
	Pop > 65	PL 2012	FINANZIAMENTO 2013-2014			INCR PL	
			€	giornate	PL attesi		€/PL
	1.019.577	15.169	265.000.000	6.136.777	16.813	43,18	1.644
% PL/Over 65		1,49			1,65		

con tariffe nuove (Dgr85), compart. PRECEDENTE (Dgr 17), finanziamento 322 milioni	PROPOSTA						
	Pop > 65	PL attesi dalla PRPOSTA REGIONE	RISORSE NECESSARIE 2013-2014			INCR PL ipotesi SPI rispetto ai PL 2012	
			€	giornate	PL attesi		€/PL
	1.019.577	16.813	322.406.700	7.112.435	19.540	45,33	4.371
% PL/Over 65		1,65			1,92		

### Domiciliarità :

Abbiamo costruito la proposta partendo dalle informazioni contenute nella Dgr 1-2687 del 2011 (ripartizione del Fondo Non Autosufficienza Nazionale del 2010) unica fonte che segnala i progetti in essere al 31/12/2010 che risultano 9.579 e 13.360 in lista di attesa già valutati dall'unità di valutazione geriatrica. Ad oggi ci risulta che i progetti per la domiciliarità (assegno di cura) sono finanziati esclusivamente dal Fondo Nazionale non Autosufficienze, con la compartecipazione solo di qualche ASL e non si riconosce ad essi nessuna Quota di FSR ( LEA).



Essendo la domiciliarità un obiettivo previsto anche dal nuovo Patto per la Salute, all'art 6 infatti vengono richiamati gli impegni che le regioni dovranno assumere. La nostra proposta, così come per la residenzialità, ha definito un budget di 125.278.038 pari al 27,2% dei 460.581.000 di € (risorse del FSN destinate alle ASL per gli >65 e la % deriva dalle comunicazione della Regione alla ricerca del CORIPE.

Supponendo, sulla base della Dgr 39/2009, che in media un progetto domiciliare costi 6.000€ all'anno per la quota sanitaria (1/3 circa del costo di un posto letto residenziale), con il 27,2% di budget si potrebbero finanziare 20.880 progetti rispondendo così a quasi tutti i 13.000 in lista di attesa.

<b>2013. ripartizione F.N.S. alle ASL per Assistenza domiciliare DGR 59/2013</b>							
<b>IPOTESI DI NUMERO PROGETTI (Ass. di Cura) FINANZIABILI</b>							
ASL	> 65 (2011)	€ tot° FSN 2013	<b>27,2% domiciliare</b>	Progetti Finanziati 2011*	costo unitario dei progetti	N° progetti finanziabili con il 27,2%	% su >65
TO 1	116.875	52.796.856	<b>14.360.745</b>			<b>2.393</b>	2,05
TO 2	100.365	45.338.564	<b>12.332.089</b>			<b>2.055</b>	2,05
TO 3	126.346	57.075.206	<b>15.524.456</b>			<b>2.587</b>	2,05
TO 4	113.070	51.077.941	<b>13.893.200</b>			<b>2.316</b>	2,05
TO 5	63.516	28.692.549	<b>7.804.373</b>			<b>1.301</b>	2,05
VC 6	44.005	19.878.702	<b>5.407.007</b>			<b>901</b>	2,05
BI 7	44.456	20.082.435	<b>5.462.422</b>			<b>910</b>	2,05
NO 8	73.080	33.012.985	<b>8.979.532</b>			<b>1.497</b>	2,05
VCO 9	40.855	18.455.729	<b>5.019.958</b>			<b>837</b>	2,05
CN1 10	93.304	42.148.901	<b>11.464.501</b>			<b>1.911</b>	2,05
CN2 11	37.328	16.862.451	<b>4.586.587</b>			<b>764</b>	2,05
AT12	50.100	22.632.041	<b>6.155.915</b>			<b>1.026</b>	2,05
AL13	116.277	52.526.662	<b>14.287.252</b>			<b>2.381</b>	2,05
<b>Totale</b>	<b>1.019.577</b>	<b>460.581.022</b>	<b>125.278.038</b>	<b>9.579</b>	<b>6.000</b>	<b>20.880</b>	<b>2,05</b>

\* **9579 progetti** attivati e ancora in essere finanziati con il Fondo Non Autosufficienze Nazionale: non si conosce la quota sanitaria

Così facendo si potrebbe realmente decongestionare i pronto soccorsi, ridurre i ricoveri ospedalieri inappropriati, migliorando la qualità di vita delle persone malate croniche e degli anziani con un notevole risparmio per la Sanità regionale