



## DIRITTO ALLA SALUTE... LO ABBIAMO VERAMENTE?

CONVEGNO PROMOSSO DALLA FAP ACLI VENETO

Verona sabato 19 ottobre 2019

Centro Mons. Carraro – Lungadige Attiraglio 45

### Presentazione della Fap Acli

La Federazione Anziani e Pensionati è una associazione specifica delle Acli che promuove e tutela i diritti degli anziani e dei pensionati in ambito previdenziale, assistenziale, sociale e sanitario.

La Fap è una federazione sindacale che si propone di rappresentare in termini attuali i pensionati e gli anziani sui temi della previdenza, della sanità e del sistema socio-assistenziale nel contesto del bene comune.

### Il percorso della Fap del Veneto nell'ambito socio sanitario

La Fap del Veneto, in collegamento con le province, ha affrontato nell'aprile 2017 la situazione dei servizi socio sanitari territoriali dopo l'approvazione della L.R. 19 del 25 ottobre 2016. Sono stati affrontati in particolare: la nuova configurazione territoriale costituita dalle nuove 9 ULSS in sostituzione delle 21 precedenti e la conseguente riorganizzazione dei distretti, i servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali per gli anziani ed i non autosufficienti, medicine di gruppo, UVMD procedure di accesso ai servizi, funzionamento dei CUP e Piani di zona.

Nel marzo del 2019 La Fap Veneto ha affrontato il tema delle **“Welfare e disuguaglianze nella sanità”**, con il supporto di alcuni indicatori avendo presente il ruolo della Regione nel contesto delle principali questioni della sanità.

Successivamente, sempre nel mese di marzo 2019, La Fap ha affrontato – con il contributo della Fondazione Zancan un esame ragionato del Piano Socio Sanitario del Veneto. Sono stati presentati i cambiamenti strutturali della società riguardanti incentrati l'invecchiamento della popolazione, e altri indicatori di fragilità e di non autosufficienza. E' emersa l'importanza del nuovo ruolo affidato al **distretto**, finalizzato alla misurazione dei bisogni, alla traduzione degli stessi in domanda ed alla necessità di garantire la continuità assistenziale in particolare per le situazione di **non autosufficienza** e le forme di **cronicità** ed alla adozione dei team multiprofessionali.

## **WELFARE E DISUGUAGLIANZE NELLA SANITA'**

### **LA SANITA' PUBBLICA ..... CHE CI È PRIVATA**

*A cura di Franco Marchiori, Segretario Fap Acli Venezia*

Sono ormai trascorsi più di 40 anni dalla istituzione del Servizio Sanitario Nazionale per attuare il principio universalistico sancito dall'art.32 della Costituzione "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività".

### **Quale lo stato di salute della Sanità?**

#### **LA DIAGNOSI**

La spesa complessiva per la sanità nel 2017 ha raggiunto 154 miliardi, ripartiti tra **114** miliardi della parte pubblica ed i **40 miliardi sanità privata**.

La spesa pro capite della sanità privata è passata dal 522 euro del 2010 a 639 nel 2018 (il Veneto è al quarto posto con 779 euro) per effetto della forte incidenza delle **spese di tasca propria** che pesano per circa l'88%.

E' questo l'indicatore più evidente delle **disuguaglianze** della sanità che dimostrano: la diversa incidenza sul reddito, più forte nelle fasce più basse, fino a far emergere la sanità negata per le persone che rinunciano a farsi curare per difficoltà economiche, la maggiore incidenza della spesa pro capite in rapporto alla età e alla situazioni di malattia.

#### **Altre disuguaglianze**

##### **1. I LEA (Livelli Essenziali di Assistenza)**

Riguardano prestazioni totalmente o parzialmente rivolti a tutti i cittadini. La qualità delle erogazioni dei LEA da parte delle regioni è certificata dal Ministero della Salute attraverso una serie di monitoraggi che riguardano 33 indicatori. Nel 2017 sono state valutate positivamente 13 regioni: Piemonte è la prima, Calabria è l'ultima. Il Veneto è quarta.

##### **2. Le liste di attesa**

L'indicatore della accessibilità del Servizio Sanitario Nazionale è dato dalle liste di attesa. Sono oggetto della pianificazione nazionale che definisce le classi di priorità per le prestazioni specialistiche (Urgente - Breve - Differibile - Programmata) e le prestazioni di ricovero. Emergono differenze notevoli tra le regioni: si evidenzia una migliore risposta del Nord rispetto al Sud. I tempi di attesa sono notevolmente ridotti per prestazioni offerte in libera professione all'interno delle strutture pubbliche (intramoenia).

##### **3. Migrazione Sanitaria**

Si tratta di un fenomeno che si manifesta con richieste di cura da parte dei cittadini di cure in strutture sanitarie ubicate in regioni diverse da quelle di residenza sia per i tempi di attesa sia per ragione della qualità delle cure. Il flusso maggiore è dal Sud verso il Nord.

##### **4. Sanità integrativa**

La sanità integrativa riguarda diverse categorie di lavoratori tramite la inclusione in fondi sanitari collegati con i contratti di lavoro.

Nel 2017 i lavoratori iscritti ai fondi erano circa 10,6 milioni, numero in continua crescita. La iniziale distinzione tra fondi con prestazioni integrative ai LEA e Fondi prestazioni sostitutive è superata per cui gli iscritti beneficiano di prestazioni fornite da strutture private con tempi di attesa più ridotti rispetto alla sanità pubblica.

Per la sanità integrativa è previsto una regime fiscale agevolato basato sul meccanismo delle deduzioni in quanto I premi versati dai datori di lavoro e dai lavoratori non concorrono alla formazione del reddito.

La valorizzazione della sanità integrativa si è estesa anche nel **welfare aziendale** con le conseguenti applicazioni delle agevolazioni fiscali.

Tuttavia va evidenziato:

- la distinzione nelle cure sanitarie tra chi ha e chi non ha la sanità integrativa inficia il principio universalistico
- la progressiva sostituzione del sistema pubblico con la sanità integrativa
- il meccanismo delle deduzioni, fiscalmente più vantaggioso rispetto al meccanismo delle detrazioni applicato per chi non ha la sanità integrativa (pensionati e non occupati) contrasta con il principio di equità
- le agevolazioni fiscali comportano un minore gettito per lo stato che influisce sulla sostenibilità dal punto di vista finanziario supportata da chi non usufruisce della sanità integrativa.

Si impone pertanto l'esigenza di un riordino della normativa della Sanità Integrativa, per una più equa ripartizione delle agevolazioni fiscali e per la inclusione della stessa nella pianificazione regionale.

### In estrema sintesi

- nei fatti si sta verificando una deriva dal principio universalistico fondato sul diritto alla salute;
- è diffusa la preoccupazione sulle prospettive del sistema sanitario pubblico anche tenendo conto dell'invecchiamento della popolazione e della complessità delle malattie;
- le regioni ai primi posti per la spesa sanitaria privata considerate migliori in termini di risposta alla domanda di servizi sanitari - Friuli, Valle d'Aosta, Emilia Romagna e Veneto- sono anche le prime per il livello raggiunto dalla spesa sanitaria privata; ci si domanda se ciò sia dovuto ai livelli di reddito più elevati oppure anche il settore pubblico delle regioni più efficienti si trova in difficoltà a rispondere alla crescente domanda di servizi sanitari;
- anche nel Veneto c'è la percezione di un arretramento e di un peggioramento che colpisce le persone soprattutto negli ambiti più fragili della cronicità e della non autosufficienza;

Alcuni flash sull'**indagine/ricerca della Fap di Venezia** che evidenzia:

- la rinuncia delle persone a curarsi per difficoltà economiche può raggiungere il 40% ;
- secondo l'84% gli intervistati la sanità è un diritto riconosciuto e solo il 54% ritiene che sia rispettato;
- la spesa sanitaria dichiarata nei 730 è di 1032 euro all'anno ed incide sul reddito mediamente per il 3,6%, con una maggiore peso sulle fasce più basse.

In sostanza occorre chiarire a livello istituzionale e politico il quadro complessivo delle questioni in gioco per far emergere le indispensabili scelte di indirizzo. Occorre quindi pensare ad alcune terapie.

## LE TERAPIE

Si distinguono due linee di orientamento:

### 1. Favorire la privatizzazione in atto

Un primo orientamento potrebbe essere quello **seguire la tendenza in atto** verso la crescente privatizzazione con il conseguente aumento delle disuguaglianze.

Le **assicurazioni private** tendono ad espandersi offrendo prodotti innovativi che riguardano prestazioni finalizzate alla prevenzione con il rischio di alimentare il cosiddetto consumismo sanitario.

Le società di assicurazione sono collegate alle società private di servizi che forniscono prestazioni convenzionate con laboratori di analisi e centri di cura.

La **sanità integrativa** rientra tra le attività assicurative tramite i fondi sanitari integrativi previsti da numerosi contratti di lavoro, riguarda i cittadini che sono occupati e quindi costituisce motivo di discriminazione nei confronti di pensionati e non occupati.

La proposta RBM – CENSIS di il **secondo pilastro** in base al **modello assicurativo** della sanità integrativa, in analogia a quello francese, per ridurre le spese private di tasca propria, presenta alcune fondamentali criticità:

- le agevolazioni fiscali vanno a scapito della sostenibilità del sistema pubblico;
- il sistema funziona con il pagamento di premio assicurativo relazionato con le condizioni di età e stato di salute del soggetto assicurato, con i costi amministrativi ed organizzativi delle pratiche di rimborso;
- il modello francese non sembra appropriato perché la spesa sanitaria è anticipata dal cittadino ed è rimborsata mediamente al 75%: è questa la motivazione principale della assicurazione complementare istituita in Francia per elevare il livello di copertura delle spese;
- con questo modello saremmo riportati indietro nel tempo quando era in vigore al sistema mutualistico in vigore prima della legge 833/1978.

## 2. Puntare sulla equità e sostenibilità della sanità pubblica

La sanità pubblica è articolata in tre livelli: Servizio Sanitario Nazionale – Regione – Ulss e Distretti. Ogni livello deve operare nel rispetto del principio universalistico.

### Servizio Sanitario Nazionale

I compiti principali ad esso affidati sono:

- definizione dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) disposizione di tutti i cittadini e controllo sul mantenimento ed inadempimento da parte delle regioni;
- seguire i progressi della **scienza e delle innovazioni tecnologiche**;
- monitorare il mercato e l'organizzazione della distribuzione dei **farmaci** avendo presenti le distorsioni del mercato che possono causare carenze e indisponibilità dei farmaci essenziali ;
- programmare e gestire il processo che porta alla formazione ed alla disponibilità del **personale** medico, infermieristico e tecnico ;
- **rifinanziare il Fondo sanitario** nazionale che viene ripartito tra le regioni in base all'accordo Stato/regioni in collegamento con il sistema fiscale;
- **riordino della sanità integrativa** ed regolare le incentivazioni fiscali in modo coerente con il principio universalistico.

### Regione

La Regione è responsabile della gestione del Fondo assegnato dal Servizio Sanitario in base all'accordo Stato/regioni e che costituisce la parte più importante del bilancio regionale.

Anche nella prospettiva della maggiore autonomia sarà accresciuta la responsabilità regionale nei seguenti settori:

- dotazione del **personale** medico, infermieristico e tecnico necessario alle strutture ospedaliere e territoriali dei distretti.
- liste e **tempi di attesa**;
- finalizzare la **sanità integrativa** agli obiettivi sanitari della regione sulla base di riordino normativo che dovrebbe avvenire a carico del livello nazionale ;
- **accreditamento e convenzionamento** con le strutture private;
- criteri di **compartecipazione** al costo delle prestazioni da parte dei cittadini;
- rilancio della funzione del **distretto** quale perno della medicina territoriale e della presa in carico delle situazioni di cronicità e di non autosufficienza;
- la **prevenzione** della salute da considerare più investimento che costo
- l'apporto dei **medici di famiglia** e delle **medicines di gruppo integrate**;
- investimenti in nuove **tecnologie** informatiche e digitali.

### **ULSS e Distretti**

L'Ulss costituisce l'ambito istituzionale in cui devono trovare sintesi le problematiche sociali e sanitarie del territorio. Un'importante finalità da perseguire è l'**integrazione sociosanitaria** partendo dal concetto di **salute globale** come risultato della stretta interdipendenza degli aspetti sociali e sanitari dalla considerazione che la persona non è scomponibile in compartimenti stagni .

Nel convegno della Fap di Venezia del 21 settembre 2019 il Direttore Servizi Socio Sanitari Ulss 3 ha presentato alcuni dati a conferma della importanza di questa impostazione: la popolazione che presenta patologie cronica è il 38%, il 20% della popolazione assorbe l'80% delle risorse.

L'Ulss amministra e gestisce la sanità per la popolazione di appartenenza seguendo la attività ospedaliera ed i servizi del territorio organizzati e gestiti dal **distretto** che:

- effettua il monitoraggio della **popolazione ricoverata negli ospedali** interni ed esterni alla ASL ;
- segue il delicato servizio delle **cure palliative** ;
- segue il settore della **disabilità** adulta ed infantile;
- costituisce l'ambito operativo delle **cure primarie** con la quale si risponde ai bisogni assistenziali a domicilio di tutta la popolazione tramite una rete di servizi sanitari che operano **integrandosi** con le unità operative ospedaliere e con i servizi sociali dei comuni quali: l'**ADI** (Assistenza Domiciliare Integrata) in collegamento con la **UVMD** (Unità Valutativa Multidimensionale), assistenza protesica, assistenza infermieristica, geriatria territoriale, rapporti con i **medici di medicina generale, pediatri di libera scelta**, servizio di continuità assistenziale

Al distretto è affidata in particolare la **gestione delle situazioni di cronicità e di non autosufficienza**.

Spero che dai partecipanti alla tavola rotonda emergano le indispensabili integrazioni frutto della loro esperienza e competenza.

In particolare pongo alcune questioni sulle quali negli ultimi tempi si sta discutendo molto anche sui giornali:

- la funzione degli ospedali (compresi gli ospedali di comunità);
  - il punto sui medici di famiglia e sulle medicine di gruppo;
  - la carenza dei medici e del personale sanitario;
  - il convenzionamento con le strutture sanitarie private e l'esaurimento dei budget di spesa
- 

### **Alcune questioni che richiedono chiarimenti da parte dei responsabili regionali che parteciperanno alla tavola rotonda**

#### **Ospedali e luoghi di cura**

Il Piano socio sanitario regionale riassume le finalità nella indicazione: più territorio e meno ospedali (come per il piano precedente).

Il piano socio-sanitario regionale prevede un sistema di offerta modulato per intensità di cura costituito da:

- strutture ospedaliere sviluppate distinguendo tra presidi ospedalieri di riferimento (Hub) collegati alla ospedali di rete (Spoke);
- strutture sanitarie di cure intermedie : ospedali di comunità , unità riabilitative territoriali, hospice;
- strutture socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali, che si articolano in centri servizi per anziani, per disabili, per le dipendenze

Il rischio è che gli ospedali di riferimento assorbano gran parte delle risorse fino a limitare la funzione degli ospedali di rete.

Sono stati previsti tagli di posti letto, sollecitamente attuati, mentre gli ospedali di comunità non sono ancora partiti.

#### **Medici di famiglie e medicine di gruppo**

Il rapporto tra cittadino e medico di famiglia è centrale per i servizi e le prestazioni sanitarie e per gli orientamenti ed indicazioni nella sanità.

La LR. N. 19/2016 prevede la istituzione delle medicine di gruppo integrate che avrebbe dovuto gestire la cronicità.

Le Medicine di gruppo attuate saranno riconfermate per altri tre anni se saranno raggiunti almeno il 70% degli obiettivi: attualmente ne sono state attivate 76 e coprono il 22% della popolazione assistita.

Il piano socio sanitario 2019-2023 nel capitolo 6 - Gestione della Cronicità definisce il nuovo ruolo del distretto e conferma l'affidamento alle medicine di gruppo compiti aggiuntivi riguardanti l'accessibilità, la presa in carico della cronicità, dimensionate rispetto alla popolazione residente.

Viene fatta una distinzione tra:

- cronicità semplice affidata a team multiprofessionali dell'assistenza primaria
- cronicità complessa che richiede team multiprofessionali "specialistici"

Un comunicato stampa della Regione del 17 luglio 2019 annuncia la delibera della giunta Regionale riguardante l'avvio del "Team di assistenza primaria" che come riferimento indicativo la cura di circa 8.000 assistiti. Nella sede di riferimento dovrà essere garantita la presenza medica dal lunedì al venerdì per almeno 10 ore al giorno (dalle ore 8 alle 13 e dalle 15 alle 20) e al sabato 2 ore. Il team gestirà un servizio infermieristico, a carico della ULSS, per la gestione integrata della cronicità.

Le Medicine di Gruppo integrate proseguiranno la loro attività fino alla naturale conclusione del contratto e potranno esser riconvertite in team di assistenza primaria.

Qualora la domanda dei cittadini che volessero essere inclusi nelle medicine di gruppo o nei Team di assistenza primaria non potesse essere accolta si verificherà una disuguaglianza in quanto la risposta avverrà con l'assegnazione di un medico di famiglia che risponde ad un servizio più ridotto.

#### Carenza di medici

La carenza dei medici, dovuta ad una errata programmazione del numero e dei criteri di selezione degli aspiranti medici specialisti, condiziona fortemente l'attività ospedaliera e la erogazione delle prestazioni specialistiche, sia in regime pubblico che privato.

La Concertazione tra l'azione del Ministero e la Regione per immettere i giovani laureati nelle scuole di specializzazione va inquadrata tenendo conto della delicatezza della fase di crescita professionale.

Saranno determinanti la tipologia dei contratti di lavoro ed i livelli di retribuzione per il loro utilizzo futuro nelle strutture pubbliche od in quelle private oppure sulla loro uscita verso l'estero.

#### Accreditamento, convenzionamento con le strutture sanitarie private ed esaurimento dei Budget

L'accreditamento ed il convenzionamento delle strutture sanitarie private costituisce una leva di manovra delle regioni per rispondere alla domanda di prestazione specialistiche che la parte pubblica non è in grado di fornire.

Si può collegare il problema a quello della carenza dei medici specialisti: un paradosso si verifica allorché i medici, per la preparazione dei quali la regione si è adoperata, vanno nel privato o all'estero perché meglio pagati ed impiegati con ritmi di lavoro meno faticosi.

L'esaurimento dei budget ed il conseguente pagamento delle prestazioni di tasca propria pone degli interrogativi:

- i budget sono insufficienti perché sono stati contingentati per scaricare il costo sui cittadini con il conseguente aumento della spesa privata di tasca propria?;
- i budget sono insufficienti perché cresce la domanda di cura per effetto della crescita e della complessità delle malattie ?
- il superamento dei budget è puntualmente verificabile dagli organi controllo regionali?

Una risposta coerente al conclamato rispetto del principio universalistico potrebbe essere costituita da un impegno finanziario più adeguato da parte dello Stato e/o Regione, fatti salvi i criteri di appropriatezza, e di far partecipare i cittadini alla spesa secondo i criteri applicabili a livello generale.

Franco Marchiori, Segretario Fap Acli Venezia  
16 ottobre 2019