



Associazione
Nazionale
Pensionati



AGRICOLTORI ITALIANI



SANITÀ E SERVIZI SOCIALI NELLE AREE RURALI

Sponsor



Roma
martedì 30 Ottobre - ore 10.30
Auditorium G. Avolio
Via Mariano Fortuny, 16

ANP: QUALI PROSPETTIVE GARANTIRE IN CAMPO SOCIO-SANITARIO

Obiettivi:

Questo documento non ha la pretesa di esaurire l'analisi, né la proposta per il miglioramento nell'erogazione dei Servizi socio-sanitari nel nostro Paese. Intende, piuttosto, rappresentare uno strumento di lavoro cui l'Associazione possa far riferimento per approcciare, in ogni territorio, la complessa materia dei Servizi socio-sanitari apportando un contributo alla discussione, a ogni livello, per favorire uno scatto in avanti nella qualità della relazione tra i cittadini-utenti dei Servizi sanitari, gli operatori sanitari e i Servizi.

I principi:

Via via che l'età cresce, il ruolo svolto dalla condizione di salute tende ad essere sempre più importante fino ad essere quasi esclusivo per il benessere degli anziani, quando il rischio di cattiva salute è maggiore e il suo impatto sulla vita delle persone e delle famiglie diviene sempre più severo.

In questa ottica, la proposta dell'ANP è da intendersi quale contributo-evidenza degli associati-cittadini alla realizzazione di una organizzazione sanitaria che sia in grado di dare risposta alla maggioranza dei problemi di salute della comunità, in un quadro demografico in cui la domanda di cure mediche e di assistenza appaiono destinate ad una crescita progressiva, mentre, al contempo, la diminuzione del finanziamento del SSN negli anni 2015-2018 genera preoccupazioni diffuse.

La condizione sanitaria italiana, comunque tra le migliori in Europa, ci ha permesso di vivere più a lungo e in salute: abbiamo un'aspettativa di vita alla nascita che supera gli 80 anni. Per questo l'invecchiamento in buona salute è una conquista fondamentale che deve essere preservata con scelte lungimiranti.

È sulla base di questa condizione che occorre dare valore alla tutela della salute riaffermando i principi che rendono effettiva, per il cittadino, la possibilità di potersi curare ovunque nel Paese, con qualità di servizi e di strutture:

- Assicurare uniformità nell'accesso e nell'erogazione delle prestazioni e dei servizi nel rispetto dei principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale: universalismo dell'assistenza, uguaglianza di accesso, e solidarietà.

Ciò significa, ad esempio, rendere fruibili i servizi agli abitanti delle aree rurali e montane e garantire gli utenti più bisognosi, a cominciare dall'eliminazione delle liste di attesa per visite specialistiche.

- Riaffermare che il Servizio Sanitario Nazionale, articolato nei Servizi Sanitari Regionali, è fondato sul finanziamento attraverso la fiscalità generale.

- Evitare che la generalizzata traslazione di responsabilità e di costi verso le famiglie, che negli ultimi anni è ulteriormente aumentata, amplifichi ancora i divari e le disuguaglianze sociali, producendo, in concreto, l'esatto contrario di quello per cui un Sistema socio-sanitario efficace viene organizzato.

In sostanza, un'adesione convinta e un impegno concreto dell'Anp Cia, nei confronti dei principi ispiratori rappresentati dall'Articolo 32 della Costituzione e dalla Legge istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale (Legge 833 del 1978).

I Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.)

A distanza di 17 anni dalla precedente definizione - soltanto nel 2017 sono state vincolate le risorse - destinate esplicitamente all'aggiornamento dei L.E.A. - i nuovi L.E.A., definiti il 12 gennaio 2017 con il "Dpcm LEA", come le attività, i servizi e le prestazioni che il SSN si impegna a garantire a tutta la popolazione in condizioni di uniformità. Rappresentano l'ambito delle garanzie che lo Stato assicura ai propri cittadini.

Si tratta di un catalogo che comprende prestazioni, accertamenti diagnostici, ausili per disabili, farmaci, prestazioni, ricoveri. Il decreto ha aggiornato gli elenchi delle malattie rare, croniche e invalidanti che danno diritto all'esenzione dal ticket inserendo più di 110 nuove entità, tra malattie rare singole e gruppi, e 6 nuove patologie croniche; ha innovato il nomenclatore della specialistica ambulatoriale, che risaliva al 1996, e dell'assistenza protesica.

È prevista inoltre una valutazione preliminare (PAI) che riguarda l'efficacia delle prestazioni o ausili o procedure che devono essere garantite in termini di significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo. Una valutazione di efficienza che deve misurare l'efficacia in relazione al costo e la pertinenza, cioè un buon uso delle risorse disponibili e l'appropriatezza delle cure, secondo un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale.

L'impianto dei nuovi LEA rappresenta certamente una importante innovazione, anche di prospettiva, ma alcune criticità attuative, per carenza di risorse e di organizzazione in molte parti del Paese, condizionano, ancora oggi, l'effettiva esigibilità di numerose prestazioni introdotte con la nuova normativa.

In particolare, finché non si sblocca il Decreto con le tariffe per le nuove prestazioni, fermo alla Ragioneria di Stato perché non ritenuto coerente o congruo con le risorse disponibili, i L.E.A. rimangono, in gran parte, inapplicabili. I nuovi nomenclatori per la specialistica ambulatoriale e protesica, senza l'approvazione del "Decreto tariffe" da parte del Ministero dell'Economia (sentita l'AGENAS, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome), lasciano di fatto in vigore i vecchi nomenclatori tariffari del 1996. Pertanto la reale esigibilità delle nuove prestazioni in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale, rimane al momento legata alla disponibilità delle singole Regioni di erogarle in regime extra-L.E.A., e le Asl continuano a poter fornire solo gli ausili presenti nel vecchio nomenclatore con le vecchie tariffe.

Ciò è particolarmente urgente per le Regioni che non hanno potuto aggiornare i propri nomenclatori perché in piano di rientro e, si tratta, oggi, ancora di numerose Regioni.

In tale contesto, come dimostrano dati recenti¹ considerato anche l'incremento dei ticket per il passaggio di prestazioni dal regime di ricovero a quello ambulatoriale, si deve considerare l'aumento della compartecipazione alla spesa, valutata in 18,1 milioni di euro) a carico dei cittadini ad invarianza di prestazioni.

Pertanto, l'aggiornamento dei L.E.A., che prevede il monitoraggio costante del contenuto, per escludere prestazioni, servizi o attività che divengano obsoleti e, analogamente, valutando di erogare a carico del Servizio Sanitario Nazionale trattamenti che, nel tempo, si dimostrino innovativi o efficaci per la cura dei pazienti, sarà possibile se saranno disponibili adeguate risorse.

Il tema delle risorse, unitamente ad un convinto approccio interistituzionale di Stato e Regioni, risulta, in definitiva, prioritario non solo per garantire la sostenibilità, ma anche la concretizzazione della portata innovativa proposta dalla nuova visione dei L.E.A.

¹ Dati Cittadinanzattiva – Osservatorio Civico sul Federalismo in Sanità – Novembre 2017.

L’Innovazione in sanità

L’obiettivo delineato nei nuovi L.E.A. riguarda un Servizio Sanitario Nazionale che sia al passo con le innovazioni tecnologiche e scientifiche e con le esigenze dei cittadini.

L’ANP-Cia nella visione e nella prospettiva del cittadino-paziente, ritiene essenziale la diffusione delle nuove tecnologie a supporto dei servizi più prossimi al cittadino al fine di migliorarne la qualità.

Nel mondo della Sanità italiana, dove convivono casi di eccellenza e profonde sacche di arretratezza, l’innovazione tecnologica rappresenta, dunque, un elemento di importanza strategica, il solo che può rendere più rapido ed efficiente il cambiamento delle Strutture sanitarie italiane.

In particolare, individua tra le priorità tutti i servizi legati alla prenotazione, all’accoglienza e all’orientamento dei cittadini nelle Strutture sanitarie, al monitoraggio dei tempi di attesa e dei livelli di servizio, alla comunicazione digitale, in un quadro di garanzia della protezione dei dati e delle informazioni. Auspica la diffusione in tutte le Regioni di progetti mirati di servizi di “sanità online” utili a migliorare l’efficienza dei servizi regionali, la disponibilità, l’accessibilità, l’efficienza del sistema e la riduzione della spesa.

A tale scopo risulta prioritario il monitoraggio della salute delle persone, una attività corrente e continua che non può essere affrontata unicamente a livello nazionale, ma può essere svolta dal livello locale solo attraverso l’informatizzazione degli strumenti di gestione dell’attività sanitaria: dalla cartella clinica informatizzata, ai Sistemi a supporto della continuità assistenziale.

Presupposto è una rete assistenziale tra l’Ospedale, i Servizi Distrettuali e i Medici di famiglia, con il coinvolgimento delle Associazioni presenti nella Comunità Locale.

Il Servizio Sanitario Regionale - Il Piano Sociale e Sanitario Regionale

Il Servizio Sanitario Nazionale è articolato nei Servizi Sanitari Regionali, che sono parte fondante del welfare regionale e devono essere organizzati sul principio dell’integrazione tra operatori socio-sanitari, tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali (questi ultimi gestiti dai Comuni).

Nei Piani Socio-Sanitari Regionali sono indicati gli obiettivi di salute e le priorità di intervento su cui si concentra l’azione del Governo regionale.

Il welfare dovrebbe essere considerato - ancora non lo è compiutamente - come valore strategico per lo sviluppo economico e la coesione sociale e, nei fatti, esercitare pienamente la sua azione di contrasto alle ricadute sociali della crisi economica considerando la salute e il benessere della popolazione un “investimento” per la società e non solo una spesa o uno spreco di denaro.

L’assetto organizzativo del servizio sanitario regionale: il sistema ospedaliero, le cure primarie e la continuità assistenziale

L’esigenza di riordino dell’assetto organizzativo dei Servizi Sanitari Regionali è determinata dalla necessità di superare le differenze di qualità ed efficienza nell’offerta di servizi, riequilibrando le differenze tra i Sistemi Sanitari Regionali.

I Piani Socio Sanitari Regionali sono uno strumento fondamentale di programmazione e organizzazione razionale dei servizi; la loro formazione, adozione e realizzazione deve avvenire con il concorso e la partecipazione dei sistemi istituzionali locali e delle rappresentanze sociali. Così come si deve attuare

un'opera di monitoraggio continuo da parte delle Regioni, sia per la verifica che per l'appropriatezza dei servizi e delle azioni poste in essere.

I Piani Socio Sanitari e l'Organizzazione sanitaria conseguente devono rispondere alle caratteristiche del territorio e alle esigenze sociali delle popolazioni. Pertanto gli investimenti, sia quelli destinati alla realizzazione delle Strutture, in primo luogo degli Ospedali, e del Sistema dei servizi delle cure primarie, della prevenzione ecc., devono rispondere ai caratteri del territorio e alle esigenze della popolazione, ovvero, alle possibili patologie, alla composizione demografica della popolazione e ai reali bisogni di assistenza.

La distinzione tra il "Sistema ospedaliero" e il "Sistema delle cure primarie" è il pilastro sul quale si deve basare il nuovo sistema di assistenza e di cura. Un sistema che deve assicurare accessibilità, qualità, appropriatezza delle cure, razionalizzazione della spesa e taglio degli sprechi.

Il Sistema ospedaliero: deve far riferimento a obiettivi di eccellenza e garantire un'intensità tecnico assistenziale specialistica; deve puntare alla soluzione dei problemi, integrarsi efficacemente con il Sistema emergenza-urgenza, presidiare l'efficienza, tendere all'accentramento per realizzare economie di scala e orientare l'attività verso forme sempre più specialistiche e sofisticate tecnologicamente, in pratica, meno Strutture ma altamente specializzate.

Il Sistema delle "cure Primarie": la continuità assistenziale

La continuità socio-assistenziale deve essere realizzata secondo i principi dell'integrazione socio-sanitaria e in collegamento con l'Ospedale di riferimento. Deve essere vicino ai territori e alle zone interne e con disagio territoriale.

Orientata alla gestione dei processi assistenziali e alla presa in carico del paziente, deve presidiare l'efficacia e i risultati delle cure, puntando all'equità, sia nel diritto all'accesso sia nella qualità delle cure ricevute.

Quindi un sistema di servizi nella fase "pre ospedaliera" per la gestione delle problematiche minori, utile anche diminuire la pressione sui pronto soccorso, e nelle fasi "post ospedaliere" per garantire efficacemente la continuità assistenziale nella riabilitazione.

Questo è un tema fondamentale secondo una visione moderna e avanzata dell'Organizzazione sanitaria, perciò è necessario che si moltiplichino gli sforzi per promuovere la diffusione sul territorio di Strutture, come le Case della Salute e i Centri poliambulatoriali, orientati ai servizi nell'ambito delle cure primarie.

"Cure primarie": un modello di riferimento

Il modello di riferimento vede il distretto socio-sanitario come spazio destinato all'integrazione delle attività sanitarie con quelle di tipo sociale, in grado di gestire la bassa complessità che non necessita di ricovero in ambito ospedaliero, con una diffusione più ampia possibile e in stretto collegamento con le Strutture territoriali di erogazione dell'assistenza primaria.

Cosa si intende per cure primarie

Si tratta di prestazioni erogate dai *Dipartimenti delle cure primarie*, presenti in ogni Azienda **ASL**, a loro volta organizzati in **Nuclei di cure primarie**.

Le "Case della salute" e i Nuclei delle cure primarie riuniscono i Medici e i Pediatri di famiglia (Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta) e gli altri professionisti del territorio afferente allo stesso Nucleo. Possono condividere Strutture ambulatoriali, risorse infermieristiche e risorse specialistiche.

L'obiettivo è di integrare Medici e Pediatri di famiglia nell'Organizzazione dell'Azienda Asl per garantire percorsi diagnostico terapeutici concordati e continuità delle cure, per il potenziamento dell'accesso con orari di ambulatorio più ampi, per il miglioramento dell'assistenza domiciliare dedicata ad ammalati non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza (curabili a domicilio), per il miglioramento della gestione delle cronicità e per il contenimento delle liste di attesa per visite ed esami specialistici.

La Casa della salute è un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure primarie.

Gli Assistenti familiari

Sono interlocutori vicini alle persone e alle famiglie aperti all'ascolto e animatori delle giornate, che devono essere riconosciuti come risorse indispensabili alla rete dei servizi, con competenze maturate che devono essere qualificate per assicurare un significativo sviluppo alle cure domiciliari, per promuovere il benessere delle persone con problematiche di salute e di autosufficienza.

In particolare possono essere individuate forme di integrazione e di coinvolgimento dei caregiver nella costruzione e gestione del PAI - Progetto assistenziale individualizzato, riconoscendone l'apporto utile al miglioramento della vicinanza dei servizi e delle relazioni alle persone.

I medici di famiglia

Occorre restituire ai medici di base, considerati a volte meri erogatori di servizi, il ruolo fondamentale, basato sulla libertà di scelta e sulla fiducia, che da sempre caratterizza il percorso di cura del paziente. Bisogna aprire un confronto con i *medici di famiglia* per capire quali dovranno essere i loro compiti "sanitari e burocratici" nel nuovo assetto organizzativo dei servizi socio-sanitari regionali, riconoscendone il ruolo primario nel garantire la salute dei cittadini e al contempo farsi carico della sostenibilità economica del sistema.

In questo ambito il medico curante deve essere valorizzato per il suo ruolo e per la sua responsabilità diagnostica. Occorre scongiurare il rischio che l'appropriatezza possa tradursi in una ulteriore difficoltà del cittadino nell'accesso alle prestazioni per curarsi e fare prevenzione. Pertanto risulta fondamentale il ruolo del medico affinché venga mantenuta la centralità del paziente in tutto il percorso e non prevalga l'interesse dell'efficienza organizzativa sul diritto di cura del paziente stesso. Per altro verso, occorre assicurare efficaci percorsi di formazione e di aggiornamento professionale rivolti ai medici e agli operatori sanitari per garantire l'utilizzo delle nuove tecnologie e dei sistemi di cura innovativi oggi disponibili.

Nell'ambito dei processi di innovazione l'obiettivo deve essere la "Sanità on-line" intesa come una "rete" di competenze che collega i medici e i pediatri di famiglia con le strutture sanitarie ed ospedaliere in ogni Regione, avendo come obiettivo l'efficacia delle cure per tutti i cittadini in vista del raggiungimento degli obiettivi di salute.

Al contempo si devono affrontare le tematiche organizzative, legate alla progressiva carenza di medici nel SSN, soprattutto nelle zone rurali e meno urbanizzate del Paese, unitamente a una più ampia prospettiva professionale, un'organizzazione sanitaria adeguata alla crescita esponenziale delle donne medico, una formazione orientata al cittadino in una visione non solo assistenziale ma anche sociale e umana della sofferenza.

L'Anp Cia esprime preoccupazione per il fenomeno della carenza di medici che in prospettiva, secondo i dati del SSN, riguarderà tutte le discipline mediche, con la conseguenza di mettere in seria difficoltà i presidi ospedalieri, i servizi sul territorio e la stessa componente dei medici di famiglia. È quindi necessario che si adotti una politica idonea a riguardo, a cominciare dalla formazione, rivedendo i criteri d'ingresso alla professione nell'ambito universitario.

La non autosufficienza

Per quanto riguarda in particolare il tema della non autosufficienza, la fase attuale è stata definita da autorevoli studiosi² "la fase dell'incertezza". L'incertezza riguarda innanzitutto i finanziamenti disponibili per una domanda di assistenza che è in continua crescita, ma anche le differenze territoriali rispetto ai servizi pubblici disponibili e, l'evoluzione complessiva dei servizi nel breve e medio periodo.

² Gori, Fernandez e Wittenberg, 2016

Secondo dati recenti, nel 2030, 5 milioni di italiani saranno portatori di una disabilità grave richiedente assistenza ed una presa in carico da parte del Sistema Sanitario Nazionale³.

Il Fondo Nazionale dedicato allo scopo si è ridotto da 1.884 milioni di euro del 2004 a 400 milioni di euro nel 2015, a 311 milioni di euro nel 2017⁴, scarso, se si considera che i non autosufficienti sono circa 2.500.000 e che il pianeta della non autosufficienza in Italia coinvolge circa 5 milioni di persone, considerando anche i caregiver familiari (oltre 3,3 milioni) e gli assistenti familiari (830 mila). Resta il dato che oltre la metà della spesa va in trasferimenti monetari e non in servizi.

Del tutto insufficienti sono, inoltre, le risorse aggiuntive che vengono stanziare allo scopo dalle Regioni, con interventi a macchia di leopardo. Quindi sono proprio le famiglie, in assenza dello Stato, a dover farsi carico dei loro congiunti non autosufficienti, con ripercussioni evidenti sulle attività lavorative. Ancor peggiore è la situazione quando l'anziano è solo.

L'ANP propone di dotare il Fondo Nazionale per la non autosufficienza delle risorse adeguate per consentire ai non autosufficienti di poter condurre una vita dignitosa e contemporaneamente di alleviare il peso sulle famiglie.

Il Fondo Nazionale è infatti la principale risorsa per finanziare i servizi di prossimità, puntando sull'assistenza domiciliare e su una autentica integrazione tra socio-sanitario.

Occorre, inoltre, considerare nuove soluzioni, già disponibili all'estero, che prevedono:

- tipologie abitativo-residenziali che tengano conto delle necessità “protesiche” dell'ambiente per le persone con demenza, ma in un contesto più simile alla casa;
- un approccio proficuo e meno costrittivo al problema della sicurezza, dal momento che la costruzione di uno spazio sicuro è la condizione che consente libertà di movimento, e riduce le necessità di sorveglianza, passiva e frustrante, sia per il personale, sia per i familiari;
- la capacità di realizzare una “vita di comunità”, accogliente ed efficace, ed allargare a tutta la comunità la possibilità di fruire dei servizi offerti (badante di condomio, ecc.)
- promuovere il più possibile una “vita normale”, costruendo un quotidiano che sia il più possibile simile a quello di una casa e non a quello di una istituzione di cura.

Sono stati già avviati progetti sperimentali in tal senso⁵ con l'attenzione che non diventino un corpo estraneo del territorio, ma un motore di socialità e servizi, aperti e interattivi con la comunità locale.

In ogni caso, occorre prevedere una dotazione organica sul territorio di strutture dedicate, come le Residenze Sociali Assistite, il cui accreditamento deve avere un accurato processo di analisi, che investe i costi relativi alle famiglie e i servizi erogati; come anche i controlli di gestione che devono essere scrupolosi nel merito e condotti con periodicità costante.

Per questo, l'ANP segnala l'urgenza di una legislazione nazionale in materia, che affronti e definisca in maniera strategica gli aspetti organizzativi e le risorse finanziarie adeguate a riformare in modo organico il proprio sistema di servizi pubblici rivolti agli anziani non autosufficienti per dare certezze alle persone coinvolte da tali patologie e aiuti concreti alle loro famiglie.

³ Fonte dati ISTAT per “Italia Longeva” Rete nazionale sull'invecchiamento e la longevità attiva” – 2018

⁴ e ⁶ L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 6 ° Rapporto 2017-2018 – N.N.A.

⁵ “Il Paese Ritrovato” - Monza; “Il Villaggio A” - Varese.

La spesa sanitaria delle famiglie e il rapporto pubblico-privato

In una situazione di crisi di risorse e di lunghe liste di attesa il cittadino, frequentemente, orienta la domanda sanitaria non soddisfatta dal SSN verso strutture private.

L'aumento della spesa privata, secondo autorevoli ricerche, sfiora un +10% tra il 2013 e il 2017 e incide pesantemente sul reddito dei nuclei fragili.

Circa sette milioni di italiani si indebitano per pagare cure e servizi sanitari e 2,8 milioni sono costretti a vendere casa per potersi curare, mentre sono 44 milioni le persone che hanno sostenuto spese di tasca propria, nel corso dell'anno, per pagare prestazioni sanitarie per intero o con il ticket. Un esborso medio pro capite di 655 euro, che viene stimato in aumento fino a mille euro nel 2025, se non si interverrà al più presto.

Le ricadute sull'approccio dei cittadini alla sanità sono inevitabili: sempre secondo la ricerca, il 54,7% degli italiani pensa che i cittadini non abbiano più a disposizione le stesse opportunità di cura e la sanità viene percepita come ingiusta e necessariamente da migliorare per redistribuire tra le diverse classi di reddito, in modo più equilibrato, gli importi rimborsati e garantire, in termini di efficienza, un sistema più equo.

A partire dal 2010 la quota pubblica della spesa italiana in sanità è costantemente diminuita, mantenendosi sempre al di sotto della media dei Paesi EU-14 con un gap che nel 2016 ha superato i 4 punti in percentuale.

La spesa in sanità, in rapporto al PIL, è pari al 6,5 ben al di sotto della media europea, ad un livello al di sotto del quale, come indicato dai parametri europei, non è possibile garantire i servizi minimi essenziali.

Il fatto che la spesa privata abbia raggiunto quasi il 25% della spesa totale dimostra come, nei numeri, sia progressivamente diminuito l'apporto del servizio pubblico in sanità, e ancora di più se si considera il valore economico dei cosiddetti aiuti informali, come i caregiver familiari.

Per altro verso, il profondo cambiamento generato dalla crisi economica mette ancora più in evidenza il ruolo preminente ed insostituibile dell'attore pubblico.

Il rapporto pubblico/privato è in effetti, un tema, molto complesso. Non è sostenibile la tesi secondo cui è meglio "solo il pubblico" o "solo il privato": ci sembra utile, invece, elencare alcuni punti fondamentali sui quali questo rapporto deve costituirsi nelle forme di una proficua integrazione:

- la necessità di individuare chiari obiettivi e non una pianificazione generica;
- l'importanza della definizione di programmi condivisi;
- la necessità di impostare un rigoroso sistema di monitoraggio e verifica dei risultati raggiunti sia in termini di efficienza economica che di qualità dei risultati di salute.

In sostanza l'attuale Servizio Sanitario Nazionale con il sistema dell'accreditamento, attraverso il quale anche le strutture sanitarie private entrano a pieno diritto a far parte del sistema pubblico, deve realmente permettere al cittadino di rivolgersi liberamente a qualsiasi struttura pubblica o privata che egli ritenga idonea alle sue necessità, purché dotata di ben precisi requisiti di garanzia in termini di qualità e a parità di condizioni.

Infine, vale la pena sottolineare come il contenimento della spesa sanitaria debba essere considerato un giusto vincolo e non il fine ultimo del SSN.

Occorre pianificare i processi di aziendalizzazione del sistema sanitario affinché la razionalizzazione dei servizi non generi criticità che finiscono per penalizzare i cittadini stessi.

Come ad esempio la diminuita capacità delle Regioni più povere di copertura economica dei livelli essenziali di assistenza e la crescita delle differenze tra modelli regionali con ricadute sui cittadini in termini di compartecipazione alla spesa e di efficacia/efficienza delle politiche per la salute.

In sostanza l'ANP ritiene che un sistema sanitario solidale come il nostro, che è una delle grandi conquiste di civiltà del nostro Paese, deve prioritariamente tenere presente la dimensione umana del sistema e il diritto alla salute come bene comune inalienabile.

La cooperazione sociale in ambito socio-sanitario

Le cooperative socio-assistenziali e sanitarie sono, da tempo, una risposta organizzata e innovativa del privato-sociale ai bisogni sociali emergenti, con un numero crescente sia del numero delle cooperative sia degli occupati. In particolare la cooperazione sociale e, più in generale, le cooperative impegnate nell'offerta di servizi alla persona, nonostante la crisi, tra il 2008 e il 2015 hanno aumentato il valore aggiunto prodotto e il numero di occupati⁶ proponendosi come un'importante parte dell'economia italiana grazie alla specificità del modello cooperativo che ha come obiettivo il servizio alle persone.

La reale e concreta vicinanza con i bisogni degli assistiti e la capacità di fare rete con il supporto di professionisti diversi, ha reso le cooperative attori fondamentali nell'assistenza primaria, in grado di mettere in campo, in collegamento con i caregiver familiari, trattamenti domiciliari innovativi di infermieristica, telemedicina e fisioterapia.

In tale senso, attraverso l'accreditamento istituzionale - un percorso continuo di verifica e miglioramento della qualità - si auspica una ulteriore evoluzione della cooperazione in sanità, per l'innovatività degli strumenti a disposizione e la capillarità sul territorio, necessaria alla conservazione del SSN.

In tal modo il sistema pubblico, potrà essere decisivo nel costruire, in sinergia con il privato-sociale, modelli di assistenza al servizio del cittadino, che siano in grado di attenuare le differenze tra le diverse regioni del Paese, e raccogliendo le istanze di un Paese dove l'invecchiamento della popolazione e la cronicità sono emergenze che non possono più essere rinviate.

L'appropriatezza delle cure e i nuovi farmaci

Al centro del confronto in materia di sanità è la questione della sostenibilità economica in un sistema sanitario che ha nella spesa farmaceutica uno dei suoi pilastri chiave.

Il riferimento va soprattutto ai farmaci antitumorali, antivirali e per la cura delle artriti reumatoidi che, dato l'invecchiamento della popolazione, sono in testa alla classifica per incidenza di spesa.

Il tema dell'appropriatezza della cura e dell'equilibrio della spesa mette quindi al centro del dibattito la continua e rapida innovazione da parte dell'industria farmaceutica che sta producendo farmaci sempre più efficaci ma anche costosi.

Minori investimenti sui farmaci innovativi da parte del SSN possono produrre l'effetto paradossale di aumentare non solo le altre voci di spesa sanitaria, ma anche i costi di quella assistenziale e previdenziale. Ad esempio, una cura efficace può determinare da un lato un minor costo in termini di degenza ospedaliera e dall'altro risparmi su assegni e pensioni di inabilità.

Per questa ragione occorre pensare alla spesa sanitaria nel suo complesso, e non secondo una logica a compartimenti stagni, che non riesce a ottenere il necessario mix tra innovazione e sostenibilità.

Tuttavia la spesa sanitaria attribuibile ai farmaci resta, in molti contesti, assai elevata se confrontata con altri sistemi sanitari. Esiste perciò la necessità di rivedere la governance della materia nel confronto con l'industria farmaceutica, in termini anche di appropriatezza, valutazione dei costi, distribuzione ecc..

La prevenzione

Uno degli investimenti più redditizi sul futuro è una seria e convinta azione in materia di "prevenzione" delle malattie e delle cronicità. Che non significa soltanto esami diagnostici ma informazione, conoscenze

⁶ Dati Euricse – Giugno 2018

per il cittadino, nuovi stili di vita, sensibilizzazione delle persone ad aderire agli “screening”, formazione sul corretto utilizzo dei farmaci, evitando abusi, sprechi e fai da te.

Investire in prevenzione significa non solo garantire ai cittadini un miglior livello di benessere sociale ma anche cercare delle soluzioni per evitare che la spesa sanitaria continui a crescere o che, almeno, possa crescere a tassi minori.

Esaminando i costi per le attività del LEA “Prevenzione collettiva e sanità pubblica” sostenuti dalle Regioni⁷ si riscontra una evidente difformità territoriale.

Anche su questo tema deve essere adeguatamente valorizzata e integrata la risorsa offerta dal sistema del volontariato e delle associazioni in campo socio-assistenziale, la formazione, adeguatamente finanziata, dei familiari che si fanno caregiver, la giusta collocazione delle Assistenti Familiari (badanti), l’apporto che viene dal settore “profit e no-profit” e dal settore privato.

Da qui anche le considerazioni, già svolte, sulla sostenibilità effettiva del sistema sanitario pubblico: soltanto con adeguati e costanti programmi di prevenzione si potrà, in futuro, garantire e salvare il Sistema Sanitario Nazionale.

Politiche sociali e servizi sanitari nelle aree rurali

Le politiche sociali rappresentano un aspetto fondamentale per una società moderna e avanzata, nella quale la ricchezza economica si possa coniugare con il progresso sociale, consentendo di garantire la tutela delle categorie e dei soggetti più deboli e l’equilibrio sociale e territoriale.

Politiche sociali e servizi socio sanitari efficaci rappresentano anche una condizione essenziale per innescare processi efficaci di crescita e di sviluppo economico e occupazionale dei territori.

Economia e sociale non sono in antitesi, anzi, per sviluppare effetti positivi devono trovare continuamente elementi di integrazione.

Un sistema di servizi che possa garantire qualità della vita alle persone, soprattutto anziane, capace di innestare processi virtuosi di animazione economica, arrestare il fenomeno dell’abbandono, favorire nuove condizioni di sviluppo economico, puntando davvero sulla valorizzazione delle risorse territoriali, ambientali, culturali e sociali.

Occorre costruire nei territori un sistema di servizi sociali e sociosanitari che prefiguri un welfare di comunità nel quale vi sia il protagonismo dei soggetti sociali ed economici stimolati a svolgere un ruolo anche di servizio al territorio e alle popolazioni, in particolare nelle aree rurali e montane.

Puntare sull’agricoltura e sullo sviluppo rurale, sull’impresa agricola anche come servizio al territorio; economia, socialità, tutela ambientale e territoriale, sono le funzioni principali del settore primario, tuttavia, altre attività possono essere svolte sulla base di una strategia che veda lo sviluppo delle attività agricole verso una diversificazione sul fronte dei servizi al territorio e alle popolazioni rurali.

L’invecchiamento attivo

Più in generale, l’Associazione ritiene necessario concorrere, in ogni territorio, allo sviluppo di una cultura dell’invecchiamento attivo, basata su una società per tutte le età.

Invecchiamento attivo significa cultura e consapevolezza di poter creare migliori opportunità per tutti, fare in modo che le donne e gli uomini anziani possano svolgere un ruolo in campo sociale, nella lotta contro la povertà e l’esclusione sociale, nell’ambito del volontariato e della partecipazione attiva alla vita familiare e sociale.

⁷ Rapporto del Ministero della Salute, Monitoraggio dei LEA, anno 2015

Invecchiare in buona salute significa non soltanto vivere adottando uno stile di vita sano, ma conoscere i cambiamenti tecnologici e stare al passo con i tempi, avvicinarsi ai nuovi sistemi di apprendimento, continuare a svolgere pienamente il proprio dovere civico partecipando attivamente alla vita sociale della comunità locale.

L'ANP-Cia ritiene che l'annunciata "rivoluzione demografica italiana" non possa essere affrontata con provvedimenti settoriali ma che si debba costruire una **legge quadro nazionale sull'invecchiamento attivo**. Si deve prevedere una vera e propria "cabina di regia" in grado di mettere insieme Istituzioni e parti sociali, per individuare e pianificare azioni da intraprendere e portare avanti nel lungo periodo.

Tra il 2016 e il 2018 sono state approvati in diverse Regioni provvedimenti sull'invecchiamento attivo (Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Campania, Toscana, Umbria, Basilicata, Veneto). È opportuno che le leggi regionali abbiano come finalità la promozione del ruolo sociale dell'anziano, ovvero figure come il nonno-vigile, il gestore di spazi pubblici e collettivi, la guida ambientale e culturale, l'accompagnatore di disabili o persone in difficoltà, l'animatore di turismo sociale, il promotore di reti di volontariato e di vicinato.

Programmi e iniziative da realizzare in collaborazione con associazioni, Ussl, Comuni, cooperative sociali, sindacati, terzo settore, scuole e università.

In sostanza occorre costruire un sistema di sicurezza sociale, sanità servizi e previdenza, che abbia come obiettivo una più alta qualità della vita degli anziani e di tutta la popolazione, con particolare riferimento alle aree interne, rurali e montane del paese, per far sì che il pensionato rimanga nel proprio ambiente di vita e continuare una funzione attiva e di utilità sociale.

L'ANP-Cia ritiene importante, sulla base delle esperienze positive realizzate sul territorio, far ripartire l'iter legislativo nazionale in materia di invecchiamento attivo al fine di promuovere ogni azione favorevole al mantenimento del benessere fisico e psicologico tra gli anziani, contrastare la solitudine e valorizzare le esperienze professionali e il ruolo attivo delle persone anziane nella trasmissione dei saperi alle nuove generazioni.

Considerazioni conclusive

L'Anp Cia considera il Servizio Sanitario Nazionale, così come definito dall'articolo 32 della Costituzione e dalla legge istitutiva 883 del 1978, una delle conquiste civili più importanti degli ultimi decenni. Un patrimonio significativo del sistema democratico italiano che deve essere preservato.

Le forti criticità che sono state rappresentate in questa nota si stanno manifestando a vari livelli e vale la pena riassumerle a conclusione del documento.

Il sostanziale processo di definanziamento del sistema sanitario da parte dello Stato; l'incapacità, in molti casi, di fare fronte ai bisogni essenziali, alle sfide dell'innovazione che riguardano i nuovi sistemi di cura nella clinica e nella farmaceutica; la forte disparità di efficienza fra i diversi sistemi regionali che obbliga, ogni anno, migliaia di persone a spostarsi in altre Regioni per farsi curare; i molti anziani che rinunciano alle cure per il costo dei ticket e i disagi territoriali nell'accesso ai servizi; il ricorso obbligato agli operatori privati a causa delle disfunzioni del sistema pubblico - di cui il fenomeno più eclatante è quello delle liste d'attesa per le visite specialistiche - sono condizioni che, di fatto, mettono in discussione il carattere pubblico e universalista del sistema sanitario.

Da qui l'impegno dell'Anp Cia ad affrontare alcune priorità che riteniamo decisive per la tutela dei pensionati e degli anziani nel diritto di accesso alle cure e alla qualità ed efficienza del sistema, in una visione di interesse generale.

Serve maggiore attenzione da parte delle Istituzioni e della politica in campo socio sanitario; a riguardo può essere utile una più forte interlocuzione con la società organizzata, ovvero con le organizzazioni della

rappresentanza sociale. In tal modo si potranno condividere programmi, investimenti e azioni e verificare l'efficacia dei servizi, segnalare nuovi problemi e bisogni sociali, avere un confronto utile e positivo finalizzato al miglioramento del sistema. È necessario, dunque, prevedere e strutturare un sistema di partecipazione delle organizzazioni sociali nei luoghi in cui si decide la programmazione delle politiche socio sanitarie.

L'Anp Cia ritiene, infine, che la sfida vada ben oltre il perimetro del campo della tutela della salute e debba essere intesa in senso lato, ovvero come salute degli ambienti e della vita in generale.

Perciò i temi della salute pubblica devono far parte di tutele nelle politiche pubbliche; dalle politiche urbanistiche per disegnare le città, le periferie e le aree rurali a misura delle persone che vi abitano, alla garanzia di mobilità sostenibile e sicura, alle politiche ambientali, alla promozione di stili di vita appropriati. In sostanza una comunità che si organizza per "guadagnare in salute" e promuovere il benessere dei propri cittadini.

Roma, Ottobre 2018