

TAVOLA ROTONDA

In Italia, fino all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, sancito dalla legge 833 del 1978, il diritto alla salute non era garantito a tutti i cittadini. La riforma sanitaria fu avveniristica, sia per il valore universalistico, sia per il cambio di paradigma che diede rilevanza alla prevenzione e alla riabilitazione oltre che alla cura, sino ad allora considerato l'unico obiettivo fondamentale.

Nel nostro Paese il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e PIL, nel 2016, era del 6,5%, mentre quello del vecchio continente 8,3%. In questi giorni è esploso l'allarme della Conferenza delle Regioni, in audizione sul DEF alle commissioni speciali di Camera e Senato, per i Livelli Essenziali di Assistenza, cioè le prestazioni che il Servizio sanitario è tenuto a fornire a tutti i cittadini gratuitamente o tramite ticket, giudicati non più adeguati a quelli di un Paese civile. Dal 2018 al 2019 il finanziamento pubblico dovrebbe passare al 6,4% del PIL, cioè sotto la soglia del 6,5% definita dall'OCSE come livello minimo per garantire la tutela della salute. Secondo la Conferenza delle Regioni questo è un anno cruciale, perché lo Stato investe di meno e i cittadini pagano molto di più rispetto agli altri paesi del G7.

La spesa privata in rapporto al PIL, infatti, in Italia, è salita dall'1,9% del 2010 al 2,4% del 2016, quando ha raggiunto 35,2 miliardi, con un aumento del 50% rispetto a inizio millennio.

Negli ultimi dieci anni la capacità assistenziale, quindi di risposta alla domanda di prestazioni da parte del servizio pubblico si è ridotta dal 92% al 77%, per effetto della diminuzione percentuale del finanziamento pubblico del Servizio Sanitario e dell'allungamento delle liste d'attesa per ottenere le prestazioni.

La conseguenza è che i cittadini abbienti pagano di tasca propria, mentre quelli che non possono rinunciano alle cure o attendono a lungo.

La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e degli Extra Lea ha trasformato in prestazioni sociali alcune prestazioni, prima considerate di cura, quindi finanziate dal S.S.N.

Tra i costi sostenuti dai cittadini rientrano anche quelli per i servizi sociosanitari. La Regione determina le tariffe delle strutture residenziali accreditate, commisurate al grado di intensità di cura dell'ospite assistito, valutato dall'ASL.

La quota sanitaria, per le varie tipologie è, oggi, mediamente del 50%, il restante 50% è considerato quota sociale, perciò a carico delle famiglie. Qualora queste non fossero in grado di far fronte, in tutto o in parte, concorrerebbero gli Enti Locali, direttamente o attraverso gli Enti Consortili.

Per determinare la capacità di partecipazione ai costi da parte dei cittadini, viene utilizzato l'ISEE dell'intero nucleo familiare.

Consideriamo che il Piemonte ha una popolazione sempre più anziana. Secondo l'Osservatorio demografico territoriale, l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto percentuale tra gli over 64 e gli under 15, ha abbondantemente superato quota 190 e nell'ultimo settennio l'indice è cresciuto, in media, di oltre due punti l'anno.

Nonostante questi scenari, negli ultimi anni i finanziamenti per l'assistenza e le politiche sociali, quando non sono diminuiti, sono rimasti invariati. Il Fondo nazionale per le politiche sociali, infatti, ammonta a 313 milioni di euro, il 78% in meno rispetto al 2009, mentre i 500 milioni con cui viene finanziato il Fondo per la non autosufficienza sono di gran lunga insufficienti a garantire una vita dignitosa alle persone che necessitano di assistenza continua.

Oggi, in Italia, le persone ultrasessantacinquenni non in grado di svolgere le attività quotidiane per la cura di se stessi sono 1,5 milioni, mentre quelle con problemi di autonomia sono 4 milioni.

Le famiglie, anche in Piemonte, sono sempre più in difficoltà ad assistere i loro cari e, per una parte consistente, sono costrette a indebitarsi.

Ferma restando l'insostituibilità del S.S.N., è necessario che i fondi sanitari integrativi, originati dai contratti di lavoro e dal sistema della bilateralità, si preoccupino di assicurare le prestazioni che i cittadini sono impossibilitati ad ottenere e a pagare, come ad esempio quelle odontoiatriche.

Abbiamo richiesto l'apertura di un tavolo di confronto regionale per affrontare una serie di problemi, quali le tariffe, le fasce di classificazione, i minuti di assistenza previsti.

Esiste, poi, un problema di mobilità sanitaria, derivante dal fatto che i cittadini si spostano, all'interno della regione di residenza o fuori, per ricevere le prestazioni necessarie.

Ricordiamo che la mobilità sanitaria è un vero e proprio business pubblico da 4,6 miliardi. Nel riparto 2018, quattordici regioni, tra cui la nostra, sono debitorici, cioè hanno un saldo di mobilità passiva, sette risultano creditorici.

La revisione della rete ospedaliera nel nostro Servizio Sanitario Regionale, richiede la rapida realizzazione di una solida rete territoriale di servizi, basata sulla centralità dei distretti, sedi dell'integrazione sociosanitaria, e dalla nascita delle Case della Salute quali "snodi" fondamentali per la presa in carico dei bisogni di salute.

In sostanza è necessario soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie che non richiedono ricoveri ospedalieri, preservando, così, la rete ospedaliera dallo svolgimento di funzioni inappropriate di ricovero e di accesso al pronto soccorso.

È evidente che per la riuscita del progetto sarà importante coinvolgere e valorizzare anche i medici di medicina generale, figure importanti, che, agendo su base fiduciaria e professionale, hanno il compito di gestire e indirizzare gli assistiti nei percorsi di andata e di ritorno.

In prospettiva, per rinforzare il servizio piemontese, si dovrebbe poter contare sulla nascita di due nuovi poli di eccellenza, i parchi della salute di Torino e di Novara, che potrebbero rappresentare anche motori di sviluppo per la ricerca nel campo delle biotecnologie, delle apparecchiature elettromedicali, della bioingegneria e delle nanotecnologie, nonché un incubatore di imprese.

In conclusione, introduciamo due ulteriori questioni, anche di valenza nazionale:

1. la possibile emergenza legata all'età media dei professionisti del SSN, superiore ai 50 anni, con quella dei medici che supera i 55, che andrebbe superata con una riprogrammazione universitaria, accompagnata, anche ridurre le liste di attesa, dallo sblocco del turn-over e da una messa in atto di un credibile piano di assunzioni;
2. l'urgenza di realizzare la digitalizzazione della sanità, in termini di robotica, di intelligenza sanitaria, di internet delle cose.

Grazie per l'attenzione