



**UNIONE ITALIANA DEL LAVORO**  
Segreteria Confederale

**SEDE NAZIONALE**

00187 ROMA VIA LUCULLO, 6  
TELEFONO 47531  
TELEX 622425  
E-MAIL info@uil.it

**SEDE EUROPEA**

R. DU GOUVERNEMENT PROVISoire, 34  
1000 BRUXELLES  
TELEFONO 00322 / 2178838  
TELEFAX 00322 / 2199834

Data: 12 aprile 2011

Prot.: 10/11/SR/ap

Servizio: Politiche Cittadinanza Salute

Oggetto: PSN 2011-2013

A tutte le Strutture UIL

**LORO SEDI**

Cari amici e compagni,

Vi trasmettiamo una prima bozza di Osservazioni allo schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013

Fraterni saluti

**IL SEGRETARIO CONFEDERALE**  
***f.to*** Carlo Fiordaliso



**UNIONE ITALIANA DEL LAVORO**  
Segreteria Confederale

**SEDE NAZIONALE**

00187 ROMA VIA LUCULLO, 6  
TELEFONO 47531  
TELEX 622425  
E-MAIL info@uil.it

**SEDE EUROPEA**

R. DU GOUVERNEMENT PROVISoire, 34  
1000 BRUXELLES  
TELEFONO 00322 / 2178838  
TELEFAX 00322 / 2199834

### ***Osservazioni UIL allo schema di PSN 2011-2013***

Il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 presentato, sul quale esprimiamo un giudizio complessivamente positivo, si propone di superare, in un contesto istituzionale, nazionale e internazionale, altamente complesso e articolato, le criticità che erano state evidenziate nei precedenti Piani: 1) - ospedale e + territorio; 2) + efficienza; 3) - costi; 4) + organizzazione e + appropriatezza; 5) + qualità percepita.

Il Piano riafferma, opportunamente, i principi su cui pone le proprie fondamenta: il principio di responsabilità pubblica per il diritto di salute della comunità e della persona; di universalità; di eguaglianza e di equità di accesso alle prestazioni; di libertà di scelta; di informazione e di partecipazione dei cittadini; di gratuità delle cure nei limiti stabiliti dalla legge e di globalità della copertura assistenziale, come definita dai LEA.

A questi aggiungeremo: la solidarietà e la sussidiarietà, intesa come valorizzazione delle risorse private, con lo Stato che rimane comunque garante per assicurare livelli di prestazioni qualitativamente accettabili.

Uno Stato che deve essere al servizio del cittadino, uno Stato il cui dovere fondamentale sia quello di difendere, proteggere e garantire a tutti l'esercizio dei propri diritti, in particolare alle fasce più deboli e più a rischio della popolazione.

Il Piano individua, a tal fine, quale macro obiettivo del Servizio Sanitario Nazionale non più soltanto " la promozione della salute del cittadino" bensì quello " della promozione del benessere e della salute dei cittadini e delle comunità". Certamente un obiettivo ambizioso e condivisibile, che potrà essere raggiunto unicamente se i diversi soggetti istituzionali avranno la capacità di cooperare e di trasformare operativamente gli indirizzi che vi sono riportati, pur in considerazione delle specificità locali.

Puntualizzazione quanto più opportuna, se si tiene conto che la sanità in Italia continua a evidenziare situazioni estremamente disomogenee, caratterizzate da aree di eccellenza, accanto ad altre di forte criticità, che provocano profondi disagi ai cittadini e agli stessi professionisti.

Da condividere e da sviluppare, poi, le due sfide assistenziali: la non auto sufficienza e l'incremento atteso nei costi per l'acquisto e la gestione di tecnologie e farmaci innovativi.

In merito alla prima, sulla quale la UIL si riserva di inviare in seguito al Governo una proposta operativa più dettagliata e completa, vogliamo fin d'ora sottolineare la necessità di una reale integrazione fra il settore sanitario e quello sociale, per la forte crescita della popolazione anziana, al cui moltiplicarsi di domande bisognerà continuare a dare risposte sempre più concrete e mirate.

L'età media della vita è destinata progressivamente ad aumentare, per cui le previsioni dicono che nel 2030 i cittadini con oltre 65 anni costituiranno il 27% della popolazione. Questo significa, inevitabilmente, un aumento della "fetta" di persone che per patologie degenerative legate all'età, totalmente o in parte, non saranno più in grado di accudire se stessi; da ciò deriva un "carico" economico, sociale e di assistenza sulle famiglie (non tutte in grado di rispondere a questa richiesta) e quindi sullo Stato.

Il tema della cronicità s'intreccia, quindi, in modo indissolubile con quello della disabilità e non autosufficienza. Secondo il Rapporto sulla non autosufficienza in Italia 2010 sono 2.600.000 le persone in condizioni di disabilità che vivono

in famiglia, pari al 4,8% della popolazione. L'indagine non tiene conto, però, dei minori di 6 anni, che si stimano essere attorno a 200.000 mila.

Ben 2.000.000 di disabili sono persone anziane.

Questo carico ricade molto spesso sulle famiglie che rappresentano una risorsa fondamentale per affrontare le limitazioni derivanti dalla mancanza di servizi di assistenza. Secondo l'Istat, è pari al 10,3 % la quota delle famiglie con almeno una persona con problemi di disabilità. Nel 41,8 % dei casi si tratta di persone disabili che vivono sole (35,4%) o di persone disabili che vivono con altre persone disabili (6,4%). Nella maggioranza delle famiglie (58,3%), al contrario, c'è almeno una persona non disabile che può farsi carico delle persone con disabilità che fanno parte della famiglia.

Quanto all'assistenza, quasi l'80 % delle famiglie con persone disabili non è assistita a domicilio dai servizi pubblici. E la mancanza d'assistenza non è colmata neppure dai servizi domiciliari (non sanitari) a pagamento: sono oltre il 70 % le famiglie che non si avvalgono di alcuna assistenza, né privata né pubblica. Il 31,9 % delle persone disabili che sono sole e il 46,8 % delle famiglie in cui tutti i componenti sono disabili dichiara che avrebbero bisogno di assistenza sanitaria a domicilio erogata dalla Asl.

Tutto ciò, nonostante che la legge finanziaria 2007 abbia istituito il Fondo nazionale per la non autosufficienza al quale sono stati assegnati 100 milioni di euro per l'anno 2007, 300 milioni per il 2008, 400 milioni per il 2009 e 400 milioni per il 2010, con l'obbligo di verificare l'efficace gestione delle risorse, nonché la destinazione delle stesse al perseguimento delle finalità previste, attraverso l'attivazione dei flussi informativi relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare e di assistenza residenziale.

Di conseguenza, s'impongono scelte secondo un nuovo modello di Welfare-State che proponga soluzioni direttamente alle persone e alle famiglie di riferimento. In prima istanza, ed anche per un aspetto umano e psicologico non secondario, l'anziano (e anche il disabile) non autosufficiente deve rimanere assistito nel proprio domicilio (e non come il più delle volte impropriamente in ospedale) con una assistenza domiciliare integrata socio-

sanitaria globale (e quindi anche con prestazioni non previste dai LEA, cui far fronte ad esempio, con un "bonus" a sostegno delle famiglie che si fanno carico di questo tipo di soluzione) o in seconda istanza in RSA (possibilmente senza quota a carico) da realizzare in un tempo relativamente breve nel territorio di residenza con un numero di posti letto in proporzione alle esigenze quantificabili sulla base di indagini epidemiologiche.

Per queste ragioni, è inevitabile che le scelte di politica sanitaria debbano essere fortemente orientate verso il rilancio della prevenzione o meglio della coscienza di prevenzione, basata su una maggiore attenzione agli aspetti epidemiologici, economici e gestionali delle attività sanitarie, al fine di convincere governanti e cittadini che investire, oggi, nei vari settori della prevenzione conviene, piuttosto che sopportare domani il peso sociale e finanziario di malattie evitabili.

Tra le 11 patologie rilevanti, infine, le malattie oncologiche sono una priorità in ambito sanitario, in ragione dei dati di incidenza (oltre 250.000 nuovi casi/anno), ma anche di prevalenza (nel 2010 sono previsti oltre 2 milioni di casi) e pongono come obiettivo al SSN la prevenzione, la riduzione della mortalità, il miglioramento dell'accesso, della qualità delle cure, della tutela assistenziale e il miglioramento della qualità della vita del paziente oncologico.

Ma non basta.

Il malato oncologico, in aggiunta al trattamento terapeutico, ha particolari esigenze di tipo giuridico e economico, in particolare in ambito lavorativo, ed è, pertanto, necessario che l'ordinamento preveda le tutele e provvidenze che gli consentano, nonostante la malattia e le terapie, di continuare a vivere dignitosamente.

Ma, perché le leggi non rimangano inapplicate è necessario che siano innanzitutto i malati a conoscere quali sono i diritti che lo Stato riconosce e garantisce loro, sia come particolare categoria di malati sia, genericamente, come persone riconosciute invalide.

L'importanza e la delicatezza delle problematiche riguardanti le due questioni sopracitate e l'esigenza di favorire la promozione di nuovi diritti dei malati di cancro a fronte dei nuovi bisogni espressi dalle persone colpite dalle neoplasie, inducono la UIL a svolgere una costante azione di pressione su Governo, Parlamento e altri organismi istituzionali a ciò preposti, perché le legittime aspettative dei malati di cancro siano soddisfatte nei tempi giusti.