



PER UN FORTE SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO E UNIVERSALE INTEGRATO CON IL WELFARE SOCIALE

COSTRUIRE UNA FORTE RETE DI SERVIZI SANITARI E SOCIALI INTEGRATI NEL TERRITORIO

CGIL-CISL-UIL Toscana hanno presentato alla Regione una piattaforma sulla sanità nel luglio 2016 (in **allegato**), preceduta nell'aprile 2016 da una piattaforma sul welfare delle categorie dei pensionati SPI Cgil, FNP Cisl e Uil Pensionati (in **allegato**), mentre CGIL-CISL-UIL nazionali, all'assemblea di Salerno del 19 Settembre 2018 (in **allegato**), hanno varato una piattaforma nazionale che rivendica con forza la necessità di difendere e rafforzare il sistema sanitario pubblico come strumento essenziale per garantire il diritto universale alla salute. È nostro compito lavorare in Toscana per concretizzare sul territorio i nostri obiettivi, con particolare riferimento ai seguenti punti:

1. **Revisione del sistema di compartecipazione** ingiusto e controproducente, che sta impoverendo i cittadini e spostando risorse dal SSN al privato commerciale.
2. **Liste di attesa.** Inserire vincoli più stringenti a garanzia dei cittadini e semplificare l'accesso. Non è accettabile che, per aggirare le liste di attesa, si debba pagare la prestazione privatamente, magari in libera professione e nello stesso servizio.
3. **Un nuovo equilibrio tra ospedale e servizi sanitari e socio-sanitari nel territorio.** Organizzare legami forti e strutture intermedie tra ospedali e servizi territoriali (case della salute, cure intermedie, presidi sul territorio) e realizzare una maggiore integrazione tra medici convenzionati e servizi pubblici.

CGIL-CISL-UIL Toscana hanno concluso nella prima metà del mese di gennaio 2019 le riunioni di ascolto e condivisione che erano state programmate in tutti i territori della regione e, sulla base di quanto verificato e degli obiettivi della piattaforma nazionale, hanno espresso un giudizio fortemente critico nei confronti della possibilità di realizzare gli obiettivi contenuti nel Piano Socio-sanitario regionale 2018-2020, approvato dalla Giunta ed attualmente all'esame della Terza Commissione Consiliare. A tal proposito si rimanda interamente al **documento allegato di CGIL-CISL-UIL Toscana del 15/01/2019** relativamente a: **verifica della riforma, assetto organizzativo, innovazione, fondo per la non autosufficienza, "Pronto Badante", ruolo delle organizzazioni sindacali confederali.**

Le OO.SS. hanno ben presente che il sistema sanitario è sottoposto a due fattori di stress: l'invecchiamento della popolazione e l'aumento dei costi delle cure. Una parte degli attori del sistema sta tentando di convincere i cittadini che il sistema sanitario pubblico non potrà resistere nei prossimi anni alla pressione che ne verrà, e che è quindi necessario sostituire/affiancare al sistema sanitario pubblico un sistema

sanitario privato basato sulle assicurazioni (qualcuno, con molta creatività, si è inventato anche il “reddito di salute”, un *voucher* finanziato dal pubblico per pagare l’assicurazione ai cittadini meno abbienti).

Noi siamo nettamente contrari al modello assicurativo, non per motivi ideologici ma per un motivo concreto: un sistema misto di questa natura non funziona. È sufficiente confrontare i costi per persona del sistema sanitario italiano con quelli del sistema sanitario statunitense per capire che non è la strada corretta per tutelare la salute di tutti i cittadini. Il sistema misto, oltre che essere antieconomico, è anche ingiusto perché, nel tempo, produce un degrado del sistema pubblico e quindi la mancata tutela del diritto costituzionale alla salute per i meno abbienti. Ma viene anche da domandarsi perché lo stato dovrebbe finanziare il “reddito di salute” e non, molto più proficuamente, aumentare il finanziamento del sistema pubblico.

È in atto, anche nel nostro territorio, un progressivo ricorso alle strutture private determinato dall’intrecciarsi di lunghi tempi di attesa e di elevati livelli di ticket (talvolta superiori al costo della prestazione) che ha reso competitive le strutture private e produce, insieme alla contrazione di risorse e investimenti, un graduale arretramento del servizio pubblico a vantaggio del privato recando pregiudizio ai cittadini meno abbienti che non possono ricorrere al privato. È un fenomeno già rilevante che sta acquisendo ogni giorno una maggior consistenza ed investe ormai anche i cittadini con redditi medio/bassi.

Se vogliamo impedire il completamento di questo processo e rendere forza al sistema pubblico è necessario potenziare – come prevede la piattaforma CGIL-CISL-UIL di Salerno – il sistema pubblico ed universale integrato con il welfare sociale.

Sotto questo aspetto la Toscana ha un tessuto sociale che potrebbe favorire uno sviluppo positivo dell’integrazione consentendo di superare - con il coinvolgimento della società civile e del welfare sociale - le difficoltà che abbiamo verificato nello sviluppo della medicina territoriale ma anche quelle dei sistemi di emergenza.

Se vogliamo evitare che il servizio sanitario toscano collassi per la pressione che si riversa sugli ospedali, a causa della mancanza dei servizi territoriali previsti, e per la pressione delle strutture private che si inseriscono ogni giorno di più nelle difficoltà del servizio pubblico, è necessario coinvolgere in questa lotta tutta la società civile toscana in una alleanza che, partendo ovviamente da noi, coinvolga tutti i cittadini e gli organismi intermedi che possono essere interessati a sostenerla. In particolare le associazioni dei consumatori, le associazioni di volontariato del terzo settore, le associazioni sindacali dei medici di famiglia e dei pediatri, etc.

Per questo riteniamo necessario individuare alcuni obiettivi concreti.

1. REVISIONE DEL SISTEMA DI COMPARTICIPAZIONE (diagnostica e specialistica)

I ticket nel tempo sono divenuti **una vera e propria tassa sui malati**. Un modo per finanziare la sanità pubblica ingiusto ed antieconomico rispetto agli effetti che produce (stiamo parlando oggi in Toscana di un importo di 130 milioni su un finanziamento regionale di circa 7 miliardi).

La Regione Toscana si è ormai dotata di strumenti più adeguati a promuovere l’appropriatezza nell’accesso alla diagnostica e specialistica, strumenti che stanno producendo gli effetti voluti. Se necessario occorre promuovere anche un intervento “culturale” rivolto ai MMG e ai cittadini per far comprendere che una richiesta di intervento inutile toglie risorse al sistema, penalizzando chi ha maggior bisogno.

Occorre ripensare completamente la questione.

I ticket:

- sono percepiti come iniqui ed inutili dalla maggioranza dei cittadini;
- colpiscono chi è malato ed in una condizione socioeconomica peggiore stante la nota correlazione tra posizione sociale e condizioni di salute;
- diminuiscono l'aderenza ai trattamenti dei pazienti (soprattutto cronici), con conseguente peggioramento dello stato di salute;
- sono ingiusti perché finiscono per penalizzare coloro che non possono permettersi un'assicurazione privata che garantisce sia il rimborso del ticket che la detassazione.

I ticket sono stati applicati in modo diverso da regione a regione. In Toscana abbiamo il primato dei ticket più alti d'Italia: fino a 8 euro per le ricette e fino a 76 euro (ma anche 118 euro) per la specialistica.

Per questi motivi condividiamo la mozione approvata dal Consiglio Regionale della Toscana e la conseguente decisione della Giunta di abolire – da aprile 2019 – il contributo di 10 euro per la digitalizzazione.

Ma questo non è sufficiente.

Secondo le stime di Agenas e secondo quanto riportato nella mozione del Consiglio, in Toscana le entrate complessive per il ticket assommano a circa 130 milioni di euro da cui vanno sottratti i 5 milioni (circa) pervenuti dalla ripartizione nazionale del fondo e i 18 milioni derivanti dalla decisione della Giunta. Per cui le entrate complessive del ticket saranno comunque ridotte a 112 milioni (circa).

Sappiamo che le norme statali consentono solo l'eliminazione del super ticket purché vengano garantite le stesse entrate da altre fonti. Ma questa soluzione – **che pure auspichiamo come minimo necessario – non produrrà comunque gli effetti desiderati.**

Considerati gli impegni, per il momento disattesi, del Governo, si richiede alla Regione Toscana di aprire in tempi rapidi un confronto sulla revisione del sistema di compartecipazione, finalizzato a realizzare una maggiore equità e ad evitare che i ticket si trasformino in una tassa sulla malattia.

2. LISTE DI ATTESA, CRONICITA', SANITA' DI INIZIATIVA, NON AUTOSUFFICIENZA

2.1 LISTE DI ATTESA

I tempi di attesa sono percepiti come uno dei principali problemi dai cittadini. Prenotare una prestazione sanitaria vuol dire, molto spesso, fare un percorso ad ostacoli che complica la vita. La semplificazione degli accessi ed in generale della burocrazia deve divenire un obiettivo centrale della riorganizzazione della sanità.

La soglia di tolleranza è di 30 giorni oltre i quali il servizio viene ritenuto insoddisfacente. L'attesa è articolata in diverse modalità che, nell'esperienza dei cittadini, rappresentano tutte un problema: attesa al telefono o allo sportello per prenotare; attesa per la data fissata per la visita o l'esame; attesa fra l'ora fissata per l'appuntamento e l'erogazione effettiva.

Secondo molte rilevazioni le liste di attesa sono il primo motivo per cui i cittadini ricorrono alla sanità privata; il secondo motivo sono i ticket troppo alti. Sotto questo aspetto abbiamo in Toscana una situazione grave. Oltre il 50% dei cittadini paga per intero fuori dal sistema pubblico le visite specialistiche (siamo la seconda regione in Italia). Se a questi si aggiungono coloro che ricorrono all'attività specialista intramuraria, si comprende bene da cosa derivi l'insoddisfazione dei cittadini. E si comprende anche come la mortalità di coloro che hanno scarsi redditi è aumentata dagli anni 2001-2008 agli anni 2009-2014 (dati ARS).

I LUNGI TEMPI DI ATTESA RAPPRESENTANO, INSIEME ALLA MANCATA ATTUAZIONE DEI SERVIZI TERRITORIALI, IL PIÙ GRANDE INSUCCESSO DELLA SANITÀ TOSCANA DA CUI DIPENDE IL GIUDIZIO NEGATIVO DEI CITTADINI.

Recentemente sono state introdotte misure, che nei prossimi mesi dovranno essere sottoposte a monitoraggio per una puntuale verifica degli esiti. È necessario rendere vincolanti gli indirizzi regionali previsti dalle recenti delibere: proponiamo che siano definiti esattamente i tempi necessari all'attuazione di quanto previsto e si proceda a sollecitare le specifiche responsabilità dirigenziali.

Inoltre è necessario:

1. garantire la vigilanza sul rispetto del divieto di sospensione dell'attività di prenotazione (la lista chiusa) e procedere alla erogazione delle relative sanzioni amministrative come previsto dalla Legge n. 266/2005.¹
2. Riorganizzare i servizi pubblici dei laboratori e della diagnostica per immagini. Siamo convinti che riorganizzandoli, utilizzando la tecnologia che consente di leggere in remoto le immagini, ampliando l'offerta dei servizi e concentrando gli specialisti ed i laboratori sia possibile realizzare un sostanziale abbattimento delle liste di attesa.
3. Per le visite specialistiche occorre:
 - bloccare le visite in attività intramoenia quando le liste di attesa per le attività istituzionali superano una certa soglia².
 - Applicare il piano nazionale liste di attesa prevedendo che, se l'appuntamento è fuori dei tempi massimi, si applica il diritto del paziente di accedere all'intramoenia non pagando. Ma non su richiesta del paziente, che non lo sa e dovrebbe fare domanda, ma d'ufficio, automaticamente con il sistema di prenotazione.³
 - Applicare quanto sopra e verificare le responsabilità nel caso in cui i tempi di attesa stabiliti non vengano rispettati (vedi punto 24 Piano nazionale liste di attesa 2018/2020 proposto dal Governo).

2.2 CRONICITA' E SANITA' DI INIZIATIVA

La proposta contenuta nel Piano, seppure innovativa sul piano tecnico, rischia di non risolvere il problema dello scarso funzionamento del sistema. Se dopo tanti anni dall'istituzione della sanità di iniziativa, peraltro per poche patologie, solo una parte dei medici di famiglia ha aderito e si copre solo meno della metà dei cittadini toscani occorre chiedersi se la pur valida profilazione degli utenti e l'invio delle liste ai medici di famiglia risolve il problema.

È necessario capire le motivazioni dei medici che non aderiscono e cercare di individuare le soluzioni per superare le difficoltà di adesione. Ricordiamo che il funzionamento della sanità di iniziativa – che interessa

1 . Punto 22 Piano nazionale liste di attesa 2018/2020. Comma 284. Ai soggetti responsabili delle violazioni dei divieti di cui al comma 282 è applicata la sanzione amministrativa da un minimo di 1.000 euro ad un massimo di 6000 euro. Comma 282. Alle aziende sanitarie ed ospedaliere è vietato sospendere le attività di prenotazione delle prestazioni di cui al citato DPCM 29.11.2001 (nota LEA).

2 . Punto 16 Piano liste di attesa. In caso di superamento del rapporto tra l'attività in libera professione e in istituzionale sulle prestazioni erogate e/o sfioramento dei tempi di attesa massimi individuati dalla Regione, si attua il blocco dell'attività libero professionale, fatta salva l'esecuzione delle prestazioni già prenotate.

3 . Punto 15. L'eventuale acquisto e l'erogazione delle prestazioni aggiuntive in regime libero professionale Sostentate economicamente dall'azienda riservando al cittadino solo l'eventuale partecipazione al costo L'acquisto di prestazioni specialistiche aggiuntive è un'integrazione dell'attività istituzionale e va effettuata prioritariamente per le prestazioni che risultino critiche ai fini delle liste di attesa.

oggi circa 1.400.000 toscani – darebbe un contributo determinante non solo al miglioramento delle cure per i cronici (con conseguenti minori costi), ma anche al miglioramento delle liste di attesa qualora si realizzi il doppio canale di prenotazione – cronici/prime visite – più volte indicato come obiettivo dalle delibere regionali e disattese nella pratica.

E' inoltre necessario organizzare in tempi brevi quanto previsto dal Piano Nazionale liste di attesa 2018/2020 e dalle delibere 750 e 1457 del 2018 in relazione alla presa in carico dei pazienti cronici da parte della struttura pianificando la fruibilità delle prestazioni in modo tempestivo e congruo con il decorso della patologia istituendo apposite agende dedicate alle prestazioni intese come visite/esami successivi al primo accesso e prescritti e prenotati direttamente dallo specialista che ha preso in carico il paziente. ⁴

2.3 NON AUTOSUFFICIENZA

Si richiamano qui **le piattaforme SPI Cgil, FNP Cisl, UIL pensionati dell'aprile 2016 e CGIL-CISL-UIL Toscana del luglio 2016** e anche **il documento CGIL-CISL-UIL Toscana del 15/01/2019.**

3. LE CASE DELLA SALUTE

La delibera della Giunta Regionale n. 117 del 16.2.2015 “Approvazione delle linee di indirizzo alle aziende sanitarie sulle Case della Salute” prevede che, a regime, “dovrà essere realizzata una Casa della Salute modulo complesso per ogni zona distretto... l'Azienda sanitaria preparerà un piano di previsione che preveda la realizzazione di almeno una Casa della Salute base per ogni AFT ed una Casa della Salute standard in ogni ambito territoriale della MG”. A questo proposito **vedere il documento allegato di Sintesi della delibera 117/2015.**

In Toscana abbiamo 116 AFT e 26 zone-distretto. Anche considerando che gli ambiti territoriali della MG corrispondano con la zona distretto dovremmo avere: 116 case della salute di base, 26 case della salute standard e 26 case della salute complesse. Totale 168 case della salute nei vari modelli.

A distanza di 4 anni dalla delibera la situazione è molto diversa. Abbiamo 61 case della salute attive e 17 in fase di attivazione. Totale 78 nei vari modelli.

Ma i numeri non fotografano esattamente la situazione perché abbiamo solo alcune zone in cui la realizzazione è quasi completata ed in cui le CdS funzionano bene con soddisfazione dei cittadini e moltissime zone in cui invece le CdS non esistono o, dove esistono, sono solo una etichetta senza contenuti. Molte Case della salute dal punto di vista delle strutture e degli edifici non sono state completate rispetto ai programmi che sono stati previsti.

Ma gli stessi programmi relativi alle strutture e agli edifici sono insufficienti a completare il piano deciso dalla Regione nel 2015 e che riteniamo essenziale per il funzionamento della sanità.

Forse è utile ricordare in sintesi cosa sono le Case della Salute:

- sono lo strumento per ricomporre le strutture che si occupano dei servizi sanitari e sociosanitari facilitando il paziente ed i suoi familiari oggi costretti a recarsi in luoghi diversi e con carenza di informazioni;
- sono il luogo in cui si realizza la continuità assistenziale nel territorio evitando gli accessi impropri al pronto soccorso;
- sono un presidio visibile ed essenziale sul territorio che assicura la centralità del cittadino e trasforma il cittadino nel titolare di un diritto reale all'assistenza.

4 . Punto 13 del piano nazionale. La realizzazione della presa in carico del paziente cronico secondo precisi protocolli che si completa con la responsabilità della struttura che ha in carico il paziente di provvedere alla prenotazione delle prestazioni di controllo.

Per superare la situazione e programmare un intervento certo, è necessario un accordo tra OO.SS. e Regione Toscana che preveda:

1. la verifica, per ogni zona distretto dello stato di attuazione della delibera n. 117 del 2015 (**vedere elenco allegato sulle Case della Salute**) e la rilevazione delle carenze da superare entro un limite di tempo massimo di 2 anni;
2. la disponibilità della Regione a finanziare adeguatamente un piano straordinario di completamento nei tempi indicati nonché di realizzare in tempi certi le opere di costruzione/manutenzione e di fornitura delle attrezzature necessarie;
3. qualora la Regione non fosse in grado di garantire quanto sopra (difficoltà finanziarie e certezza dei tempi di realizzazione) devono essere attivate le opzioni alternative già previste dalla DGRT 117/2015 (Strutture, tecnologie e servizi delle Case della Salute) privilegiando le strutture messe a disposizione dai Comuni, dagli Enti Pubblici e dal volontariato attraverso successivi accordi quadro regionali.
4. i tempi cogenti per la realizzazione dei piani di zona distretto (individuazione del luogo per ogni tipologia, azioni necessarie per l'apertura, finanziamenti necessari, partecipazione e modalità di collaborazione alla costruzione e gestione delle strutture) prevedendo penalizzazioni certe in caso di mancato rispetto degli impegni a presentare il piano e a rispettarne i tempi di attuazione;

È inoltre necessario esaminare le motivazioni per cui Case della salute che potrebbero essere funzionanti come strutture, di fatto, non lo sono perché non hanno la disponibilità dei medici, i quali scelgono altre strade.

Si tratta di una questione da approfondire. Non tanto limitandosi all'aspetto di carattere contrattuale, quanto invece facendo lo sforzo di capire perché e come ad esempio le case della salute funzionano in particolari contesti territoriali.

Questa analisi mette in evidenza la necessità di stabilire un rapporto più efficace con i Medici di Medicina Generale, e i Pediatri di Libera Scelta, al fine di renderli protagonisti attivi del modello incentrato sulle "Case della Salute".

4. POSTI LETTO DI CURE INTERMEDIE

È necessario che la Regione definisca, per ciascuno dei setting individuati, un parametro correlato ai posti letto ospedalieri della zona, che individui il numero dei posti letto di cure intermedie necessario per ogni zona.

Inoltre è necessario prevedere per ogni zona un piano di completamento, in tempi certi, privilegiando la collocazione di tali posti letto nei complessi ospedalieri pubblici.

5. SANITA' INTEGRATIVA

Visto il diffondersi di fondi di sanità integrativa "contrattuali" dai quali sono esclusi i cittadini in condizioni di maggiore fragilità (anziani, precari, atipici, disoccupati) e il livello della spesa "out of pocket" - che nella nostra regione incide per il 25% sul totale della spesa sanitaria pro capite⁵ - è necessario un confronto con la Regione Toscana, con tempi certi di conclusione dei lavori, per verificare quanto richiesto al punto g ("Sanità integrativa e risorse per il sistema") dalla **piattaforma CGIL-CISL-UIL Toscana di luglio 2016** e le azioni previste dal Piano di Sviluppo Regionale PRS 2016-2020/Progetto-20 (Tutela dei diritti civili e sociali) / punto-6 (Promozione di welfare integrativo).

Le priorità di tale confronto saranno:

- intercettare la spesa out of pocket dei cittadini (sia intermediata attraverso fondi contrattuali, sia immessa direttamente nel privato) con l'obiettivo di indirizzarla verso il Servizio Sanitario Regionale, aumentando così le risorse, migliorando l'appropriatezza ed evitando la sostituzione di prestazioni LEA;
- creazione di un "fondo regionale" per erogare prestazioni extra LEA per aumentare il numero dei beneficiari e fornire una copertura ai soggetti più fragili, esclusi dai fondi di origine contrattuale (pensionati, soggetti con carriere discontinue, disoccupati, ecc.) aperto all'adesione volontaria dei cittadini, con l'obiettivo di allargare le prestazioni con carattere di universalità, anche con un intervento pubblico che favorisca la partecipazione, la mutualità ed il sostegno verso i soggetti più svantaggiati.

6. PARTECIPAZIONE E CONFRONTO

Il sistema di relazioni sindacali è uno strumento politico essenziale, ove il confronto sia esercitato in modo proficuo, equilibrato e reciprocamente qualificante.

La DGR 61/2014 e il protocollo di intesa sottoscritto in data 14 aprile 2016, con le OO.SS. confederali, del comparto sanità e dei pensionati, devono essere applicati attraverso modalità di confronto costante: per questo si chiede un maggiore coinvolgimento delle OO.SS. nella programmazione e nel monitoraggio degli interventi, attraverso un calendario certo ed esigibile di incontri periodici e con la possibilità di attivare confronti specifici su richiesta.

Firenze, 13 maggio 2019