

INVESTIRE IN SALUTE PER FAR CRESCERE L'ITALIA

*In un mondo che cambia:
un progetto di salute per aggredire anche il fenomeno
della non-autosufficienza e della povertà.*

On. Elena Carnevali
XII Commissione Affari Sociali - Camera dei Deputati



Tre riflessioni e tre domande

Con la proposta di revisione del Titolo V parte II della Costituzione come garantire il principio dell'uniformità e quello della differenziazione ?

Come incidono le politiche economiche sulle politiche della salute e del welfare?

Il Patto per la Salute e le politiche pubbliche nell'ambito del welfare e della salute danno risposte a fenomeni di grande impatto come quello dell'invecchiamento della popolazione - *correlato alla non autosufficienza* –

e quello della crescente condizione di povertà e dell'esclusione sociale della popolazione?

Prima riflessione, la riforma del titolo V

L'attuale articolo 117

riserva alla **competenza esclusiva** del legislatore statale la ***determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*** che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, ed alla **competenza legislativa concorrente** la materia ***tutela della salute***



DDL Senato - Art. 30 modifica dell' articolo 117 della Costituzione

Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie:

m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale;

disposizioni generali e comuni per la **tutela della salute**, per la **sicurezza alimentare** e per la **tutela e sicurezza del lavoro**;

Spetta alle Regioni la potestà legislativa in materia di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali

Su proposta del Governo, la legge dello Stato può intervenire in materie non riservate alla legislazione esclusiva quando lo richieda la tutela dell' unità giuridica o economica della Repubblica, ovvero la tutela dell' interesse nazionale.

I nodi interpretativi

Il criterio di “riparto” non è però tracciato rigidamente, dal momento che la legge statale può comunque intervenire, sia negli ambiti di competenza residuale, sia negli ambiti di competenza regionale nominata, quando lo richieda “ **la tutela dell’ unità giuridica o economica della Repubblica ovvero la tutela dell’ interesse nazionale**”.

Oggi la materia tutela della salute è “*assai più ampia rispetto alla precedente materia assistenza sanitaria e ospedaliera*” e allora ...

..... come interpretare la riserva allo Stato delle *disposizioni generali e comuni per la tutela della salute*?

Le disposizioni generali e la tutela dell’ interesse nazionale (anche con la clausola di salvaguardia o di supremazia) rischiano di comprimere l’ autonomia normativa regionale?

Parere della XII Commissione Affari sociali

Esaminato il disegno di legge “Revisione della parte seconda della Costituzione”;

considerato che le modifiche proposte al Titolo V della Costituzione dal disegno di legge in esame **sembrano ridurre l’ambito spettante alla potestà legislativa regionale** rispetto alle norme costituzionali ancora in vigore, **operando una riforma ad orientamento “centripeto”**, che per quanto concerne la materia sanitaria tenderebbe a superare le difformità esistenti fra i sistemi sanitari regionali;

espresse perplessità sulla circostanza che la nuova formulazione dell’ articolo 117 sia in grado di operare una definitiva chiarezza sulla ripartizione delle competenze legislative tra Stato e regioni, in particolare per quanto riguarda la locuzione “*disposizioni generali e comuni*” per qualificare la competenza esclusiva statale in alcune materie tra cui la tutela della salute, la sicurezza alimentare e la tutela e la sicurezza del lavoro;

Parere della XII Commissione Affari sociali

rilevato che la prima parte dell' articolo 117, comma secondo, lettera *m*), si riferisce a **tutti i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali e non solo a quelli sanitari**;

rilevato altresì che, nell' articolo 117, risulta **attribuita alle regioni in via esclusiva la potestà legislativa in materia di politiche sociali**, materia che invece è da considerarsi complementare rispetto a quella della tutela della salute al fine di garantire indirizzi nazionali uniformi in temi di integrazione socio-sanitaria;

ritenuto altresì che la nuova configurazione dei poteri e delle funzioni del Parlamento e in particolare la nuova composizione del Senato impattino sulla Conferenza Stato - regioni, il cui ruolo andrà necessariamente ridefinito, al fine di **evitare sovrapposizioni istituzionali in particolare nel settore sanitario**;

Proposte della XII Commissione Affari sociali

all' articolo 117, comma secondo, lettera *m*), *valuti la Commissione* di merito l' **opportunità** di separare i due periodi, inserendo il secondo periodo relativo alle disposizioni generali e comuni per la tutela della salute, per la sicurezza alimentare e per la tutela e la sicurezza del lavoro in **una distinta lettera da inserire dopo la lettera *m***);

b) all' articolo 117, comma secondo, lettera *m*), *valuti la Commissione* di merito l' **opportunità** di prevedere che allo Stato spetti anche la potestà legislativa esclusiva in materia di disposizioni generali e comuni per le **politiche sociali**;

c) *valuti la Commissione* di merito l' **opportunità** di prevedere che la clausola di supremazia di cui all' articolo 117, comma quarto, consenta in maniera esplicita allo Stato di intervenire anche quando lo richieda **la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali**;

d) *valuti la Commissione* di merito l' **opportunità** di prevedere, **in caso di inerzia dello Stato** nella adozione delle norme generali e comuni in materia di tutela della salute, **che le regioni possano legiferare in tale materia in attesa della legge statale, al fine di evitare lacune normative**

Governare i processi a monte

Per diminuire i contenziosi :
una governance multilivello in grado di individuare processi, strategie, metodologie e strumenti tali da garantire il principio dell' uniformità e quello della differenziazione nel rispetto di alcuni principi forti come:

- l' equità;
- la continuità assistenziale
- l' integrazione socio-sanitaria;
- l' assistenza territoriale;
- la qualità e l' appropriatezza delle cure;
- l' umanizzazione delle cure;
- la prevenzione;
- le risorse umane;

PATTO PER LA SALUTE

- Costi standard;
- Fabbisogni e riparto, risparmio delle risorse alle regioni;
- Riordino rete ospedaliera
- Revisione assistenza territoriale
- Aggiornamento Lea;
- La revisione del sistema di compartecipazione alla spesa ed esenzioni

Cosa dice il 10° Rapporto Sanità - Crea 2014

Dal 2005-12 il disavanzo si è ridotto del 79%, ora ripartito uniformemente

SSN sempre più sobrio : Gap tra spesa pro-capite Italia ed Paesi UE = - 25,2 %

Tassi cronicità di alcune malattie si sono ridotte

Prevenzione insufficiente;

Innovazione= per nuovi farmaci Italia meno di FR, GR, UK, Spagna

Politiche per la Non autosufficienza = eccesso di frazionamento delle fonti e responsabilità, requisiti disomogenei

- Il federalismo voluto dalle Regioni non è stato un fallimento ma troppe disparità
- Dal superamento dell'emergenza sanitaria all'adeguamento quali - quantitativo dei LEA
- Prevenzione e nuove tecnologie hanno ridotto l'ospedalizzazione
- Indicatore = FINE VITA
- Variabilità regionale per adesione screening
- Per la NA spesa di 27,7 MLD, di cui 28,5% per prestazioni sanitarie il resto per quelle sociali e denaro

10° Rapporto Sanità - Crea 2014

Azioni per realizzare una riforma di un Ssn più forte e sostenibile

- Risorse certe e vincolate per la prevenzione, che dovrebbe diventare un «**quarto Lea**»,
- riforma strutturale delle esenzioni e delle compartecipazioni per dare priorità alle fasce più fragili;
- fondo per l'innovazione alimentato anche dal delisting delle terapie a bassissimo costo;
- una governance razionalizzata per la non-autosufficienza;
- potenziamento degli strumenti di valutazione delle performance;
- maggiore accountability di dg e aziende;
- investimenti nei sistemi informativi.

Il Patto per la Salute vs proposta di legge regionale PD

Art. 1. Determinazione del fabbisogno del Servizio sanitario nazionale e dei fabbisogni regionali- costi standard e Livelli Essenziali di Assistenza

109.928 milioni di euro nel 2014, 112.062 nel 2015 e in 115.444 nel 2016

Con Intesa Stato Regioni e DPCM, **entro 31 dicembre 2014 ,aggiornamento dei LEA**, sia per le malattie rare e croniche che per i Lea ad alta integrazione socio sanitaria (anziani, disabilità nonautosufficienza), salute mentale, dipendenze, materno infantili che sono indispensabili per organizzare i servizi nel territorio.

Art. 3 Assistenza Ospedaliera

adozione del regolamento di definizione degli standard qualitativi, strutturali,tecnologici e quantitativi relativi all' assistenza ospedaliera. **Entro il 31/10/14 Indirizzi di continuità assistenziali**

Art. 4 - Umanizzazione delle cure

Programma annuale per l' umanizzazione delle cure, con formazione del personale e cambiamenti organizzativi (priorità: Area critica, Pediatria, Comunicazione, Oncologia, Ass. Domiciliare). Previsti strumenti condivisi Stato Regioni di monitoraggio della qualità percepita dai cittadini.

ART.5 - Assistenza territoriale

Le Regioni istituiscono le UCCP e le AFT, per assicurare le cure primarie con obiettivi e attività fissati dal Distretto e dalla ASL, con un modello-tipo coerente con le Convenzioni di MG ma definito dalla Regione per garantire uniformità assistenziale. **Piano Nazionale della cronicità entro il 31/12/14**

Art. 6 - Assistenza socio sanitaria

Le Regioni si impegnano a disciplinare in modo integrato servizi e attività per Non Autosufficienza, disabilità, salute mentale, assistenza minori, dipendenze; ad attivare Punto Unico di Accesso per assistenza socio sanitaria e socio assistenziale; Valutazione Multidimensionale; Piano di prestazioni personalizzato integrato; standard minimi qualificanti per servizi socio sanitari

Il Patto per la Salute

Art. 9 Revisione disciplina partecipazione alla spesa sanitaria ed esenzioni

La revisione del sistema di esenzioni sui ticket, per avere una maggiore equità nella compartecipazione,

Art. 10 - Comitato per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza

Mancato rispetto LEA diventa grave inadempimento contrattuale per Direttori generali e motivo di decadenza.

Art. 12 Piani di riorganizzazione, riqualificazione e rafforzamento dei servizi sanitari regionali

modificare la logica punitiva dei Piani di Rientro per passare a veri e propri piani di Salute

Art. 17 Piano nazionale della Prevenzione

Le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano si impegnano a mettere in atto ogni utile intervento per promuovere la salute in tutte le politiche ed attuare la promozione della salute attraverso politiche integrate e intersettoriali a sostegno del diritto di ciascun cittadino a realizzare il proprio progetto di vita in un disegno armonico di sviluppo del territorio e della comunità in cui vive ciascuno.

Art. 22 - Gestione e sviluppo delle risorse umane

favorire l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi,

Art.23 Assistenza farmaceutica

incrementare e migliorare le strategie degli investimenti in innovazione e ricerca anche con politiche di Governance che, nel rispetto dei vincoli di bilancio, favoriscano l'accesso dei cittadini ai farmaci innovativi ed efficaci ai fini della tutela della salute pubblica e a garanzia della centralità del malato nei percorsi assistenziali e terapeutici.

Il progetto di legge regionale del PD

Art. 1- Universalità ed **equità** come criterio di accesso alle prestazioni e servizi; Il contrasto delle diseguaglianze sanitarie; La centralità della promozione della salute e della prevenzione; L' integrazione delle politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali e con le politiche settoriali; Il finanziamento pubblico dei LEA;

Art.4 – un unico assessorato alla Salute e al Welfare;

Art. 7 – sviluppo di servizi di cure intermedie per la nonautosufficienza;

Art. 8 – interventi di contrasto con il PSSR territoriale delle diseguaglianze sanitarie e attenzione ai gruppi di popolazione che per condizioni socioeconomiche ... sono a maggior rischio;

Art. 12 – Piano regionale della prevenzione con intervento precoce nella vita per la diffusione di stili di vita per una buona salute;

Seconda riflessione, la legge di stabilità

Una congiuntura peggiore delle attese:

Economia: rallentamento nell' Eurozona e stagnazione in Italia (2014 = terzo anno consecutivo di calo del PIL)

Inflazione zero (ottobre 2014: 0,1%)

Elevata disoccupazione (ottobre 2014: 13,2%) **e povertà** (2013: 6 mln di poveri «assoluti»)

Qualche segnale positivo (III trim. 2014: occupati +122 mila su III trim. 2013) ... ma il rischio è una lunga combinazione di stagnazione + inflazione zero + disoccupazione



Gli impegni nella legge di stabilità

In tema di salute si interviene sia con misure di diverso contenuto, attuative

dell'Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome sul nuovo **Patto per la salute** per gli anni 2014-2016 sia con norme varie di carattere sanitario, nonché con disposizioni concernenti il risanamento del Ssr del Molise.

Tra le modifiche apportate in sede referente si segnala il contributo straordinario di 2 milioni di euro per il 2015 e di 1 milione di euro per ciascuno degli anni 2016 e 2017, per potenziare le attività di contrasto delle malattie infettive (Ebola) dell'Istituto Nazionale "Spallanzani" di Roma

In tema di welfare

- Assegno fino a 3 anni di età per i nuovi nati 2015-2017: 960€ per famiglie con ISEE ≤ 25.000 e 1.920€ con ISEE ≤ 7.000
- **Fondo per interventi in favore della famiglia** (153 mln nel 2015, di cui 100 mln per servizi socio-educativi per la prima infanzia; 8 mln per la distribuzione di derrate alimentari agli indigenti; 45 mln per buoni per l'acquisto di beni e servizi per l'infanzia per famiglie con ISEE ≤ 8.500 e figli minori ≤ 4
- **Fondo carta acquisti ordinaria** (250 mln dal 2015)
- **Fondo nazionale politiche sociali** (300 mln dal 2015)
- **Fondo per le non autosufficienze (400 mln nel 2015 e 250 mln dal 2016)**
- **Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo** (190,5 mln dal 2015)
- **Fondo minori stranieri non accompagnati** (12,5 mln in più dal 2015)
- **Riforma del terzo settore**, dell'impresa soc. e per il servizio civile universale
- Stabilizzazione del 5 per mille
- Aumento da 2.065€ a 30.000€ dell'importo detraibile al 26% per le erogazioni liberali in favore delle Onlus
- Quota di 50 mln dal 2015 nell'ambito delle risorse SSN per la cura delle **patologie** connesse alla dipendenza da **gioco d'azzardo**

Terza riflessione

C'è una relazione tra le varie forme di povertà e lo stato di cattiva salute?

L'epidemiologia s'incrocia con la sociologia?

Le varie forme di povertà inducono a comportamenti a rischio?

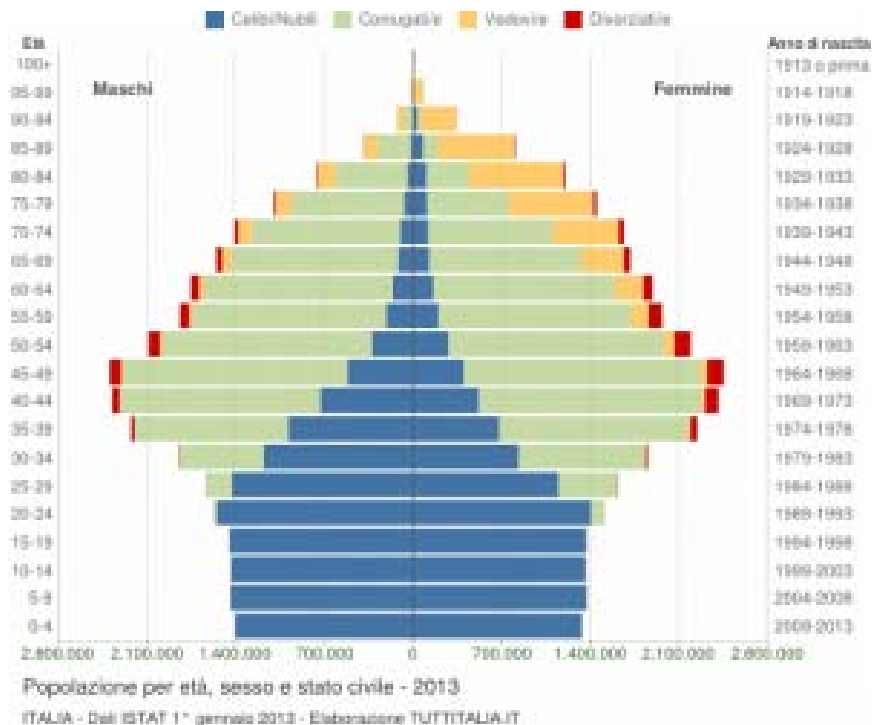
Come intervenire sull'invecchiamento e la non autosufficienza?

Lo scenario: *l'invecchiamento*

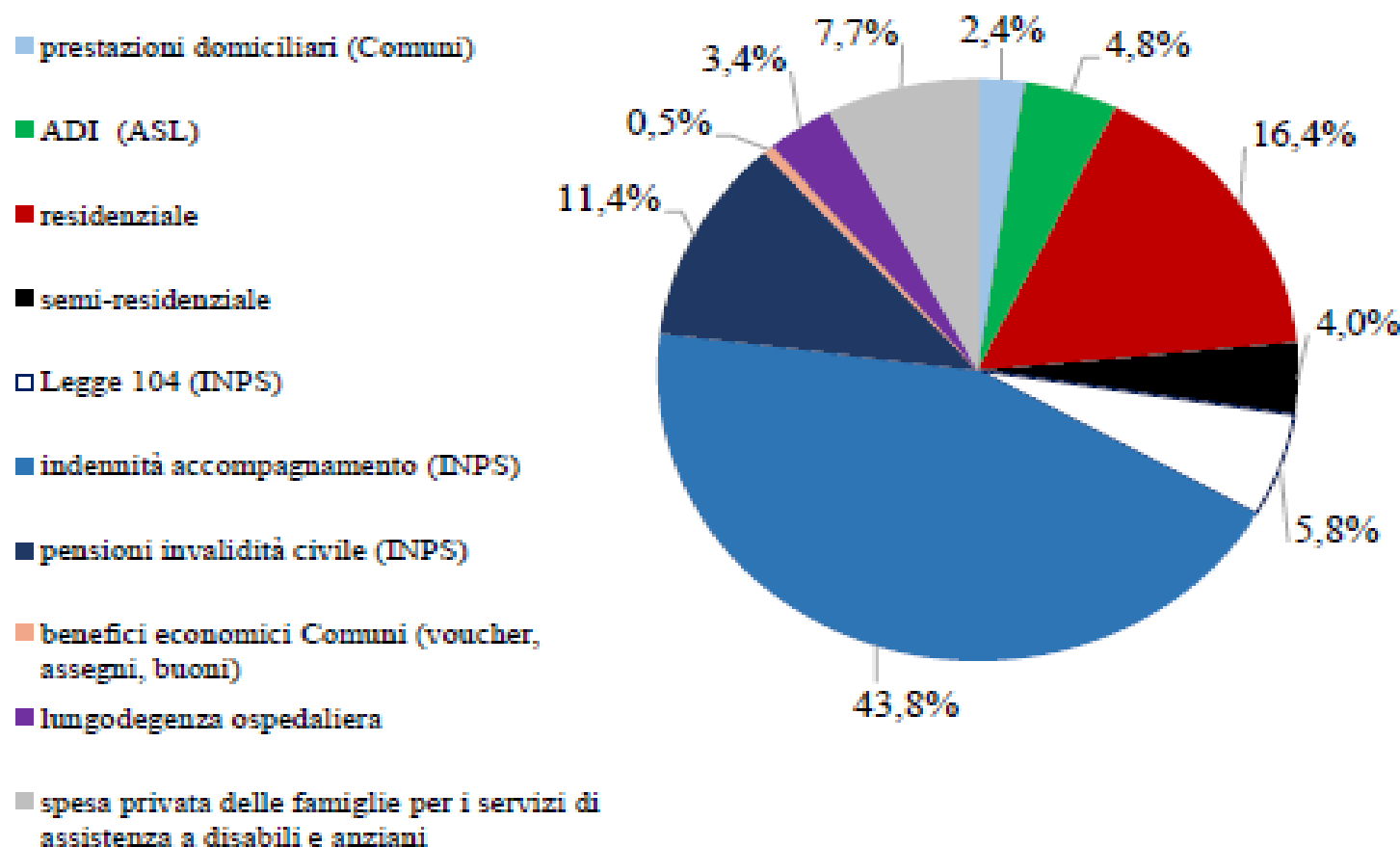
Il secolo XX è stato nel mondo il secolo della grande crescita demografica, **il secolo XXI sarà quello del suo forte invecchiamento...che dovrebbe comportare una ristrutturazione progressiva e dinamica della società e dell'economia che sposti ... strutture di welfare dai giovani verso anziani e vecchi**

(A. Golini e A. Lorenti)

L' invecchiamento è un processo inedito, incisivo e irreversibile, destinato a cambiare permanentemente il volto e le caratteristiche delle società moderne avanzate



Spesa per la non autosufficienza Composizione .Valori % anno 2012 rapporto Crea 2014



Lo scenario: *Le sfide del presente ... con qualche grave ritardo!*

L' **invecchiamento della popolazione** è la nuova sfida al **welfare del terzo millennio**.



Il fenomeno dell' **invecchiamento delle popolazioni** e della **non-autosufficienza** nelle società ad alto tasso di sviluppo e ad alto tasso di democrazia richiede una ridefinizione della cultura dei servizi alla persona e **un nuovo patto sociale** per garantire il diritto soggettivo alla cura *(al prendersi cura di)*

LA POVERTÀ' compromette lo stato di salute e la cattiva salute sospinge verso la povertà

Se la Salute è una condizione di benessere fisico, psichico e sociale

..... La relazione tra Povertà e Salute è un processo circolare: che si attua da una parte sull' impatto del deterioramento delle risorse economiche sullo stato di salute, l' altra sulle conseguenze economiche della compromissione dello stato di salute.



- **Persone non-autosufficienti**
- **Persone con disabilità**
- **Persone in condizione di povertà (anziani, disoccupati, migranti, ecc.)**
- **Persone con disturbi psichiatrici**

Paradossalmente se aumentano le persone in condizioni di fragilità socio economica con un abbassamento del loro stato di salute, poi aumentano i costi del SSN per intervenire su quello stesso stato di salute compromesso dalla povertà.

Alcuni indicatori ... meno cibo, cibo scadente e meno farmaci

La povertà modifica gli stili di alimentazione

le famiglie più povere hanno le diete peggiori – cibo a basso costo - che contribuiscono a aggravare l'aumento dell'obesità, del diabete e delle altre patologie collegate alla dieta.



La povertà riduce i controlli sanitari e la prevenzione

secondo un'indagine del Censis circa il 18% degli italiani ha dovuto rinunciare per motivi economici a prestazioni sanitarie come visite specialistiche e odontoiatria e nel decennio 2000-2010 la spesa sanitaria privata è aumentata del 25,5%.

La povertà aumenta il mercato delle cure sanitarie low cost e il mercato dell'assistenza con bassi standard di qualità (vedi gli scandali dei centri residenziali per anziani e disabili) con il rischio di aumentare la forbice tra sanità per ricchi e sanità per poveri e di comprimere sempre di più la sanità pubblica.

La povertà sanitaria

Nel 2014 è aumentata del 3,86% la richiesta di farmaci da parte di persone indigenti agli enti caritatevoli: si è passati dalle 2.943.659 confezioni di medicine richieste nel 2013 alle 3.057.405 del 2014.



Da il **rapporto 2014** «Donare per curare»

Osservatorio sulla donazione dei farmaci del «Banco Farmaceutico Onlus» in collaborazione con Acli, Caritas, Ufficio per la Pastorale della Salute della Cei

La povertà sanitaria ... un problema aperto di accesso alla salute

S' intende per "povertà sanitaria" le conseguenze della scarsità di reddito sull' accesso a quella parte delle cure sanitarie che restano a carico degli indigenti a causa del mancato intervento del SSN, come tipicamente accade per l' acquisto dei farmaci da banco.

Tra chi fatica a sostenere le spese per curare la sua salute e chiede aiuto alle organizzazioni non profit figurano in maggior parte dei cittadini stranieri (56,3%), esclusi dal servizio SSN, ma l' **elevata presenza di cittadini italiani (con una maggiore incidenza di anziani rispetto alla popolazione straniera)** segnala l' esistenza di un problema aperto di accesso alla salute, dovuto all' aumento dei ticket delle prestazioni sanitarie e dei farmaci da prescrizione a carico degli utenti.

In Italia la povertà assoluta è cresciuta arrivando a interessare il 7,9 % delle famiglie.

Una famiglia povera nel 2012 ha speso in media 16 euro al mese per la sanità (di cui 11 per i farmaci), rispetto ai 93 euro spesi da una famiglia di reddito medio (di cui 42 per i farmaci).

Fonte AIFA



Non solo gli adulti

Cosa potrebbe accadere alla salute dei bambini a causa della crisi?

La letteratura scientifica e l'OMS sottolineano **la stretta relazione tra le condizioni sociali ed economiche dei genitori e le condizioni di salute dei bambini**, I cosiddetti determinanti distali della salute

– i fattori “indiretti” e quindi non immediatamente responsabili delle malattie, ma alla base delle disuguaglianze sociali e dei fattori di rischio veri e propri –
comprendono alcuni indicatori economici che dal 2008 puntano tutti verso il basso.

Il calo del reddito può infatti influire sulla salute attraverso l'abbassamento del livello delle risorse materiali disponibili e l'insicurezza finanziaria.

L'incremento della disoccupazione e della precarietà del lavoro minaccia l'inclusione e la coesione sociale, e in via indiretta la salute, di un numero crescente di famiglie e di giovani.



da Atlante dell'Infanzia di Save the Children Italia

Secondo il Collegio dei docenti di odontoiatria, **una famiglia con bambini su 3 non può affrontare il costo di un apparecchio per i denti.**



In un paese nel quale il 90-95% dell'assistenza odontoiatrica è garantita da studi privati, e dove appena 3500 dentisti operano nelle strutture pubbliche, le richieste al servizio sanitario sono aumentate del 20% e le liste di attesa si sono allungate all'inverosimile.

Tre **pediatri** su quattro riferiscono che i genitori dei loro assistiti dichiarano di avere difficoltà economiche nel garantire cure appropriate ai loro figli, in misura assai maggiore rispetto al passato, mentre il 53% afferma che **la richiesta di controlli diagnostici è diminuita in maniera costante.**

I timori più diffusi riguardano la riduzione dei servizi di assistenza, la **diminuzione delle visite specialistiche** non coperte dalla sanità pubblica e degli accessi agli ambulatori e ovviamente il costo dei ticket.

Preoccupano in prospettiva anche il possibile **peggioramento delle condizioni igienico sanitarie, la diminuzione delle vaccinazioni, l'incremento di abitudini alimentari scorrette.**

EQUITA' : nuova prospettiva per l'accesso ai servizi e per il godimento delle prestazioni

**Art. 1-
Universalità
ed equità
come criterio
di accesso
alle
prestazioni
e servizi**



Il sistema di **welfare lombardo PD** mantiene l'impianto universalista e opera una selezione dell'utenza per l'accesso alle prestazioni in una prospettiva di equità, che richiama il **principio di giustizia sociale**, ossia la riduzione delle diseguaglianze attraverso azioni di salvaguardia dei diritti e della dignità della persona, e di contrasto alla vulnerabilità sociale.

EQUITA' : Un welfare centrato sull' invecchiamento e sul contrasto delle povertà

Le politiche pubbliche per le persone non autosufficienti saranno il perno riformatore del nuovo sistema di welfare molto caratterizzato da un corretto equilibrio tra sanitario e sociale.

La vera riforma dello Stato Sociale, oggi parcellizzato e sempre più caratterizzato in chiave localistica, si realizzerà compiutamente attraverso le politiche di long-term care che definiranno il modello di welfare del futuro.^(fb)

Chi sta peggio in ricchezza, conoscenza e potere sta peggio anche in salute. Nella misura in cui queste disuguaglianze non sono legate alla predisposizione genetica ma sono determinate da processi sociali solo parzialmente controllabili dalle scelte della persona, allora possono essere considerate ingiuste e modificabili con adeguate misure politiche di contrasto. (CIES)

La prospettiva è dunque quella di disegnare una proposta nazionale sia sulla non-autosufficienza sia sulla povertà, ossia su quella forma di deprivazione materiale severa che non permette p.e. ad una famiglia un pasto adeguato almeno una volta ogni due giorni e di riscaldare l'abitazione.

Progetti in corso

- Pdl Autismo

in approvazione al Senato

- Pdl Dopo di Noi

al Comitato ristretto XII
Commissione Affari Sociali

Camera

- Legge delega Terzo
Settore

- Piano d'azione biennale
disabilità

- Sperimentazione SIA

- Sperimentazione *Progetti
di vita indipendente*

- Violenza di genere



una sanità in salute fa bene a tutti