

**CGIL**



**Sanità e  
federalismo  
diritti e risorse**

**LE PROPOSTE DELLA CGIL**

**ROMA MERCOLEDÌ 1 DICEMBRE 2010  
CENTRO CONGRESSI CAVOUR**

**a cura del Dipartimento Welfare – Politiche della Salute – *Stefano Cecconi***

Roma, 1 dicembre 2010

## Sul federalismo fiscale

Con la presentazione, da parte del Governo, dei decreti attuativi la Legge 5 maggio 2009, n. 42 "*Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione*" si è aperta una fase delicatissima per il futuro del modello di coesione sociale del nostro Paese.

Intervenire sul fisco, infatti, significa condizionare la redistribuzione della ricchezza nel Paese e i diritti di cittadinanza. Noi pensiamo che il sistema fiscale debba essere l'architrova una politica redistributiva equa, fondata sulla progressività – e sul contrasto all'evasione fiscale - e di un welfare fondato sull'universalità.

Rispettando il dettato costituzionale, i tributi devono servire a reperire le risorse necessarie ad assicurare il finanziamento integrale dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. A questo scopo, sempre secondo la Costituzione, deve essere istituito, con legge dello Stato, un fondo perequativo per i territori con minore capacità fiscale. E' da notare che si tratta di un fondo "perequativo" e non di "solidarietà" e che spetta allo Stato istituirlo e non ad accordi tra Regioni. Infine non va dimenticato l'art. 119 V comma della Costituzione, in cui si prevede che lo Stato destini risorse aggiuntive ed effettui interventi speciali in favore di determinati territori. "*per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona*"

Quindi, qualsiasi valutazione sui decreti in questione, deve verificare se sono presenti le caratteristiche fondamentali, dettate dalla Costituzione, sin qui richiamate.

Guardando a come si sta svolgendo il percorso di attuazione del federalismo fiscale, preoccupa si stia procedendo senza la dovuta cautela e senza una valutazione attenta e rigorosa delle conseguenze dei vari provvedimenti (vi sono cinque Decreti oggi, tra approvati e in discussione<sup>1</sup>). Vi è il rischio che, per ragioni di mera propaganda politica, si proceda con superficialità e troppa fretta su argomenti delicatissimi. E tutto sta avvenendo senza un adeguato confronto democratico che coinvolga anche le parti sociali.

Non possiamo permettere che "si lavori male" nel cantiere del federalismo, perché si possono acuire le disuguaglianze nel nostro paese o compromettere la garanzia dei diritti di cittadinanza (*a questo proposito si veda anche Allegato 1: Spesa sanitaria sul PIL e capacità fiscale delle singole regioni*).

**Per questo, la segreteria nazionale CGIL ha espresso una valutazione molto critica con la nota "Questo federalismo non ci piace" (vedi allegato), che costituisce la nostra linea e l'orientamento in materia.**

## Sul federalismo sanitario

Da alcuni anni il sistema sanitario ha sperimentato un modello "quasi federalista", con una governance istituzionale fondata sulle Intese fra Stato e Regioni, e su una forte "autonomia" di queste ultime (forti delle competenze legislative concorrenti attribuite loro dalla riforma del titolo V della Costituzione). E' stato anche superato il criterio di finanziamento basato sulla spesa storica, adottando nuovi criteri per stabilire il fabbisogno standard delle singole regioni (quale la pesatura della popolazione per età). Grazie a questa esperienza, è stato più agevole esprimere alcune valutazioni sul Decreto relativo alla sanità.

Abbiamo detto che è bene sia confermato un fabbisogno di finanziamento standard deciso in sede nazionale, da cui discendono i fabbisogni regionali. Perché la decisione di quante risorse debbano essere destinate a garantire il diritto alla salute e alle cure è una decisione politica, che rivela quale modello di coesione sociale si vuole in un paese.

Per il momento sembra così evitato il rischio di imporre improbabili (e strumentali) costi standard per la sanità, dove le variabili produttive sono influenzate da moltissimi fattori (in primo luogo la variabilità dei bisogni) e dove efficienza, efficacia e risultato (appropriatezza) non sono separabili. Abbiamo giudicato preferibile, anche se non priva di rischi, la scelta che fa il Decreto di utilizzare un "benchmark" tra regioni, scegliendo come standard quelle giudicate "migliori".

---

<sup>1</sup> Cosiddetti: DLgs "Roma capitale" - DLgs "Federalismo demaniale" - DLgs "Fabbisogni standard Enti Locali"

- Schema DLgs "Entrate Regioni e Province, costi e fabbisogni standard sanitari" - Schema DLgs "Federalismo municipale"

In questo caso il benchmark non deve agire per determinare i fabbisogni regionali ma piuttosto per favorire il percorso di convergenza verso gli standard "migliori". Purché, ecco il punto fondamentale, la virtuosità non si basi sul solo equilibrio di bilancio, con un'impostazione tutta ragionieristica, sbagliata per la sanità, ma guardi alla qualità dell'assistenza.

Vi è però bisogno della massima chiarezza sul Fondo Perequativo destinato alle regioni con minore capacità fiscale, indispensabile per finanziare integralmente i LEA. Il fondo deve essere "statale" e agire in modo certo e automatico, non può in alcun modo essere oggetto di contrattazione fra regioni, come ha insegnato l'esperienza del Decreto 56 /2000.

Abbiamo infine denunciato come inaccettabile non si proceda anche alla definizione dei LEP per l'Assistenza Sociale. Non farlo significa negare l'uniformità dei diritti esigibili in tutto il Paese e, oltretutto, sovraccaricare la stessa sanità (si pensi alla non autosufficienza).

Inoltre, sempre sui LEA, bisogna che sia decisamente aggiornato e potenziato il "sistema di garanzia" per controllarne l'applicazione in tutto il territorio nazionale. Non basta definire i LEA per renderli effettivamente un diritto esigibile.

Ma l'aspetto più preoccupante è il "contesto" in cui si collocano i decreti sul federalismo fiscale, con la crisi economica e i tagli imposti dalle manovre finanziarie del Governo. E con il prossimo patto di stabilità europeo che rischia di aggravare ulteriormente la situazione del welfare. Si avverte con forza il tentativo di utilizzare la crisi e il federalismo per tagliare la spesa sanitaria e in generale del welfare. Non a caso il dibattito è stato accompagnato da una martellante, e strumentale, campagna di stampa sui debiti (e i guasti) della sanità.

Ma, come dimostreremo nel documento, la realtà è diversa e conferma l'esigenza di avere un forte Servizio sanitario, pubblico e universale.

## **Gli italiani e il Servizio Sanitario Nazionale**

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale viene collocato ai primissimi posti nel mondo dalle valutazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Anche la valutazione dei cittadini è migliorata: l'ultima indagine Censis (aprile 2010) evidenzia che la grande maggioranza degli italiani apprezza la sanità pubblica. Un recente sondaggio (Ispo per Italia Futura, 2010) segnala che il 79% degli italiani chiede una maggiore presenza del pubblico nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi sanitari, e solo il 19% una maggiore presenza del privato. Dunque, anche se abbondano critiche e lamentele, quasi tutti riconoscono che il sistema pubblico e universale, che caratterizza il nostro modello di Servizio Sanitario, per quanto limitato e imperfetto, è il "migliore possibile". Peraltro, nei paesi dove i bisogni sociali sono stati affidati prevalentemente alle risposte di mercato, gli effetti in termini di disuguaglianze – e di maggiori costi generati dalla spinta al consumo - sono riscontrabili e descritti in numerosissime pubblicazioni e studi. Sempre nell'indagine 2010 di Ispo per Italia Futura, è emerso però che la valutazione sui servizi sanitari varia molto a seconda dell'area geografica di residenza: 6,8 il giudizio nel Nord-ovest e nel Nord est, 5,7 nel Centro Italia e 4,7 nel Sud.

Il vero problema è che abbiamo "due Italie" anche nella sanità. Stiamo per attuare il federalismo, preoccupati giustamente di preservare l'unità nazionale e l'uniformità dei diritti. Ma l'Italia è già oggi un paese diviso e diseguale. Per la sanità questo divario viene di solito fotografato con i risultati di bilancio. In realtà il divario (fra nord e sud) riguarda anche i livelli essenziali delle prestazioni – la loro diffusione e appropriatezza - e l'accesso ai servizi dei cittadini. Per questo insistiamo perché l'attuazione del federalismo diventi l'occasione per superare gli squilibri territoriali, produca responsabilità diffusa e riesca a tracciare "percorsi di convergenza" tra le regioni "migliori" e quelle in difficoltà, sostenendo la loro riqualificazione.

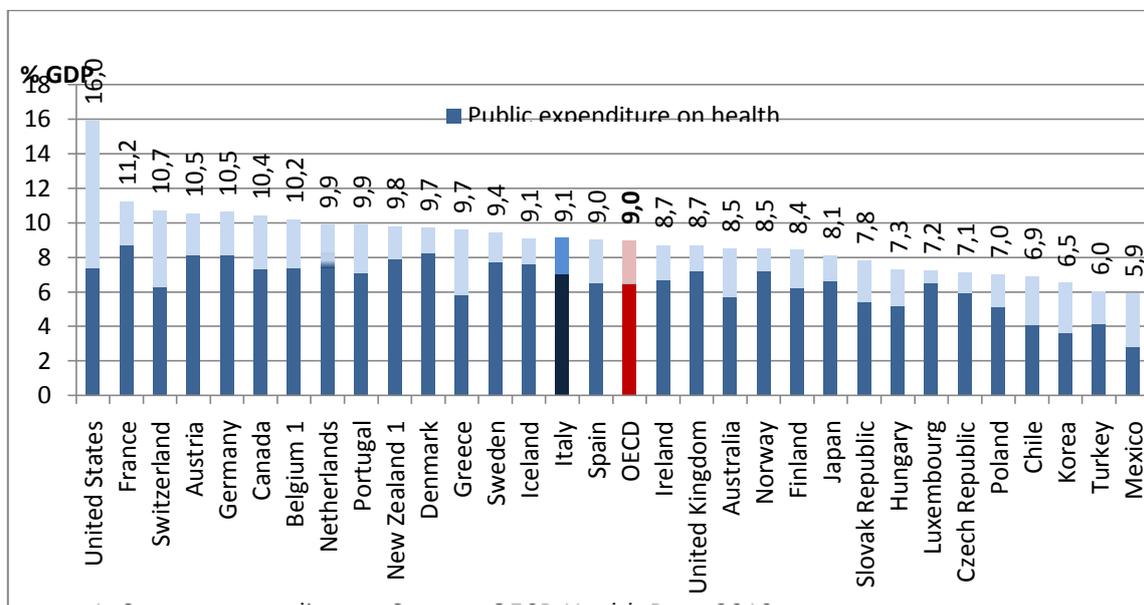
## L'allarme spesa sanitaria è totalmente infondato.

Come dicevamo, il dibattito sul federalismo fiscale è stato accompagnato da una martellante, e strumentale, campagna di stampa sui debiti sanitari.

In realtà la sanità in Italia costa poco, se confrontata con gli altri paesi.

Come illustra la figura 1, il nostro paese ha il finanziamento e la spesa sanitaria più bassi delle media UE (al disotto di quella di Francia, Germania, Belgio, Portogallo, Austria, Danimarca, Olanda, Svezia e Grecia) e nella media dei paesi OCSE.

Figura 1 Spesa sanitaria Rapporto OECD Health 2010)



## E anche le proiezioni future parlano di spesa sanitaria “dominabile”

In particolare nel Rapporto del Comitato di politica economica Epc dell'Unione europea<sup>2</sup> “si afferma che: “... il previsto aumento della spesa sanitaria (1,5 – 2 punti percentuali del PIL al 2050) correlato all'invecchiamento demografico risulterebbe quasi dimezzato, aumentando l'aspettativa di vita sana in linea con l'aspettativa di vita specifica per età” ...La spesa pubblica è molto sensibile all'evoluzione dell'incidenza dei casi di disabilità nei cittadini anziani. Rispetto allo scenario che prende in considerazione unicamente il fattore dell'invecchiamento demografico, il previsto aumento della spesa potrebbe essere inferiore del 40-60% nel caso in cui le situazioni di disabilità migliorino sensibilmente in linea con il previsto allungamento dell'aspettativa di vita. L'adozione di misure volte a ridurre le disabilità, contenere la necessità di assistenza formale da parte della popolazione anziana con disabilità o a favorire la prestazione di assistenza formale a domicilio piuttosto che negli istituti può avere un notevole impatto sulla spesa pubblica.”

Si tratta cioè di investire nella riconversione dei sistemi socio sanitari.

Perciò bisogna smentire chi, creando allarmismi, vuole tagliare il finanziamento al servizio sanitario nazionale. Il problema è che in alcune regioni le risorse sono “male utilizzate” e non si procede con la riorganizzazione. In queste regioni, non c'è un eccesso di finanziamento, c'è invece un cattivo governo della spesa.

<sup>2</sup> L'impatto dell'invecchiamento demografico sulla spesa pubblica” (EPC UE 2007)

## I conti tornano

La tabella che segue illustra l'andamento dei "fondamentali" economici in sanità degli ultimi dieci anni: Spesa, Finanziamento e disavanzo in valori assoluti e, ciò che davvero conta, in rapporto al PIL.

Tabella 1 Risultati di bilancio ultimi 10 anni - mld euro

Anno	Spesa	Finanziamento	Disavanzo	Pil	Spesa / Pil	Finanz / Pil	Disavanzo / Pil
2000	70,173	66,945	-3,228	1.166,548	6,02%	5,74%	-0,28%
2001	75,999	71,878	-4,121	1.218,535	6,24%	5,90%	-0,34%
2002	79,549	76,658	-2,891	1.295,226	6,1%	5,9%	-0,22%
2003	82,290	79,967	-2,323	1.335,354	6,2%	6,0%	-0,17%
2004	90,528	84,738	-5,790	1.390,539	6,5%	6,1%	-0,42%
2005	96,785	91,060	-5,725	1.423,048	6,8%	6,4%	-0,40%
2006	99,615	95,131	-4,483	1.479,981	6,7%	6,4%	-0,30%
2007	103,805	100,095	-3,709	1.546,177	6,7%	6,5%	-0,24%
2008	107,138	103,669	-3,469	1.567,851	6,8%	6,6%	-0,22%
2009	109,669	106,409	-3,260	1.520,870	7,2%	7,0%	-0,21%

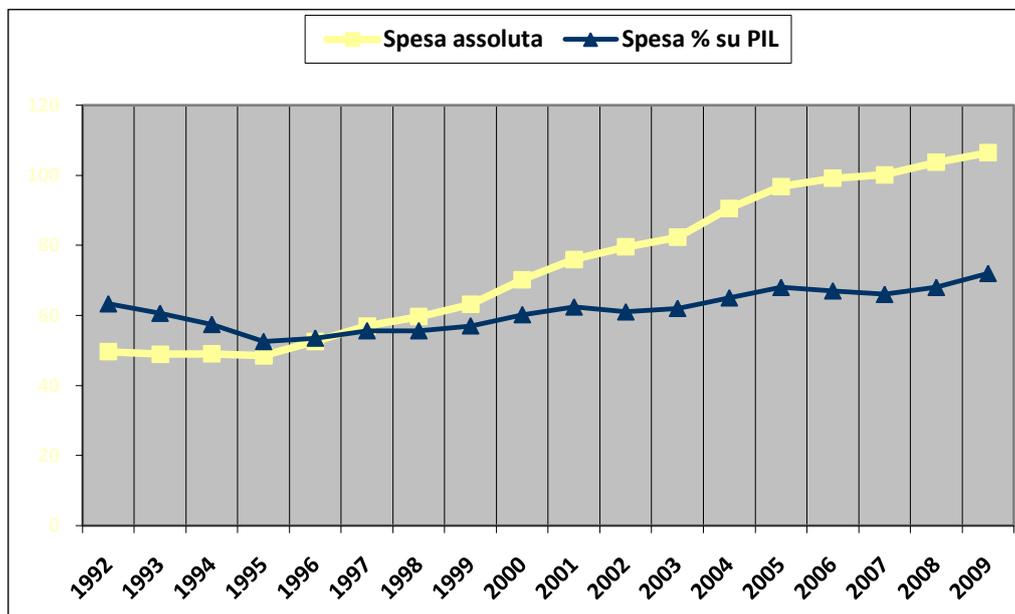
Fonte: Ministero della Salute- Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema - Ufficio IV giugno 2010. Relazione generale sulla situazione economica del paese 2009 - MEF giugno 2010

Come si può vedere, la spesa in rapporto al PIL è relativamente costante (salvo nel 2009 a causa del "crollo" del PIL) mentre negli ultimi sei anni diminuisce costantemente il disavanzo.

## In particolare: la spesa in rapporto al PIL è stabile

Gli allarmi sulla crescita incontrollata della spesa sanitaria pubblica sono infondati. La figura 3 illustra ( in base ai dati della Tabella 1) come la spesa pubblica in rapporto al PIL (linea SCURA) sia cresciuta, ma molto meno di quella assoluta (linea CHIARA). Non c'è stato dunque alcun boom della spesa sanitaria, che si è mantenuta relativamente costante in rapporto al PIL e che anzi è diminuita nel 2006, 2007 e 2008. Assistiamo ad una lieve crescita nel 2009 ma per effetto del "crollo" del PIL durante la crisi.

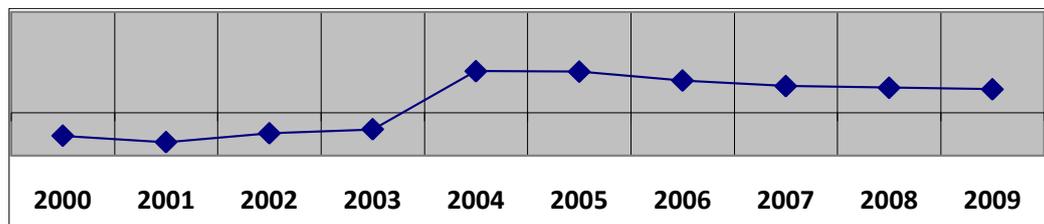
Figura 2 - andamento spesa sanitaria pubblica: assoluta e in rapporto al PIL



## In particolare: il disavanzo è in calo

Il risultato di bilancio 2009 per la sanità registra un disavanzo complessivo di 3,260 miliardi - pari allo 0,23% del PIL -: il più basso degli ultimi cinque anni. Quindi, il disavanzo c'è e va combattuto, ma non è vero sia aumentato. Negli ultimi dieci anni, il disavanzo in rapporto al PIL ha avuto un andamento variabile, con una crescita negli anni 2004 e 2005, mentre diminuisce dal 2006 in poi. (Vedi anche tabella 1).

La figura 3 illustra la tabella 1 ultima colonna: l'andamento del disavanzo sul PIL



Il disavanzo complessivo nazionale cala anche perché, dal 2007, con il Patto per la Salute, le singole Regioni hanno dovuto farsi carico totalmente della differenza fra finanziamento del fondo sanitario e spesa. Mentre in precedenza, in particolare dal 2001 al 2006, ci sono stati ripetuti finanziamenti aggiuntivi, o ripiani, dello Stato. Il 90% del disavanzo è concentrato in cinque regioni.

## Grandi differenze nei risultati tra le regioni

Il problema vero è il divario tra le Regioni. Il Disavanzo continua ad essere concentrato nelle regioni del centro sud, cui si sono aggiunte nel 2009 Veneto, Liguria, Trentino e Valle d'Aosta. Il risultato pro capite degli ultimi cinque anni è qui illustrato nella tabella 2. La Figura Grafico 3 illustra il risultato 2009.

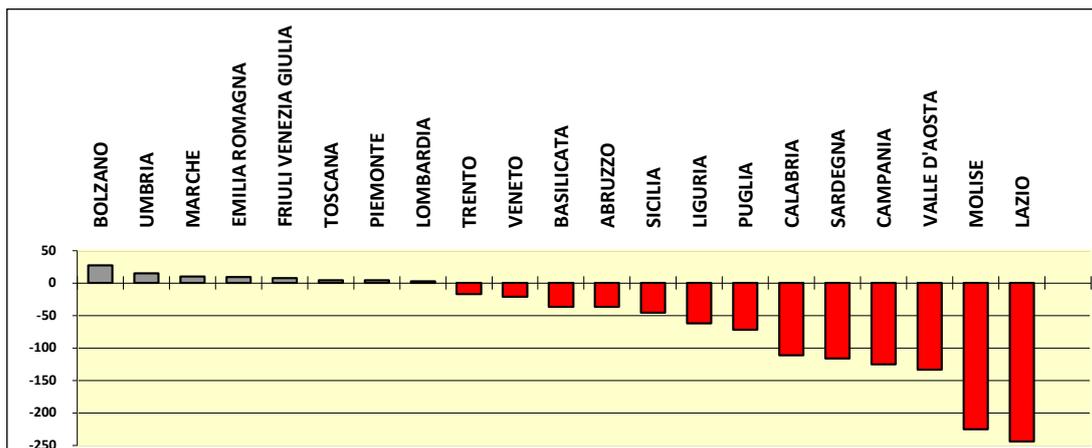
TABELLA 2 Risultati di esercizio anni 2005 - 2009

	2005 procapite euro	2006 procapite euro	2007 procapite euro	2008 procapite euro	2009 procapite euro
PIEMONTE**	0	-2	7	1	4
V. AOSTA	-113	-109	-108	-101	-133
LOMBARDIA	-2	-0	1	0	3
PA BOLZANO	59	52	46	31	27
PA TRENTO	-6	-28	-17	-20	-17
VENETO	-24	15	16	14	-21
FRIULI	23	15	32	18	8
LIGURIA*	-159	-62	-88	-68	-62
E. ROMAGNA	-4	-9	6	6	9
TOSCANA	-4	-33	12	-1	4
UMBRIA	-10	-47	8	10	15
MARCHE	-12	-25	10	24	10
LAZIO*	-330	-365	-296	-298	-244
ABRUZZO*	-185	-107	-115	-93	-37
MOLISE*	-433	-183	-208	-220	-225
CAMPANIA*	-310	-131	-149	-140	-125
PUGLIA**	-101	-42	-77	-88	-72
BASILICATA	-72	-37	-30	-49	-37
CALABRIA**	-39	-17	-85	-33	-111
SICILIA*	-112	-186	-114	-52	-46
SARDEGNA*	-198	-78	-14	-78	-116
TOTALE	-98	-76	-62	-58	-54

Fonte: Ministero della Salute Ufficio IV giugno 2010. Relazione generale sulla situazione economica del paese 2009 - MEF giugno 2010

Figura Grafico 4 - Risultato di esercizio sanità - procapite anno 2009

Regioni colonne sopra la linea dello zero in attivo, colonne sotto in passivo



N.B. I risultati di gestione delle regioni vengono sottoposti annualmente alla verifica da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti (di cui articolo 12 Intesa Stato – Regioni 23 marzo 2005). Pertanto i risultati esposti nella Tabella 2 sono successivamente rielaborati da detto Tavolo secondo una metodologia concordata con le Regioni. Il che produce variazioni non marginali nei dati conclusivi. I risultati conclusivi risentono delle manovre regionali per ripianare il disavanzo ed evitare Piano di rientro o commissariamento (es. il Veneto copre il disavanzo con risorse proprie)

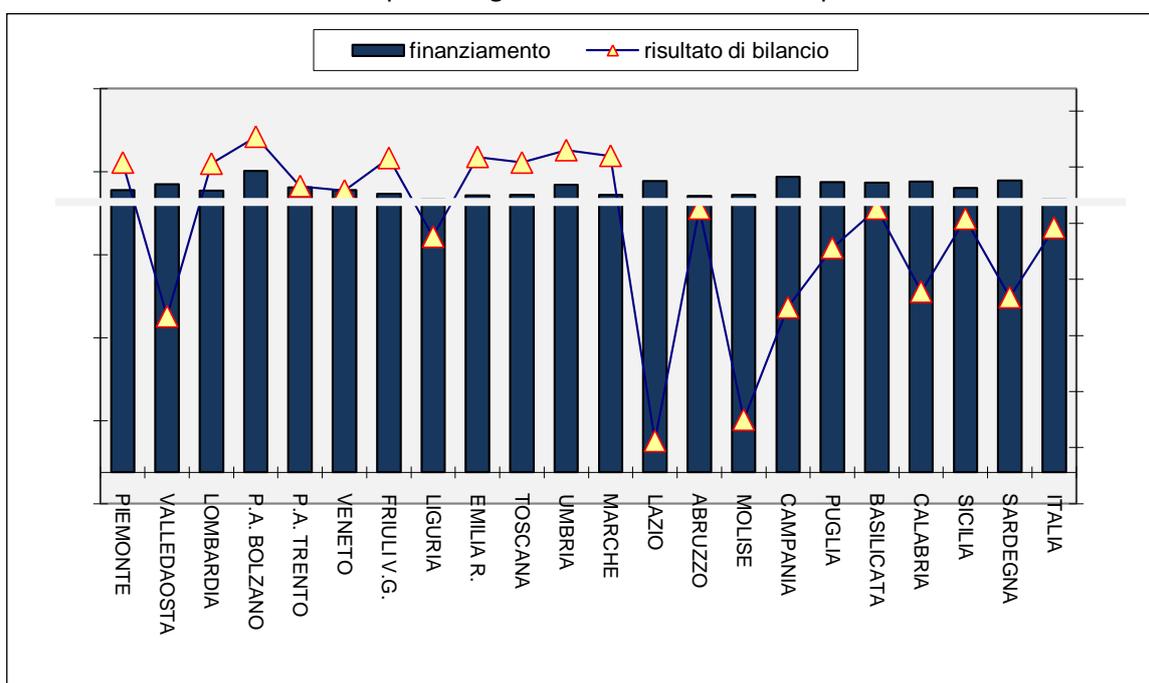
\* Regione con Piano di rientro nel 2007, 2008, 2009 (Sardegna per il 2008). Liguria e Sardegna hanno terminato il Piano di rientro. Le altre regioni hanno deciso di proseguirlo anche nel 2010.

\*\* Regione con piano di rientro iniziato nel 2010 (Puglia in attesa di approvazione)

## Finanziamento simile, risultato diverso

I diversi risultati tra le regioni non sono giustificati da diversità altrettanto grandi nel finanziamento - che risulta relativamente omogeneo - quanto piuttosto da una diversa capacità di “usare” bene le risorse.

La figura grafico 5 illustra come il finanziamento pro capite, ponderato, ripartito nel 2009 (colonne scure) sia molto più omogeneo rispetto ai risultati di esercizio bilancio 2009 (triangoli chiari) conseguiti dalle singole regioni. I differenti risultati non sono dunque immediatamente imputabili a differenze di finanziamento. Come vedremo nel capitolo seguente c'è un nesso con la qualità dell'assistenza.



Fonte: Ministero della Salute- Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema - Ufficio IV giugno 2010

## **Conti in equilibrio e tutela della salute: un nesso inscindibile**

Gli ultimi dati pubblicati dal Ministero della Salute (Rapporto di Monitoraggio LEA giugno 2009, Report sulla valutazione dei SSR aprile 2010)<sup>3</sup> confermano il nesso tra bilancio economico e bilancio assistenziale (qualità dei servizi).

Nelle regioni dove si concentrano i disavanzi sanitari più gravi e persistenti, contemporaneamente, si registrano le peggiori performance assistenziali. Al contrario, in quelle in equilibrio di bilancio la qualità dell'assistenza è generalmente migliore.

Utilizzando alcuni indicatori<sup>4</sup> (compresi alcuni sull'appropriatezza organizzativa decisi con l'ultimo Patto per la Salute), le prime cinque regioni "virtuose" (bilancio in pareggio e migliori performance assistenziali) risultano Emilia Romagna, Toscana, Lombardia, Umbria e Marche.

Al contrario, le cinque regioni con la situazione assistenziale più critica, e in disavanzo economico, risultano Campania, Sicilia, Calabria, Puglia e Molise.

Si conferma il legame tra risultati di bilancio e assistenziali. Dove i risultati di bilancio sono migliori la qualità dell'assistenza è migliore. Viceversa se il bilancio soffre qualità assistenziale e appropriatezza sono scarse.

Guardando proprio alle regioni più "virtuose", si è visto che i processi di riorganizzazione devono affrontare inevitabilmente alcuni nodi critici:

- il ridimensionamento e la riqualificazione della rete ospedaliera,
- il potenziamento dei servizi distrettuali (residenziali, semiresidenziali e domiciliari in particolare)
- l'integrazione fra ambito sociale sanitario,
- il governo degli accreditamenti (e delle spese per beni e servizi)
- il governo dell'assistenza farmaceutica

Si tratta di questioni delicate, che investono le concrete condizioni dei lavoratori del settore, le attese dei cittadini, interessi economici, aspetti culturali. Tuttavia, dove si è proceduto con processi non solo di chiusura di servizi ma di riconversione, la riorganizzazione ha pagato anche in termini economico finanziari. E ciò costituisce un'indicazione precisa per orientare le scelte dei Piani di rientro

---

<sup>3</sup> **Va precisato che, con i dati a disposizione, la rilevazione è parziale e ancora imprecisa; è riferita in buona parte all'assistenza ospedaliera e mancano "indicatori di esito", che sarebbero molto importanti per capire gli effetti e l'efficacia dell'attività sanitaria (e di altri determinanti) sulla salute dei cittadini.**

<sup>4</sup> Elenco indicatori utilizzati:

1. % fratture di femore operate in due giorni
2. %di ricoveri in day hospital medico con finalità diagnostiche
3. Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi
4. % DRG medici dimessi da reparti chirurgici
5. Percentuale di fughe in punti DRG
6. Adesione grezza screening colon retto (50-69 anni)
7. Estensione grezza di screening mammografico (50-69 anni)
8. Tasso ospedalizzazione scopenso per 100.000 residenti (50-74 anni)
9. DRG Lea Medici: tasso di ospedalizzazione per 10.000 residenti
10. DRG Lea Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery e ordinari 0-1 giorno
11. Degenza media preoperatoria
12. % cesarei
13. % di ricoveri ripetuti entro 30 giorni per stessa MDC corretto per lo scostamento dal tasso di ospedalizzazione RO per acuti nazionale
14. Spesa lorda pro-capite farmaceutica territoriale

## Disavanzi e piani di rientro

Nel 2010 sono otto le regioni coinvolte dai Piani di rientro dai disavanzi sanitari: Abruzzo, Campania, Lazio, Molise e Sicilia che hanno deciso di prorogare il precedente Piano di rientro e da quest'anno Calabria, Piemonte, Puglia.

Mentre Liguria Sardegna sono riuscite nell'opera di risanamento.

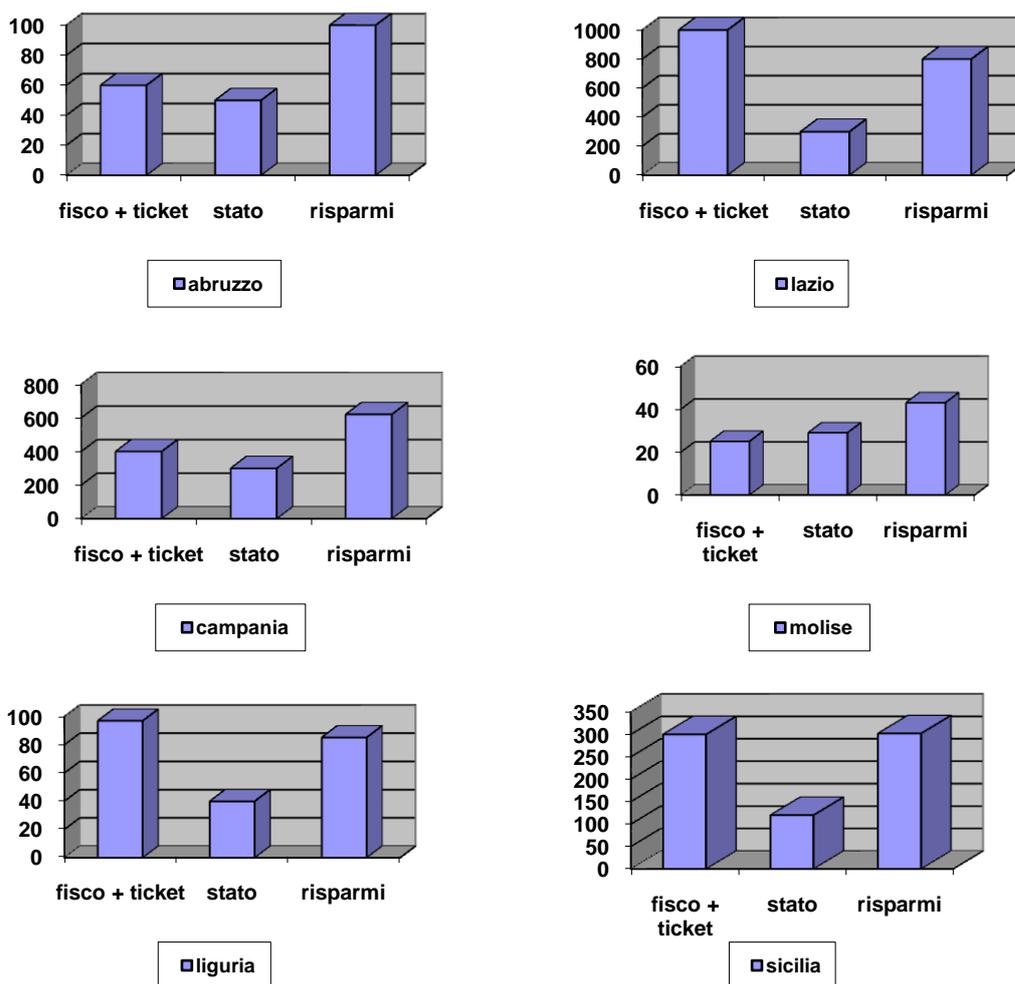
Il problema principale che emerge dall'esperienza di questi anni è quello di evitare che i Piani si riducano solo a manovre che colpiscono i cittadini e i lavoratori. Infatti, analizzandoli, si vede che i Piani 2007/2009 (vedi figure grafici 6) sono stati sostenuti principalmente da ricavi aggiuntivi (addizionali fiscali, ticket e fondo statale ad hoc). Così appare difficile incidere sulle cause strutturali dei disavanzi. I risparmi, per quanto è stato possibile verificare, provengono da fonti dominabili immediatamente - farmaceutica e personale - e molto meno dalla regolazione delle strutture private accreditate e dalla riconversione della rete ospedaliera, i cui effetti sono meno immediati ma certamente più stabili e duraturi.

L'utilità dei piani di rientro è fuori discussione, anche per evitare il rischio di un vero e proprio "default", però si è confermata troppo breve la durata triennale (e infatti cinque regioni su sei hanno chiesto di prorogarne la scadenza) per ottenere effetti duraturi e incidere sulle cause dello squilibrio.

Per questo insistiamo per sostenere le misure che producono una reale riorganizzazione dei servizi sanitari regionali. Come dimostra l'esperienza delle regioni "più virtuose", si tratta di misure che vanno sostenute anche con investimenti ad hoc, perché la fase di riconversione ha alcuni costi aggiuntivi, necessari per ottenere successivamente risparmi stabili e duraturi.

Infine, non va dimenticato che la riqualificazione dei SSR e il controllo rigoroso degli accreditamenti sono "antidoti" contro le stesse infiltrazioni criminali cui è esposto un settore "economicamente attraente" come la sanità

Figure 6 Composizione per tre macro voci dei Piani di Rientro: entrate aggiuntive da fisco e ticket, fondino statale, risparmi



## **Insistere nella riorganizzazione (anche nelle regioni “virtuose”)**

Fin qui abbiamo segnalato che il problema più serio della sanità italiana è il divario tra regioni “virtuose” e non. Tuttavia in tutte le regioni, anche in quelle cosiddette virtuose, l’opera di manutenzione e di riqualificazione deve essere continua.

**I bisogni legati alla transizione demografica (invecchiamento della popolazione) ed epidemiologica (cronicità)** e le scarse risorse a disposizione impongono scelte selettive:

- Si nota ovunque uno scarso sviluppo delle attività di prevenzione, che pure sono fondamentali ad esempio nei confronti delle classi di età centrali, per liberare anni di disabilità in età più anziana.
- Sono poco praticate esplicite azioni di promozione della salute, che agiscano sui determinanti di salute non sanitari. E ancor meno è attiva la cosiddetta sanità “d’iniziativa”, che non si limita ad “attendere” il malato.
- E’ ancora debole il sistema di integrazione fra ambiti sociali e sanitari, il che oltre a non rispondere a bisogni di inclusione (e non solo di cure mediche) produce un improprio aumento di consumi sanitari.
- I servizi territoriali e soprattutto quelli ad alta integrazione sociale (area: anziani, salute mentale, dipendenze, materno infantili, handicap) sono spesso sottodimensionati.
- Alcuni sistemi regionali, pur in equilibrio economico, sono da osservare con maggiore attenzione per quanto riguarda l’equilibrio del cosiddetto “profilo erogativo” dei LEA (equilibrio tra assistenza per Prevenzione, Distrettuale e Ospedaliera). Ad esempio, la Lombardia (ma non solo anche Veneto ed Emilia Romagna) senza le entrate aggiuntive dalla mobilità attiva non sarebbe tranquillamente in pareggio di bilancio. Quasi a dire che quel modello fonda il suo successo sulla mobilità passiva di altre regioni, giocando su fattori competitivi (ad es. in Lombardia l’attrazione della propria offerta ospedaliera) che alla lunga potrebbero risultare un errore.

Queste le ragioni che ci portano ad insistere nelle proposte per la contrattazione socio sanitaria regionale e territoriale per potenziare prevenzione e servizi integrati socio sanitari nel territorio.

## **La sanità fa bene all’economia**

Non si riflette mai abbastanza sul fatto che, oltre a garantire il diritto alla salute e alle cure, la sanità sia un eccellente investimento economico.

Il valore aggiunto diretto e indotto derivante dalle attività della filiera della salute sorpassa i 150 miliardi di euro, pari a circa il 12% del PIL.

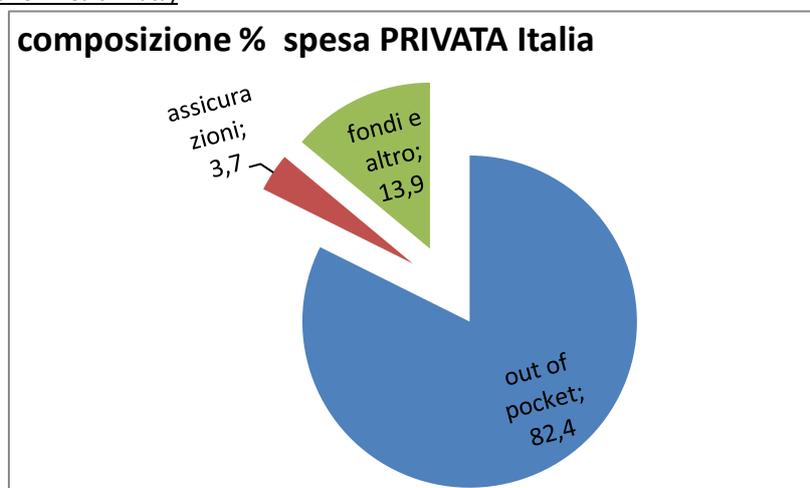
Negli ultimi dieci anni, accanto alla farmaceutica, vi è stata una notevole crescita dei servizi professionali (+2,4%) e di quelli informatici (+0,5%), delle telecomunicazioni e dei dispositivi medici (+0,6%). Nei servizi sanitari l’intreccio tra il terziario avanzato e i settori ad alta tecnologia, ha impatti rilevanti sia in termini occupazionali che di remunerazione degli investimenti. Per ogni euro speso in sanità si generano 1,7 euro circa.

Per questo, molti paesi (escluso il nostro), rispetto alle ricette “anticrisi” del passato, hanno deciso politiche anticicliche, privilegiando il comparto dei servizi (compresa la sanità) e delle infrastrutture digitali (e anche qui la sanità gioca un ruolo importante). Il contributo della spesa sanitaria alla crescita economica è quindi fuori discussione. La questione cruciale è mantenere questi effetti positivi della sanità sull’economia, senza eccessi. Ciò è possibile grazie al “modello pubblico e universale” che assicura il diritto alla salute e alle cure, dimostra maggiori capacità di controllo della spesa pubblica e contemporaneamente “frena” l’eccesso di consumismo sanitario privato (una spesa non appropriata alla lunga si rivela un boomerang per la stessa economia alimentando un uso improprio della spesa pubblica).

## **Una riflessione conclusiva: spesa pubblica, spesa privata, out of pocket.**

Sta crescendo un fenomeno preoccupante, la spesa privata “out of pocket”. La spesa pubblica è stata circa 109 miliardi nel 2009, quella privata circa 30 miliardi, di cui oltre 25 miliardi interamente a carico dei cittadini. Si paga per prestazioni non coperte (o coperte male) dal servizio sanitario, come la non autosufficienza o l’odontoiatria, ma spesso anche per evitare lunghe liste di attesa. Ovvio che tagliare ancora i finanziamenti al SSN significherebbe alimentare la spesa a carico dei cittadini. La Spesa *out of pocket* % sul totale della spesa privata in Italia è stimata fra l’82 e l’ 87%, tra le più elevate al mondo (vedi figura 7).

Figura 7 (Fonte: 2010 OECD Health Data)



In questa situazione, avanza l’ipotesi di un “secondo pilastro sanitario integrativo”, che dovrebbe coprire la spesa “out of pocket”(vedi il “Libro Bianco del Governo sul welfare” 2009). Il problema è che l’esperienza di questi anni dei fondi sanitari (e delle assicurazioni) segnala una preoccupante tendenza ad offrire prestazioni già coperte dal SSN, alimentando un’antieconomica competizione, piuttosto che un’utile integrazione. Si tratta invece di regolamentare il settore senza intaccare la funzione universale del SSN pubblico nel garantire il diritto alla salute e alle cure. Infatti, non è conveniente né opportuno che questo diventi il “secondo pilastro” della sanità.

## ALLEGATO 1

### Spesa sanitaria regionale in rapporto al PIL regionale e diverse capacità fiscali

Il valore della spesa sanitaria pubblica nazionale è, nel 2008, pari al 6,78% del PIL. La spesa delle regioni sul PIL oscilla dal 5,17 % della Lombardia allo 10,23 % della Sicilia. Negli anni presi a riferimento (2001, 2006, 2007 e 2008) nel centro nord l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL resta sotto la soglia del 7%, nel sud è oltre il 9%. La capacità fiscale delle singole regioni è ancora più variabile (vedi Figura 9)

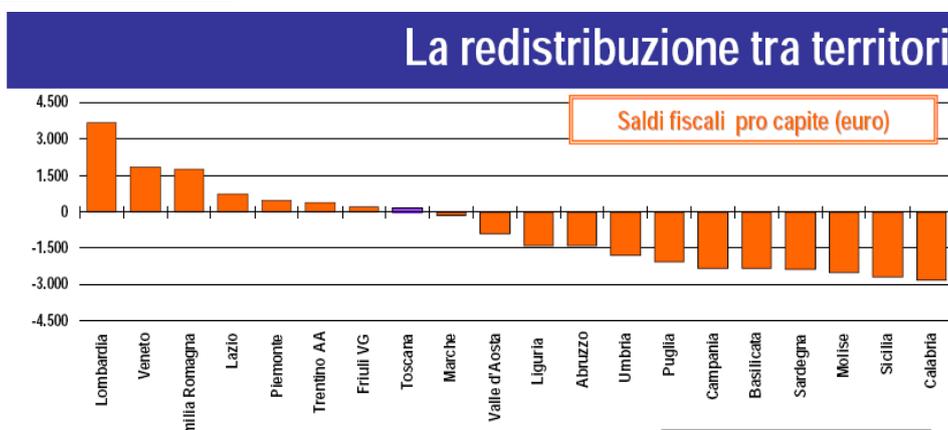
Questa impone un'eccezionale vigilanza sugli effetti del federalismo fiscale, che dovrà assumere tutti i correttivi necessari – in primo luogo il fondo perequativo verticale - perché anche nelle regioni con meno capacità contributiva si possano assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza cui hanno diritto i cittadini.

Figura 8 - Valore percentuale della spesa sanitaria pubblica sui PIL regionali

Regioni	2001	2006	2007	2008
Italia	6,14	6,74	6,72	6,78
Nord	5,20	5,66	5,68	5,80
Centro	5,83	6,56	6,47	6,46
Sud	8,56	9,36	9,38	9,37
Piemonte	5,76	6,31	6,30	6,48
Valle d'Aosta	5,39	6,11	5,96	6,18
Lombardia	4,67	5,04	5,10	5,17
P. A. Bolzano	5,88	6,46	6,39	6,50
P. A. Trento	5,65	6,14	6,15	6,23
Veneto	5,30	5,74	5,70	5,81
Friuli Venezia G.	5,53	5,81	6,15	6,53
Liguria	6,68	7,30	7,20	7,36
Emilia Romagna	5,11	5,71	5,70	5,80
Toscana	5,82	6,32	6,32	6,41
Umbria	6,40	7,15	7,05	7,18
Marche	6,07	6,31	6,26	6,42
Lazio	5,70	6,70	6,53	6,41
Abruzzo	7,21	8,25	8,22	8,00
Molise	8,55	9,71	9,77	9,92
Campania	9,14	9,68	9,71	9,81
Puglia	8,35	9,38	9,64	9,58
Basilicata	7,74	8,55	8,75	9,05
Calabria	9,07	9,27	9,48	9,65
Sicilia	8,85	9,96	9,69	9,51
Sardegna	7,56	8,08	8,07	8,23

Fonte: elaborazione CEIS Sanità su dati Ministero della Salute

Figura 9 le differenti capacità fiscali 2009



(Fonte: A. Petretto Università Firenze da Bordignon 2009)

## Le proposte della CGIL

*Per affrontare la crisi, e superarla, investire in spesa sanitaria e in spesa sociale è decisivo. Significa non solo difendere i redditi e la qualità dei servizi sociali e socio-sanitari, ma agire in modo anticiclico in settori ad alta resa occupazionale e moltiplicatori di valore aggiunto. Invece, con i tagli imposti dalle ultime manovre finanziarie, il federalismo nasce debole e la spesa sociale e sanitaria non può agire in la funzione anticiclica contro la crisi.*

*Per questo insistiamo con il Governo perché già con la manovra di fine anno per il 2011 (legge di stabilità e "mille proroghe") assegni risorse adeguate per il finanziamento delle prestazioni sociali e di quelle sanitarie. E rimuova il blocco sulla contrattazione che penalizza lavoratori e servizi pubblici. Solo così i provvedimenti di attuazione del federalismo fiscale saranno in grado di assicurare il finanziamento integrale dei fabbisogni per garantire i LEA sanitari e i LEP Sociali in tutto il Paese.*

*Attualmente, l'unico tavolo sul welfare socio sanitario è quello aperto al Ministero della Salute con Cgil Cisl e Uil. Per questo apprezziamo in modo particolare la disponibilità al confronto del Ministro Fazio. Tuttavia bisogna riconoscere che il tavolo fatica ad assumere decisioni in assenza del Ministero dell'Economia, che ha ormai assunto un ruolo centrale nelle politiche di welfare.*

*Si è invece interrotto il confronto con la Conferenza delle Regioni che, in particolare con la Commissione Salute aveva assunto continuità e concretezza.*

- **Per questo chiediamo al Ministro** una verifica sullo stato del confronto, in particolare sull'esigenza di dedicare risorse alla riconversione, soprattutto nelle regioni impegnate nei piani di rientro, e sul personale. E di aprire finalmente il tavolo sulla Non Autosufficienza, sul quale il Ministro Fazio si era impegnato a coinvolgere il Ministro Sacconi.
- **Al Presidente Errani chiediamo** di riprendere il confronto sui temi delle politiche socio sanitarie, anche con le competenti Commissioni Salute e Politiche Sociali.

## Le proposte per il confronto con Governo, Conferenza delle Regioni

Sono in buona parte un patrimonio condiviso con Cisl e Uil in diversi documenti unitari.

### Sanità

- 1) FEDERALISMO.** Nei decreti attuativi la legge 42/2009 sul federalismo, deve essere previsto che il fabbisogno sanitario sia deciso a livello nazionale, come scelta politica, per garantire il diritto alla salute e alle cure. Quindi i fabbisogni regionali devono essere assegnati in base al quadro demografico/epidemiologico (pesatura per età) e sociale (indice deprivazione). Infine è necessario costruire percorsi di convergenza, per le regioni più deboli, verso le condizioni delle regioni più virtuose (benchmark), così valutate perché associano all'equilibrio di bilancio buona qualità assistenziale. Anche per questo è necessario adottare un nuovo set di indicatori capaci di misurare non solo le performance ma anche l'appropriatezza e gli esiti delle attività sanitarie. Gli indicatori sulla qualità dell'assistenza servono anche per il "Sistema di garanzia" sull'esigibilità dei LEA in tutto il territorio nazionale.
- 2) FINANZIAMENTO ORDINARIO** Occorre adeguare il fabbisogno sanitario 2011 e 2012 nel rispetto del Patto per la Salute. Altrimenti le regioni, per evitare disavanzi, saranno costrette a manovre dalle dimensioni non sopportabili, che rischiano di mettere in discussione gli stessi Lea. Oltre ai tagli legati al blocco della contrattazione per i lavoratori della sanità (418 milioni nel 2011 e 1.132 milioni nel 2012), c'è un taglio di 600 milioni annui sulla farmaceutica (difficilmente recuperabili con le ultime misure, pur apprezzabili, sui farmaci equivalenti). Inoltre, nonostante gli impegni assunti nel Patto per la Salute, il Governo prevede di stanziare, con la Legge di stabilità, solo 347,5 milioni (per i primi cinque mesi del 2011) anziché 834 milioni previsti per l'intero anno; così non si riesce a cancellare il super ticket da 10 euro sulle prestazioni specialistiche.
- 3) LINEA DI INVESTIMENTO E FINANZIAMENTO PER LA RICONVERSIONE/RIQUALIFICAZIONE DEI SERVIZI** Occorre dedicare una specifica linea di investimenti e di finanziamento corrente – e/o fondi di rotazione - vincolati ai piani di riconversione della rete ospedaliera a favore dei servizi territoriali e del superamento del divario nord/sud. In particolare per sostenere, nelle regioni con gravi disavanzi la riqualificazione dei servizi sanitari, indispensabile per il risanamento. Serve una "massa critica"

sufficiente. A questo scopo si potrebbero associare: le risorse vincolate del Piano Sanitario Nazionale, quelle FAS già dedicabili ai servizi socio sanitari, i fondi spettanti alle regioni ma “congelati” per inadempienze, che potrebbero essere sbloccati purché vincolati alla riorganizzazione/riconversione dei servizi. Infine le risorse aggiuntive previste dal V comma dell’art 119 della Costituzione.

- 4) **FONDO INVESTIMENTI EX ART. 20** Occorre ripristinare il finanziamento, ridotto di oltre un miliardo con le ultime manovre finanziaria, per gli investimenti per l’innovazione edilizia e tecnologica sanitaria;
- 5) **APPROVARE LA REVISIONE DEI LEA SANITARI**, già concordata con le Regioni, sbloccando il decreto fermato dal Governo dal 2008.
- 6) **PIANO SANITARIO NAZIONALE PSN 2010 2012** E’ in corso il confronto anche con le OO.SS. sul nuovo PSN 2010 2012. Il PSN, nell’attuale assetto istituzionale che assegna alle Regioni una funzione centrale anche nella programmazione, diventa dunque un’occasione per fare scelte selettive. Vi sono a disposizione, nel 2010, circa 1,7 miliardi di euro di risorse vincolate proprio ai progetti del PSN. Le priorità debbano riguardare la riconversione (vedi il punto 3) e quindi i progetti per l’integrazione socio sanitaria e per la riorganizzazione della medicina del territorio (cure primarie, percorsi diagnostico terapeutici, continuità ospedale domicilio). Obiettivo: la continuità delle cure primarie nelle 24 ore.
- 7) **ATTUAZIONE DEL PATTO PER LA SALUTE** Tra i diversi impegni previsti per attuare il Patto, segnaliamo l’urgenza di rispettare quelli relativi:
  - a) Alla Farmaceutica. Nel processo di riqualificazione dell’assistenza farmaceutica, è necessario allargare il “Tavolo Farmaceutico”, previsto dal Patto, alla partecipazione anche di soggetti indipendenti, sindacati e associazioni di tutela dei cittadini e dei consumatori.
  - b) All’Accreditamento Il buon funzionamento del sistema di accreditamento è necessario sia per salvaguardare il modello universale e la qualità del SSN, che per favorire il risanamento di alcune regioni, nelle quali il disavanzo si accompagna ad un’elevata spesa verso i privati accreditati. Si tratta di assicurare l’integrazione – e non la competizione - tra erogatori pubblici ed erogatori privati, strategie di coinvolgimento degli accreditati negli obiettivi programmatici pubblici, di partecipazione alle politiche di qualità ed appropriatezza, e di estendere il controllo rigoroso dei volumi di attività e della spesa nell’ambito della programmazione pubblica.
  - c) All’emanazione di Linee di indirizzo per la Continuità assistenziale e per la riqualificazione della rete ospedaliera per qualificare e non solo ridimensionare l’offerta.
- 8) Infine non bisogna dimenticare il Trasferimento della **SANITÀ PENITENZIARIA** nel Servizio Sanitario, che va completato, per garantire ai detenuti e i livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria.

### **Assistenza Sociale**

Visto il sempre più stretto intreccio tra i bisogni sociali e sanitari, non è possibile limitarsi alla sanità senza richiamare, seppur per sommi capi, le proposte per l’ Assistenza Sociale, dove la situazione è ancora più grave. I tagli conseguenti al Patto di stabilità imposto con la manovra (9 miliardi a regioni e comuni) e la costante riduzione dei fondi nazionali dedicati a vario titolo alle politiche sociali, impediscono di finanziare il fabbisogno per la spesa sociale, che resta tra le più basse dell’Unione Europea. Il settore già ampiamente sotto finanziato è stato ulteriormente penalizzato aggravando così le differenze esistenti tra le diverse aree del paese. Mentre l’assenza della definizione dei livelli essenziali condiziona anche i criteri che verranno usati per passare dalla spesa storica al fabbisogno standard.

Per questo bisogna:

- Definire immediatamente i Livelli Essenziali delle prestazioni Sociali LEPS e stabilire i conseguenti fabbisogni standard. Considerate le forti disparità esistenti oggi tra le regioni, e dentro alle stesse, si deve prevedere *un graduale ma certo percorso di convergenza*, fino al raggiungimento degli standard.
- Ricostituire il Fondo nazionale per la Non Autosufficienza, altrimenti cancellato dal Governo dal 2011, adeguatamente e progressivamente finanziato
- Adeguare il finanziamento del Fondo delle Politiche Sociali, che, fino alla conclusione del processo di attuazione del Federalismo fiscale, rimane lo strumento pluriennale di finanziamento *nazionale* per le politiche assistenziali. Occorre adottare finalmente una specifica misura di contrasto alla povertà.

## Le linee per le vertenze regionali e territoriali

Nei documenti preparati dalle strutture CGIL regionali (vedi parte II) si ritrovano le sintesi delle vertenze (in gran parte condivise con Cisl e Uil) relative alle politiche sociosanitarie delle singole regioni. Qui si riporta la sintesi delle linee per la contrattazione sociosanitaria territoriale (già condivise nel documento CGIL "Welfare contro la crisi e oltre").

### La centralità del territorio e del distretto.

Va intesa come luogo nel quale si intercettano i bisogni, si interpreta la domanda di assistenza, si individuano le fonti del disagio, si incontrano la programmazione sociale e quella sanitaria; si portano i servizi vicino alle persone e ai loro bisogni in forma partecipata; si supera l'approccio alla politica sanitaria e sociale intesa solo come produzione ospedaliera e di posti letto; si afferma compiutamente il diritto alla salute e al benessere.

- A. **PREVENZIONE SOCIALE E SANITARIA** La prevenzione, sia in campo sociale che sanitario, è stata largamente sottovalutata in questi anni. Oggi resta fondamentale, di fronte all'evoluzione del quadro epidemiologico, alla transizione demografica e alle grandi trasformazioni sociali. Oltre agli obiettivi consolidati (rimozione dei fattori di morbilità e mortalità, rimozione dei fattori di esclusione e disagio sociale, diagnosi precoce), la prevenzione deve porsi l'obiettivo anche dell'"invecchiamento attivo", della liberazione di anni di vita dalla disabilità, rilanciare la strategia della "Salute in tutte le politiche" e svilupparsi in campo sociale. Ciò significa:
- Prevedere piani di prevenzione integrata sociale e sanitaria (dal livello regionale ai Piani di Zona) e il sostegno alla "sanità d'iniziativa";
  - garantire che la spesa per la Prevenzione sia almeno il 5% del Fondo Sanitario (come da Accordo Stato Regioni 23.3.05);
  - verificare lo stato di attuazione, a livello regionale e locale, dei vigenti Piani di prevenzione. Partendo da un confronto sul monitoraggio da parte del Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CCM), che valuta il diverso stato di avanzamento dei singoli piani regionali;
  - inserire nei Piani di prevenzione - regionali e locali - linee di azione sui determinanti di salute e di malattia non solo di tipo sanitario, ma ambientale, sociale, economico, abitativo, relazionale, ecc. (alcuni fattori – principalmente legati al reddito e al livello di istruzione – producono disuguaglianza nel diritto alla salute, alle cure e perfino nella speranza di vita);
  - Una specifica, e fondamentale, linea della prevenzione riguarda **la Sicurezza nel lavoro**.
- B. **CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NELLE 24 ORE E TRA OSPEDALE E TERRITORIO**: Gli Accordi regionali e locali sulle cure primarie devono garantire l'assistenza nelle 24 ore x 7 giorni alla settimana (in primis grazie agli studi medici associati), la continuità assistenziale Ospedale Territorio, il ruolo del MMG nella Presa in carico. Con le Unità Territoriali di Assistenza Primaria, si può realizzare l'integrazione fra i servizi distrettuali, i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta; superando progressivamente la distinzione fra le diverse figure mediche nel territorio.
- C. **SERVIZI TERRITORIALI E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA** :
- Il potenziamento dei servizi territoriali può attuarsi, spesso, attraverso la riconversione di quelli ospedalieri. Ciò in ragione di un diffuso eccesso di offerta ospedaliera, che può essere riqualificata e ridimensionata entro gli standard nazionali, purché ciò avvenga con "contestuale" attivazione di servizi alternativi e la garanzia di una efficace rete di emergenza.
  - Associare ai Livelli Essenziali indicatori di offerta e standard qualificanti dei servizi, per misurare la loro esigibilità e valutare i risultati. Per le aree ad alta integrazione (anziani, materno infantile, salute mentale, dipendenze, handicap) i Livelli Sanitari devono essere integrati con quelli Sociali.
  - I Piani Sociali e Sanitari devono essere integrati (Regionali, di Zona dei Comuni, Attuativi locali delle Asl, ecc), con chiari obiettivi, risorse, ambiti di intervento, poteri, strumenti attuativi, e soprattutto con sistemi di verifica e di controllo sui risultati.
  - il Distretto socio sanitario è il soggetto unico dell'integrazione; riconosciuto *quindi con atto formale da Asl e Comuni*; la scelta è vincolante almeno per le aree ad alta integrazione: anziani, materno infantile, salute mentale, dipendenze, handicap. Per questo bisogna scegliere e incentivare l'associazione tra i Comuni e in ogni caso fissare ambiti territoriali (Zone Sociali) coincidenti con quelli del Distretto;
  - il Punto Unico di Accesso ai servizi Sociali e Sanitari come Livello Essenziale;

- l'obbligo della "Presenza in carico" del cittadino e del Piano di Assistenza Individuale
  - la Casa della Salute può diventare il luogo fisico dell'integrazione sub distrettuale, cui si rivolgono i cittadini, contenitore materiale del Punto Unico di Accesso e di una serie di servizi sociosanitari del Distretto.
- D) NON AUTOSUFFICIENZA:** istituire il Fondo Regionale, quale anticipazione/integrazione del Fondo nazionale, nell'ambito del Piano per la non autosufficienza per garantire:
- Assistenza domiciliare integrata, Assistenza Residenziale e Semiresidenziale (precisando indicatori di offerta e standard qualificanti), in alcune regioni praticamente assenti
  - Forme di copertura della quota "sociale" oggi a carico di Comuni o utenti (es. rette Rsa)
  - Sostegno del lavoro di cura in ambito familiare, collegandolo alla rete dei servizi e attraverso: la copertura previdenziale dei familiari addetti alla assistenza della persona non autosufficiente, il riconoscimento del lavoro informale delle famiglie anche per mezzo di servizi di sollievo ed agevolazioni tariffarie, il riconoscimento del lavoro e il sostegno alla regolarizzazione delle assistenti familiari, che integra e non sostituisce quello delle professionalità necessarie ad assicurare l'assistenza sociale e sanitaria.
- E) SALUTE MENTALE:** il diritto alla salute mentale non è garantito su tutto il territorio nazionale. Troppo spesso l'unica risposta è il ricovero, persino la contenzione, o forme di istituzionalizzazione in "nuovi cronici". Ciò porta all'abbandono di chi soffre e delle loro famiglie. Forte è ancora l'esigenza di combattere lo stigma e di investire nella prevenzione e nella promozione della salute mentale, riconoscendo che in questi anni le grandi trasformazioni sociali hanno esteso e modificato l'area del disagio mentale e i fattori di rischio, con nuove "fragilità" tra i giovani, tra gli anziani, tra i migranti.
- Per questo rimane attuale la conferma del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) e la realizzazione diffusa della rete dei servizi, con Centri di Salute Mentale, integrati nel territorio, aperti 24 ore e per sette giorni alla settimana, per garantire la "presa in carico" delle persone e dei loro familiari e la piena inclusione sociale e lavorativa. Mentre i reparti ospedalieri (SPDC) devono essere luoghi per le sole acuzie, in cui non sia praticata la contenzione. Perché ciò non sia solo petizione di principio, bisogna garantire spazi adeguati, il personale necessario, la formazione necessaria e un più stretto collegamento ai servizi territoriali nell'ambito del DSM, per evitare rischiose separazioni che alimentano rischi di "psichiatrie parallele". Particolare impegno è richiesto ai DSM per l'attuazione delle Linee guida del DPCM 1 aprile 2008 che prevedono il graduale superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.
- F) DIPENDENZE:** l'approccio repressivo dell'attuale legislazione ha dimostrato il suo fallimento, tanto più di fronte alle profonde trasformazioni del fenomeno (nuove sostanze, nuovi consumatori, nuovi stili di vita e di consumo, ecc.). Per questo serve confermare, sostenere e innovare la strategia dei "quattro pilastri" (contrasto, prevenzione, cura e riabilitazione, riduzione del danno). E serve confermare la centralità del servizio pubblico, anche con un potenziamento dei Sert, oggi fortemente carenti.
- G) CONSULTORI FAMILIARI:** in questi anni c'è stato un progressivo svuotamento del ruolo dei Consultori, mentre le politiche sociali e sanitarie rivolte alle donne, alle coppie, alla famiglia, alla conciliazione vita lavoro, ai giovani sono state residuali. Vanno rilanciati: gli attuali LEA (DPCM 29.11.2001) stabiliscono l'offerta di almeno un Consultorio ogni 20.000 abitanti, con indicatori di offerta modulati per interventi e tipologie di popolazione. Oggi va rivolta una particolare attenzione alle cittadine migranti e ai giovani.
- H) LISTE DI ATTESA:** va posta una particolare attenzione al miglioramento del sistema degli accessi e a un rigoroso monitoraggio delle liste di attesa. Verificare l'attuazione in sede regionale e locale del Piano nazionale 2010 - 2012 di contenimento delle liste di attesa e della Legge 120/2008 (libera professione intramoenia). Spesso infatti le barriere all'accesso e i tempi lunghi per ottenere le prestazioni (e peggio la scorciatoia delle visite a pagamento), rappresentano il principale fattore di disaffezione fra i cittadini e il sistema sanitario pubblico che si traduce magari in ricorso al privato o in percorsi spesso drammatici di migrazione sanitaria.