

LA NON AUTOSUFFICIENZA IN PIEMONTE

Venerdì 15 gennaio 2016 – CGIL, Via Pedrotti n. 5 Torino

INTRODUZIONE NUNZIA FIORENZA

La giornata di oggi vuole tenere i riflettori puntati

- *sulla condizione degli anziani non autosufficienti in Piemonte,*
- *sulle drammatica realtà delle liste di attesa su residenzialità, domiciliarità e semiresidenzialità (centri diurni, ecc).*

Vogliamo ragionare, insieme ai nostri ospiti, l'assessore alle politiche sociali Augusto Ferrari e il dott. Vittorio Demicheli, responsabile servizi territoriali, che ringrazio della disponibilità, del modello piemontese, della presa in carico degli anziani non autosufficienti, dell'offerta dei servizi, delle risorse investite e conoscere quali sono le criticità e quali soluzioni pensano di adottare, a partire dati demografici che verranno illustrati dall'Ires Cgil.

La ricerca conferma che il Piemonte è una delle regioni con il più alto indice d'invecchiamento. Continuano a crescere gli ultrasessantacinquenni che a gennaio 2015 sono 1.087.987 su una popolazione di 4.436.798 vale a dire il 24,47%. Trend in crescita, di questi il 10% sono non autosufficienti.

I malati cronici in Piemonte si stima siano ben il 40% degli anziani.

Il dato più preoccupante che emerge dalla ricerca è una riduzione dell'offerta dal 2008 al 2014 anche se una piccola inversione si era manifestata nel 2012.

Tutti i giorni è alla ribalta della cronaca quotidiana il cosiddetto "intasamento dei pronto soccorso" e dei reparti ospedalieri, per l'affluenza di anziani malati non autosufficienti, spesso con demenza o malati di Alzheimer.

È assolutamente urgente da affrontare la drammaticità delle lunghe liste d'attesa: in Piemonte sono 30/34mila gli anziani che aspettano una risposta sanitaria.

È necessario un piano straordinario per ridurre le liste di attesa . Chiediamo ai nostri ospiti, si impegnano all'inserimento di 3000/4000 anziani in lista di attesa per un posto residenziale e altrettanti a domicilio?

Noi abbiamo prodotto ipotesi sia per la domiciliarità che residenzialità indicando anche dove prendere le risorse. Alla fine di questa relazione illustreremo le nostre proposte.

Non c'è dubbio che la crisi che ha investito l' Italia, in Piemonte si è risentita ancora di più anche per il fatto che il Piemonte è soggetto al piano di rientro.

La non autosufficienza è una delle più grandi emergenze nazionale ed europea.

Un' emergenza che tutti riconoscono, ma la politica nazionale resta sorda e cieca ed ha risposto dal 2011 con i tagli in sanità che ad oggi ammontano a circa 35 miliardi. Nel sociale i finanziamenti sono in discesa da 2.526 miliardi di euro annui nel 2008, a 200 milioni nel 2013 e a circa 300 milioni nel 2015. Ancora peggio il fondo per la non autosufficienza è passato dai 400 milioni del 2010 all'azzeramento nel 2012 e a seguito della mobilitazione delle associazioni è stato ripristinato a 350 milioni nel 2015 comprendente anche il 40 % per i pazienti molto gravi.

Alla luce di questo quadro, alla domanda di servizi socio-sanitari e la relativa spesa pubblica e privata, come risponde il Piemonte ?

*Con il **Riordino delle rete ospedaliera:***

*che è partita, tagliando molti posti letto le strutture complesse e non ha creato contemporaneamente i servizi sul territorio. I malati, i cittadini non sanno dove sono i famosi punti di integrazione con i servizi di territorio, chiamati **UCCP (unità complesse cure primarie), le AFT (aggregazioni funzionali territoriali)**, che dovevano essere istituite in ogni distretto.*

Non ci sono servizi territoriali in grado di evitare il ricorso al pronto soccorso, in grado di assorbire la domanda di continuità assistenziale per i pazienti post-acuti e di evitare il sovraffollamento dei reparti di degenza ospedaliera.

*Nel riordino della rete territoriale **siamo in ritardo!***

Si deve potenziare, con risorse del fondo sanitario, la presa in carico della persona a partire dalla prevenzione (PEPS), dall'attività programmata, dall'accordo con i MMG (medici di medicina generale), medicina d'iniziativa, dalla sanità di iniziativa che miri sia alla prevenzione, sia al miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio.

Questo riguarda tutti i livelli del sistema sanitario, con effetti positivi per la salute dei cittadini e per la sostenibilità del sistema .

Per queste ragioni abbiamo consegnato la piattaforma alla regione il 6 novembre scorso.

I titoloni sui giornali annunciano che arrivano i primi posti letto per svuotare i reparti affollati, i CAVS (posti letto di continuità assistenziale a valenza sanitaria). Mi chiedo: dopo 30/60 gg. che succederà? Si dice di avviare un piano di assistenza domiciliare integrato, ma!!!! Ricordo che c'erano 1.500 posti letto di post acuzie in esubero, ma che era complicato cancellarli perché occupati da anziani non autosufficienti, (sono stati trasformati in CAVS) ricordo inoltre che gli assegni di cura per il sostegno a domicilio sono stati cancellati perché extralea. Qual'è allora il piano di assistenza domiciliare integrata da avviare?

Secondo noi i CAVS, l'infermiere a domicilio, sono interventi parziali e sperimentali che hanno un tempo determinato.

Invece è necessario puntare su un forte riequilibrio dell'offerta socio-sanitaria in direzione del potenziamento degli interventi domiciliari e delle attività semiresidenziali (in particolare i centri diurni) con progetti strutturali, realizzando la vera integrazione tra sanità e assistenza.

Non sono sufficienti risposte parziali, come qualche ora di ADI, SID, ADP, ecc... , ma è necessario la presa in carico con un ventaglio di prestazioni, la costruzione di un PAI che va dall'intervento del medico di famiglia al fisioterapista, al nutrizionista ecc..., che sono LEA, cioè a totale carico della sanità, fino alla badante. Il sistema sanitario deve riconoscere la quota sanitaria a sostegno della domiciliarità per la badante, quote vincolate come ci sono per la residenzialità, con i LEA, cioè al 50%.

I fondi devono essere destinati e vincolati al finanziamento delle quote sanitarie per la residenzialità, domiciliarità.

I posti letto in convenzione con le RSA: *in Piemonte ci sono circa 30.000 posti autorizzati, circa 25.000 accreditati e solo 15.000/ 16.000 posti convenzionati.*

Gli obiettivi, da realizzare entro il 2014, prevedevano un incremento complessivo di circa 1700 posti letto convenzionati in Rsa, per superare la soglia dei 16.500 posti letto convenzionati attuali in tutta la regione. Gli obiettivi con molte differenze tra le Asl, ad oggi non sono stati raggiunti.

In conclusione confermiamo le nostre proposte, già a suo tempo condivise con CISL e UILP che così possiamo riassumere:

1. Un sistema di forte integrazione, sanitario e sociale

2. Residenzialità: *per i malati cronici non autosufficienti chiediamo di raggiungere l'obiettivo del 2% posti letto rispetto alla popolazione over 65, come era previsto nel piano del 2007/2010 con le seguenti azioni:*

- *ripristinando le condizioni di miglior favore di compartecipazione nei livelli di intensità assistenziali corrispondenti alla “Alta”, alla “Alta incrementata” e all’”Alzheimer”.*
- *Utilizzando 322.406.700 milioni di € (che corrispondono al 70% delle risorse destinate alle ASL per gli over 65, riferimento alla Dgr n°59-6674 del 11 novembre 2013), vincolati alla copertura delle quote sanitarie delle rette di ricovero in strutture residenziali. Questo significa 4.400 posti letto in più di quelli occupati nel 2012*

3. Domiciliarità: *finanziata per il 50% con il FSR in quanto LEA socio-sanitario. Proponiamo che si risponda alle persone malate, (32.000) in lista di attesa, finanziando 20.880 progetti domiciliari, per un costo di 127.278.000 € (corrispondenti al 27,2% delle risorse destinate alle ASL per gli over 65 sempre DGR 59/2013 come indicato al punto 2).*

4. Risorse sociali: *si devono aggiungere alle risorse del fondo sanitario sia le risorse proprie regionali, sia le risorse derivanti dai fondi nazionali per la copertura delle politiche sia sociali che per le non autosufficienze.*

5. Per i malati di Alzheimer applicazione del Piano nazionale delle demenze, *il Piemonte è in ritardo. Saitta ha detto che farà predisporre entro il mese di gennaio gli attesi provvedimenti attuativi e che aspetta di avere la conferma dell'uscita dal piano di rientro dal debito sanitario.*