

SALUTE E CRONICITA'

- *Come hanno convenuto tutti i componenti del gruppo di lavoro (Bortolotti Paola, Businelli Barbara, Manuela Celotti Adriana Fasiolo, Paolo Fogar, Galoppin Anna, Giancarlo Miglio, Flavio Paoletti, Franco Perazza, Giuliana Pigozzo, Giuliana Pitacco, Paola Strazzolini, Luciano Pletti*

.....una riflessione esaustiva sulla cronicità non può essere disgiunta da quanto è avvenuto in questi decenni nell'ambito sociale e sanitario, che ha visto un crescere poderoso delle diseguaglianze con la rinuncia alle prestazioni da parte delle persone più deboli, anche nel mitico nord-est, nonché l'assunzione di scelte di governo nazionale e regionale che hanno sostanzialmente demolito le strutture portanti del SSN. A livello regionale la maggiore partecipazione delle famiglie alla spesa sanitaria totale si registra in FVG con il 32,1% (nel centro-nord al 24,6%).

- ***Insiste, una narrazione che distorce la realtà sociale e sanitaria. Si privilegiano politiche monetarie più che rendere esigibile un diritto: quello alla salute. La filantropia al posto della solidarietà e della responsabilità collettiva***



Risultati del Sistema Sanitario Pubblico

- *Nonostante si parli troppo poco, **l'accrescimento della vita media**, dimostra sicuramente una evoluzione di salute pubblica e descrive e conferma, **il valore di un sistema sanitario che ha permesso in poco tempo questo straordinario risultato**. Basta rammentare che negli ultimi anni il SSN ha permesso di ridurre del 20% la mortalità delle persone con malattie croniche.*



Aggiornamento Piano Nazionale cronicità

- *C'è troppa distanza, fra la progettazione e la sua concretezza.*
- *Il recente aggiornamento del Piano Nazionale delle cronicità e, per molte motivazioni, emblematico. Li si dice con estrema chiarezza che la tutela della salute degli anziani costituisce, che piaccia o meno, una delle strutture portanti delle future società e pretende un necessario rilancio e un ridisegno dell'intero sistema dei servizi per la salute.*
- Mancano, nel testo, ancora diverse patologie
- Assenti i finanziamenti necessari
- *come affronteremo le emergenze del prossimo futuro legate all'invecchiamento della popolazione e ai malati cronici?*
- *Tante normative di riferimento e distanza delle responsabilità pubbliche.*

- **Gli anziani in FVG, over 65**, al 1° gennaio 2022, erano 319.366, pari al 26,7% della popolazione, con una prevalenza delle donne, il 56,7%. Alcuni territori interni (Carso giuliano, Carnia e Gemonese, la città di Trieste) registrano incidenze superiori alla media regionale (fonte Istat 1/01/2022).
- **Indice di vecchiaia**, ovvero il rapporto tra over 65 e under 14 è in FVG paria a 237,2, ovvero vi sono 237 over 65 ogni 100 giovani (under 14), quando il valore in Italia è pari a 193. **è in costante aumento** con la popolazione **over 65** che è **più del doppio di quella pediatrica**.
- **140.000 persone con più patologie.**
- **Poco più di un quinto della popolazione regionale ha almeno una patologia cronica.**

La speranza di vita in buona salute (nel 2022 si stimava in 61,2 per gli uomini e 59,1 per le donne.

Incremento di vita sana, inferiore all'aspettativa di vita (81.3 anni per gli uomini e 85,8 per le donne). Sono più o meno 20 anni vissuti non in salute.

la differenza tra le due è pari a 13 anni nelle donne e 10 negli uomini i cittadini del FVG vivano sì più a lungo, ma trascorrono molti anni della loro vita non in buona salute, con malattie croniche e/o disabilità. (Fonte: annuario statistico 2020 FVG).

Differenze che impongono, anche l'attenzione alla patologia, guardando al genere, una modalità prevista dalla Legge 11/1/2018 n. 3, ma disattesa.

Differenza nel ricorso ai servizi territoriali per gli over 65

Variabilità dovuta a:

- *diversità nei percorsi e nelle modalità operative di gestione dei pazienti;*
- *persistente disomogeneità presente nei territori di questa regione.*
- *Gli anni 2020 e 2021 hanno inoltre fortemente risentito della gestione pandemica con degli effetti inversi nel ricorso alle strutture residenziali rispetto alla gestione domiciliare*

Inoltre, dalle relazioni trimestrali delle aziende sanitarie di questa regione al 30 settembre 2024 i dati disponibili , al riguardo,non sono confortanti.
Mancano dati

- Persone con più di 75 anni ricevono una assistenza domiciliare per una percentuale di poco superiore al 5%, quando ne avrebbero più bisogno.
Situazione diffusa.

Patologie croniche e regione FVG

- *Le persone con almeno una patologia cronica in FVG sono pari 21,2 % della popolazione tra i 18 e i 69 anni (terzo posto dopo Sardegna e Valle d'Aosta) maggiore rispetto la media nazionale (pari a 18,2) (studio Passi 2022-2023) e ciò vorrebbe una iniziativa istituzionale conseguente.*
- *100.000 i diabetici, 70.000 i malati di tumore cronicizzato, 30.000 (tra Alzheimer e demenza senile), con quest'ultimi che risultano più difficile da gestire anche a livello familiare.*
- *Un interessante, e approfondito, lavoro statistico è stato svolto e messo a disposizione dal Sindacato Regionale Pensionati CGIL nel proprio sito (<https://www.spicgil.fvg.it/demografia-redditi-imposte-locali-la-situazione-comune-per-comune/>) visibile da tutti, con i dati - per ognuno dei 215 comuni della regione, sulla popolazione residente aggiornati all'inizio del 2024, inclusi i dati specifici su over 65, over 80, under 14 e stranieri. Con l'analisi del reddito medio e della sua distribuzione, con la possibilità di accedere anche ai dati sull'applicazione dell'addizionale Irpef per comprendere la situazione economica reale delle persone anziane.*
- *PERCHE' È CON QUESTI DATI (PERALTRO PARZIALI) CHE BISOGNA FARE I CONTI QUANDO SI DISCUTE DI BILANCI PUBBLICI PER CAPIRE PERCHE' LE PERSONE RINUNCINO A CURARSI.*

INDAGINE UNISALUTE-NOMISMA*

ITALIANI E PATOLOGIE CRONICHE



Più di
**1 italiano
su 3**

è affetto da almeno una
patologia cronica **(36%)**

20%

da una sola
malattia cronica

16%

da due o più
cronicità

61%

ha effettuato gli esami
diagnostici nel SSN

48%

è ricorso anche alla sanità privata
per le visite specialistiche

Le patologie più diffuse

RISPOSTA
MULTIPLA

20% ipertensione arteriosa

15% malattie allergiche

13% artrosi e artrite

7% osteoporosi

5% diabete

5% asma

5% tumori

*Indagine CAWI condotta su un campione di 1.346 persone stratificato per fasce d'età (18-70 anni), sesso ed area geografica con sovracampionamento nelle province di Milano, Torino, Padova, Bologna, Napoli, Palermo, Genova, Cagliari

Patologie croniche e risorse FVG

rappresentano (su base nazionale) circa l'80% di quelli sanitari e la nostra regione non si distanzia molto.


- *Da un'analisi commissionata, dallo Spi-Cgil Fvg, sul rendiconto 2023 della Regione, nel raffronto 2019/2023 gli impegni di spesa per la Tutela della Salute (nel suo complesso) sono cresciuti in misura del 11,3%, meno rispetto al Veneto che cresce del 21,7% o a Trento è +19,9%. Nell'ultimo anno - 2022/2023 - le risorse correnti impegnate sono calate del 3,2% (da 3,129 a 3,027 miliardi).*
- *Durante l'emergenza pandemica e il rialzo dei prezzi (2020/2022), viene rilevata una bassa capacità di pagamento della regione FVG. Meno di altri enti del Centro-Nord, con difficoltà nella realizzazione degli interventi di parte corrente (finanziamento dei servizi, nuove spese per il personale...), e ricadute importanti sulla popolazione più esposta.*
- *Per il sociale nel 2023 si tratta di 275 € pro capite, valore più elevato della media nazionale e più basso di altre regioni Valle d'Aosta: 746 €; Provincia autonoma di Trento: 570 €). Nel 2019/2023 in FVG gli impegni di spesa crescono del 17,6%, meno di altre Regioni come il Veneto è +32%, in Liguria +51,7%...)*
- *A livello regionale la maggiore partecipazione delle famiglie alla spesa sanitaria totale si registra in FVG con il 32,1% (nel centro-nord al 24,6%).*
- *Un corretto calcolo delle risorse deve includere anche quelli sopportati dalle famiglie con il ricorso ai cosiddetti caregiver (badantato). 600.000 in questa regione con 14.000 posti letto nelle strutture residenziali socio-assistenziali e socio-sanitarie in 334 unità (ossia 42,4 posti letto in media per struttura).*

Che cosa si potrebbe fare?

- *Misurare l'impatto di quanto fatto.*
- *Guardare e analizzare da vicino i territori, coinvolgendo chi vi abita.*
- *Valutare le esperienze realizzate ed i risultati ottenuti.*
- *Individuare e valorizzare le prassi organizzative e assistenziali di successo e spiegare gli insuccessi.*
- *Affrontare le cure a lungo termine a partire dai bisogni di salute che si generano là dove le persone vivono e lavorano (territori, comprensori, comunità) superando le diversità esistenti, ricucendo il legame tra le comunità e i centri decisionali (Regione, Direzioni aziendali). In modo particolare nella zona montana (che vorrebbe una riflessione specifica) dove sono presenti un gran numero di anziani, spesso soli.*
- *Inserire, tutto questo, nelle "agende" gestionali.*
- *Attribuire valore al capitale professionale con le sue vocazioni e le sue esperienze di successo.*
- *Attenzionare al ruolo dei MMG, area particolarmente in sofferenza, per recuperare la distanza fra la programmazione e i contenuti dell'accordo nazionale. Un ruolo, sicuramente, come è accaduto nel passato, lo deve avere chi governa la regione.*
- *Riprendere con convinzione il metodo della elaborazione dei "Profili di salute della popolazione" che, per fare un solo esempio, in questo territorio aziendale, l'ultimo risale al 2018 e quello regionale è datato 2020, Allegato al Piano Regionale Prevenzione 2020-2025, dispone di dati ancora antecedenti.*

Che cosa si potrebbe fare?

- *Affrontare da una parte il tema della deospedalizzazione e delle sue ricadute e dall'altra quello del distretto socio sanitario che non è possibile continuare a identificare come mera articolazione organizzativa – funzionale dell'Azienda Sanitaria che svolge le funzioni di “committenza, presa in carico, controllo, integrazione e produzione” (art.15 LR 22\19);*
- ***Il distretto**, deve essere inteso come la struttura, che **opera in sinergia con i servizi sociali dei Comuni**, garante riconosciuto della tutela della salute e della erogazione delle cure e il luogo che assicura la “cerniera” tra Comunità dei cittadini e Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie.*
- ***potenziare**, per davvero, **la residenzialità e la prossimità attraverso un investimento sui servizi domiciliari e di vicinanza, nonché attraverso un potenziamento degli ospedali di rete nella loro funzione di supporto al territorio.***
- ***Creare dei distretti autorevoli, con autonomia gestionale, organizzativa e finanziaria.***



Tutto ciò ribadisce quanto chiaramente scritto nel DM77\22, che ha definito – in modo prescrittivo - la riforma dell'assistenza territoriale prevista nel PNRR, che ha un ruolo importante nell'assistenza alla cronicità

- *Avviare concretamente le case e gli ospedali di comunità, le COT;*
- *Seppur non menzionate in quel DM sono parte dell'assistenza territoriale le strutture per l'assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti, peraltro garantita dall'art. 30 dei Lea.*
- *Riconoscere al distretto una interlocuzione diretta con l'Assemblea dei Sindaci per la predisposizione del "Programma delle attività territoriali", basato sul principio della intersectorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative come previsto dal Dlvo. 502/92 Art. 3-quater (Distretto).*
- *Rivalutare la partecipazione distrettuale alla programmazione integrata (Piani di zona) anche al fine di preservare e valorizzare le storiche collaborazioni con gli Enti del Terzo Settore, che hanno un ruolo fondamentale, in un'ottica di welfare community, nel garantire servizi di qualità ai cittadini.*
- ***Risolvere le criticità di coordinamento tra assistenza primaria e quella specialistica, della continuità assistenziale e la carenza di integrazione tra aspetti clinici e socioassistenziali.***
- ***Utilizzare le nuove tecnologie e l'Intelligenza Artificiale, domotica e housing sociale.***

PREVENZIONE!!!

- Ruolo della prevenzione e straordinariamente importante e fare in modo che i diversi obiettivi camminino assieme con quello di un invecchiamento attivo, rivalutando la giusta intuizione che ha portato alla legge regionale nel 2014.
- **Cambiare il paradigma nell'approccio sanitario.** Demedicalizzare per quanto possibile. Guardare alla persona non come "corpo da curare" ma come investimento in salute, restituendo centralità al ruolo della prevenzione.

SPERIMENTARE, anche in questa regione, percorsi già avviati da tempo in altre.

- Ai percorsi strutturati di incremento della quantità di attività fisica, istituiti in Emilia-Romagna nel 2016 che prevedono una vera e propria "prescrizione" dell'esercizio fisico.
- Alla sanità di iniziativa della Regione Toscana per **assumere il bisogno di salute** prima dell'**insorgere della malattia**, o prima che essa **si manifesti** o **si aggravi**, e **rallentarne il decorso**, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, che ha permesso di ridurre la mortalità del diabete del 10% e dello scompenso cardiaco dal 10-12%.
- **UMANIZZARE CON I FATTI!**

UN PROTAGONISMO POLITICO DISTINTIVO E ALTERNATIVO!!!

- **Investire** sulla *partecipazione attiva, DAL BASSO*, delle rappresentanze sociali e del volontariato, **DELLE PERSONE** COME riportato ripetutamente nei diversi provvedimenti, inclusi quelli regionali che restano solo sulla carta, facendone un proprio tratto distintivo, che renda visibile la diversità nel modo di amministrare la cosa pubblica.
- **Dedicare a questo tema un forum specifico con u**na articolazione delle iniziative volte a rendere evidente che esistono dei soggetti di rappresentanza – come questo - che ascoltano, coinvolgono, si confrontano, ricercano soluzioni, danno risposta ai problemi.
- **Riconquistare una vicinanza concreta alle persone** che è il solo modo per dimostrare che esiste una alternativa a quello con cui oggi, troppo spesso, essi debbono fare i conti.
 - **Dare dimostrazione concreta che la politica non sono solo parole, ma uno strumento straordinariamente importante per migliorare la propria condizione e quella di chi – e sono troppi – non hanno voce.**