

## MAURO SALIZZONI risponde

### alle DOMANDE A CANDIDATI per il governo della regione Piemonte - Elezioni 26 maggio 2019

#### DOMANDA 1

*Nonostante quanto affermato da giunte di diverso colore, la sanità pubblica piemontese è stata posta in piano di rientro per disavanzi che si sono consolidati in altri settori dell'amministrazione. Usciti dal piano di rientro restano le addizionali Irpef più alte d'Italia. Può impegnarsi a destinare le addizionali prioritariamente alla sanità e all'assistenza?*

Trovo ragionevole impegnarsi affinché più risorse, comprese parte di quelle provenienti dalle addizionali non vincolate al pagamento dei debiti, siano assegnate ai settori più in sofferenza della nostra sanità pubblica<sup>1</sup>.

#### DOMANDA 2

*Nonostante il massiccio ricorso al privato accreditato che in Italia, ma anche pressappoco in Piemonte, assorbe oltre il 57% della spesa pubblica per la specialistica ambulatoriale, i tempi di attesa restano inaccettabili, soprattutto per le visite meno remunerative. Al netto della ricerca dell'appropriatezza, ritiene indispensabile di potenziare l'offerta pubblica di prestazioni ambulatoriali?*

#### DOMANDA 3

*Il TAR Piemonte ha sospeso la delibera di giunta che consentiva al privato accreditato la prescrizione di esami diagnostici (anche in assenza di tempi di attesa) e siamo in attesa del giudizio di merito. Come intende comportarsi sulla questione ?*

Vorrei rispondere in modo congiunto alle domande 2 e 3 , perché mi paiono correlate su molti aspetti, toccando il grande tema delle liste di attesa, in particolare delle prestazioni specialistiche ambulatoriali<sup>2</sup>. È evidente che l'indiscriminata possibilità concessa al settore privato accreditato di prescrivere prestazioni rischia di consegnargli il pieno controllo di questo settore saturando il budget con le prestazioni più remunerative. Credo dunque che quella delibera vada riconsiderata in due modi: da un lato riequilibrando le tariffe e indicando le soglie massime per singole prestazioni del settore privato accreditato e dall'altro valorizzando e remunerando chi lavora nel pubblico, anche con nuove assunzioni.

---

1 - I noti rilievi che la competente Sezione Regionale della Corte dei Conti ha mosso nel processo di parificazione ( certificazione ) dei bilanci della Regione Piemonte sulla mancata " perimetrazione della spesa sanitaria " ( ovvero individuazione analitica dei capitoli di entrata e di spesa del SSR ) avviata solo a partire dal 2014 ( Giunta Chiamparino ), rendono davvero insussistenti le responsabilità del nostro SSR nell'aver prodotto quei disavanzi del bilancio regionale attribuiti alla sanità che nel 2012 (Giunta Cota) motivarono l'ingresso in piano di rientro, poi il prosieguo dello stesso fino ad uscirne a fine 2018. Credo quindi che alla Sanità Pubblica piemontese in questi anni, duri per i cittadini e per gli operatori, sia stato chiesto di riparare disavanzi finanziari che si sono invece determinati in altri settori della amministrazione regionale. Sono quindi convinto che il processo di riordino della finanza regionale avviata in questi ultimi anni con buoni risultati ma che ancora poggia su elevate addizionali Irpef, debba non solo porsi il problema di consolidare il risanamento e la trasparenza dei bilanci, ma cominciare a restituire alla nostra sanità pubblica.

2 - In questo ambito, il settore privato accreditato è maggioritario a livello nazionale (circa il 60%), ed è altresì rilevante nella nostra Regione. Le regole più importanti che governano i rapporti tra pubblico e privato in questo settore sono tre:

a) **Accreditamento** dei produttori ossia la preliminare verifica del possesso di tutti i requisiti di qualità, sicurezza, relativi a strutture, tecnologie, professionalità;

b) **Tariffe concordate** delle singole prestazioni,

c) **Tetti di spesa o Budget**, ovvero soglie massime di prestazioni erogabili per conto del SSR. (ovvero rimborsati al netto del Ticket).

Dando per scontato la validità assoluta del primo requisito, massima attenzione va prestata agli altri due o meglio alle loro interazioni, laddove possono creare effetti distorsivi.

Faccio un esempio concreto. I tempi di attesa regionali su prestazioni diagnostiche ad elevato contenuto tecnologico offerto dal privato accreditato (TAC RNM) sono a livello regionale medio di 13-15 gg. Sono prestazioni che, sul piano tariffario, sono remunerative più di altre, come le visite specialistiche. È su queste ultime, dove è prevalente la componente umana, che anche nel settore privato accreditato l'offerta è meno ricca e con tempi di attesa più lunghi. Il paradosso è che non si ridurrebbero i tempi più lunghi di attesa sulle prestazioni meno remunerative, ma si allungerebbero i tempi di attesa di quelle più remunerative.

## MAURO SALIZZONI risponde

### alle DOMANDE A CANDIDATI per il governo della regione Piemonte - Elezioni 26 maggio 2019

#### **Domanda n. 4**

*Gli organici del servizio pubblico in Piemonte sono al minimo (per mancato turn over) con rischio del collasso del sistema. Come intende procedere?*

Pur consapevole delle oggettive difficoltà, occorre mettere in campo ogni misura idonea ad immettere nei servizi di assistenza e cura tutte le risorse professionali necessarie, riavviando i concorsi pubblici.

#### **Domanda n. 5**

*Anche il Piemonte ha avviato le procedure per il Regionalismo differenziato in sanità. In che cosa intende differenziarsi rispetto alla situazione attuale?*

L'introduzione del regionalismo differenziato richiesto dal Piemonte non intende creare differenze nei livelli di cura tra la nostra e le altre regioni, ma si propone di superare alcuni vincoli nazionali, che consentirebbero una miglior programmazione delle risorse<sup>3</sup>. Faccio tre esempi:

- 1) poter modificare la ripartizione delle risorse, che attualmente è rigida (50% agli ospedali, 45% al territorio e 5% alla prevenzione), in funzione di una valutazione più attenta alle nuove possibilità di cura,
- 2) poter aumentare gli organici medici, assumendo anche persone non ancora specializzate, senza l'immissione immediata nel ruolo direttivo, in qualità di assistente (come una volta),
- 3) aumentare i posti letto per acuti, attualmente bloccati al 3 per mille, percentuale tra le più basse in Europa.

#### **Domanda n. 6**

*In Piemonte ci sono almeno 25.000 "over 65" non autosufficienti in attesa, già riconosciuti dalle UVG (Unità di Valutazione Geriatrica) come bisognosi di assistenza residenziale o domiciliare. Come intende procedere?*

Questa situazione scarica sulle famiglie oneri fisici, sociali ed economici spesso intollerabili<sup>4</sup>.

Penso sia necessario operare in due modi:

- 1) poiché la nostra Regione ha gli indici più bassi tra le regioni del centro nord nell'assistenza domiciliare ai non autosufficienti, occorre aumentare sia la popolazione coperta, sia l'estensione della copertura,

---

<sup>3</sup> Il tema del regionalismo differenziato affonda le sue radici nella previsione del comma 3 dell'art. 116 della nostra Costituzione. È una questione complessa che sta arroventando non solo il dibattito politico ma anche quello amministrativistico, costituzionalista, economico-finanziario, sociale e civile. La nostra Regione, per iniziativa della Giunta Chiamparino, sulla base di Delibere di Giunta e su pronunciamento del Consiglio Regionale ha avanzato una proposta al Governo di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" su otto delle 24 materie possibili tra cui le politiche sanitarie: in questa sede mi preme sottolineare che tali materie sono state individuate in ragione dei seguenti criteri:

- a) funzionalità delle stesse alle scelte strategiche per lo sviluppo economico e territoriale della regione,
- b) riunificazione di competenze di alcune materie che solo parzialmente sono state attribuite all'intervento legislativo regionale,
- c) raggiungimento di obiettivi di semplificazione nei rapporti tra PA e cittadini e PA e imprese,
- d) individuazione di specificità nel contesto della programmazione ed erogazione di servizi in relazione al contesto demografico.

Dunque, la nostra Regione, a differenza di altre, ha interpretato in modo "discreto" "la previsione costituzionale sottraendosi ad inopportune suggestioni di autonomia, su tutto e subito. Sul profilo generale e su quello particolare della sanità ritengo che questo processo non possa e non debba congelare e meno che mai allargare disuguaglianze nell'accesso a diritti civili e sociali sul territorio nazionale, non possa e non debba frantumare l'obiettivo di universalismo ed equità del nostro SSN non possa e non debba frammentare l'ordinamento unitario che regola l'esercizio delle professioni mediche e sanitarie, non possa e non debba polverizzare l'assetto unitario delle regole d'ingaggio dei professionisti, non possa e non debba cortocircuitare a livello regionale la natura pubblica e solidale della tutela della salute.

<sup>4</sup> Nel nostro paese, nel 2016 sono stati stimati in oltre 2,5 milioni gli anziani che hanno qualche forma di limitazione funzionale che compromette l'autosufficienza ai quali vanno date risposte integrate di carattere sanitario, sociosanitario e socioassistenziale: una sfida enorme per il nostro sistema di Welfare che, in questo ambito, registra ritardi ed incertezze politiche sulle prospettive di sistema. Basti ricordare che nella fase critica della crisi e dei tagli lineari, nel 2012 fu cancellato il fondo nazionale dedicato alla non autosufficienza (400 milioni), una risorsa preziosa per gli enti locali per finanziare interventi sociosanitari e sociali, fondo ripristinato a pieno regime solo a partire dal 2015.

## MAURO SALIZZONI risponde

### alle DOMANDE A CANDIDATI per il governo della regione Piemonte - Elezioni 26 maggio 2019

- 2) occorre anche aumentare l'offerta di strutture residenziali ai non autosufficienti per ridurre le lunghe liste di attesa, superando l'attuale indice del 3% sulla popolazione con più di 65 anni. Su questo versante è necessario lavorare con le Amministrazioni comunali per favorire la pianificazione di strutture sociosanitarie più moderne, sperimentando con le Fondazioni Bancarie soluzioni innovative che possano essere di esempio agli investitori privati. Investire nel welfare è anche un modo per favorire lo sviluppo della nostra regione.

#### *Domanda n. 7*

*La carenza di posti letto e le condizioni di disagio dei cittadini e degli operatori nei Pronto Soccorso e nei DEA sono note. Come intende agire per risolvere il ripetersi di situazioni di sovraccollamento?*

Il problema è il passaggio da ospedale a territorio<sup>5</sup>, come si usa dire, e la nostra Regione ha da tempo avviato soluzioni che hanno il compito di facilitare il passaggio o meglio di garantire la continuità assistenziale:

NOCC = Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure

NDCC = Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure

CAVS = Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria

Sono strumenti importanti che bisogna potenziare ma, a mio giudizio, vale quanto ho detto nelle risposte precedenti:

- n. 6, ossia potenziare le cure domiciliari e l'accoglienza dei non autosufficienti e dei pazienti complessi in strutture di lungodegenza, in modo da garantire quel turn over nelle degenze per acuti, che consente di accoglierli e limitare penosi tempi d'attesa,
- n. 4, ossia aumentare gli organici con nuovi concorsi pubblici,
- n. 5, ossia superare il tetto fissato dallo Stato al 3 per mille di posti letto per acuti.

---

I riferimenti indicano negli over 65 anni, la popolazione definita anziana, in Piemonte nell'anno 2018 sono censiti in circa 1.100,908 pari a circa un quarto dell'intera popolazione regionale residente, sono altresì cresciuti gli over 80 con percentuali che oscillano intorno al 5%. Tuttavia, più efficaci a rappresentare il fenomeno invecchiamento è l' **indice di vecchiaia**, cioè il **rapporto numerico tra gli over 65 e gli under 14**, la prima popolazione negli anni è cresciuta la seconda è rimasta pressoché stabile. In Piemonte nel 1996 l'indice di vecchiaia era pari a 165 circa, nel 2016 ha raggiunto quota 196 a fronte di un indice medio nazionale di 161. Ai nostri fini occorre ancora rilevare che l'indice di vecchiaia regionale si distribuisce anche con rilevanti differenze nelle varie aree territoriali che ovviamente determinano differenziati fabbisogni di servizi. Limitando la complessa articolazione dei numeri ad alcune aree geografiche, dati 2016, Torino 1-2 Quattro distretti =207,7; To 3 centro= 204,2; To3 Nord =170,8 To3 Sud = 162,1, To3 Pinerolese =202,7; To4 Ivrea = 229,3

Un secondo indicatore demografico è comunemente utilizzato per esprimere la non autosufficienza e il bisogno correlato di servizi e cioè l'**indice di dipendenza degli anziani ricavato dal rapporto tra popolazione over 65 e la popolazione compresa tra i 14 e 64 anni espresso in %**; In Piemonte nel 1996 tale indice era pari al 17% circa, nel 2016 ha raggiunto il 40% sottolineando una notevole restrizione della fascia di chi si prende cura rispetto a quella di chi ha bisogno di cure.

Nel piano sociosanitario della nostra regione e correlati provvedimenti di attuazione viene previsto un indicatore di posti letto in RSA il 3% della popolazione over 65. Da rilevazioni regionali relative al giugno 2018 la media regionale dei posti letto in RSA stimata sulla popolazione over 65 è pari al 2,56%, si arriverebbe alla soglia con l'impiego effettivo di altri 6000 posti letto sui quali sono state già concesse le relative autorizzazioni. Naturalmente la copertura dei fabbisogni in regione è molto diversificata ma l'area in maggior sofferenza risulta essere la città di Torino. Qualche dato desunto da un intervento del DG Asl unica di Torino in Consiglio comunale della città pochi mesi fa a Torino Nord i posti in RSA sono circa 1900 a Torino Sud sono 1716, (rapportati alla popolazione over 65 raggiungono poco più dell'1,7%).

Risultano essere in lista d'attesa stabile 1889 persone a Torino Nord mentre sono 981 a Torino Sud. Sono calati gli aiuti per assistenza domiciliare dai 3859 del 2014 ai 3200 del 2018. Circa 6000 persone sono in lista di attesa per ricevere l'assegnato di cura. Facendo la somma sono circa 9000 le famiglie in lista di attesa nella sola città di Torino.

5 I ricoveri in degenza ordinaria richiedono spesso giorni di attesa in sistemazioni a dir poco disagiate se non assolutamente prive di dignità. Dico subito che queste condizioni colpiscono i pazienti ma feriscono anche tutti i professionisti medici e sanitari costretti a lavorare in un clima di frustrazione e disagio e non a caso è in questi ambienti che cresce il contenzioso, il burn out degli operatori, la caduta delle vocazioni, i comportamenti di difesa da parte dei medici. Sappiamo che indirizzi nazionali hanno portato i posti letto per acuti al 3 per mille, percentuale tra le più basse in Europa. A questo si aggiunge e forse determina il fenomeno che per certi tipi di pazienti è difficile uscire dall'ospedale almeno quanto entrarvi. Parlo soprattutto dei pazienti cronici, non autosufficienti, con pluripatologie in equilibrio instabile, per i quali spesso è improponibile un pronto rinvio a domicilio o l'invio in strutture riabilitative o di lungodegenza.

## MAURO SALIZZONI risponde

### alle DOMANDE A CANDIDATI per il governo della regione Piemonte - Elezioni 26 maggio 2019

#### *Domanda n. 8*

*Il cosiddetto "Parco della salute" deve risolvere due nodi prioritari: il ruolo del pubblico e del privato e il mantenimento dei posti letto nell'area metropolitana. Cosa propone?*

Il Parco della salute e della scienza di Torino ha lo scopo di mantenere le competenze elevate della Città della Salute (e non solo), che si disperderebbero in tempi brevi se permanessero nelle strutture vetuste quasi centenarie. Nel Parco il pubblico mantiene il suo ruolo in campo sanitario, mentre il privato svolgerà i servizi collaterali, in modo da ottenere la giusta remunerazione all'investimento cospicuo che gli viene richiesto. A questo scopo è necessario che la fase di selezione dei progetti sia svolta con una adeguata capacità del pubblico di valutare le offerte dei privati.

Per i posti letto nell'area metropolitana, penso che vadano utilizzati meglio, come risposto alla domanda n.7. È inoltre già programmato l'ospedale di Moncalieri. Il ruolo degli ospedali è fondamentale perché i medici che vi lavorano hanno la capacità e l'esperienza per individuare l'alta complessità che deve essere gestita in collaborazione con il Parco della salute.

#### *Domanda n. 9*

*Che cosa intende fare per i diritti delle persone con problemi di salute mentale e delle persone con disabilità?*

Occorre predisporre tutte le misure, organizzative ed economiche, affinché le persone disabili possano realizzare i progetti di vita insieme alle loro famiglie, coprogettando con le istituzioni, sia per vivere autonomamente, sia per poter continuare ad abitare, se possibile, in famiglia<sup>6</sup>. Nella nostra regione ci sono esperienze molto positive di cura dei disabili fisici e mentali, nate anche grazie alle Fondazioni e alle Associazioni che le hanno promosse. Penso che sia opportuno valorizzarle e replicarle il più possibile.

Invito infine a leggere la sintesi delle mie proposte sul sito: [www.maurosalizzoni.it](http://www.maurosalizzoni.it) e vi invio le stesse in forma estesa.

Torino, 20 maggio 2019

---

<sup>6</sup> In Piemonte sono oggi iscritti alle liste di collocamento (dati forniti dagli uffici competenti) circa 25000 disabili di varia natura, e questo numero non rappresenta ovviamente tutte le persone con disabilità ma solamente quelle adulte. Per cui il numero è sicuramente superiore e stimabile attorno ai 40 mila. Dei 25 mila disabili 12318 (56%) sono fisici, 260 sordomuti ( 1%), 925 ipovedenti e non vedenti (4,24%), 6452 psichiatrici (29,57 %), 1863 intellettivi ( 8,54%). Il modo in cui si guarda la disabilità oggi è cambiato rispetto ad un tempo. Quarant'anni di inclusione scolastica hanno "allenato" le persone con disabilità e le loro famiglie a vivere nel mondo di tutti come tutti ed a riconoscersi come titolari di diritti.

La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, approvata nel 2006, è stata recepita con la Legge 18/2009, che, con l'istituzione dell'Osservatorio Nazionale sulle condizioni della Disabilità, che ha prodotto due "Piani di azione biennale sui diritti delle persone con disabilità" Quello che i Piani di azione richiedono (Linea di intervento 2: Politiche, servizi e modelli organizzativi per la vita indipendente e l'inclusione nella società) è:

AZIONE 1 Contrasto all'isolamento, alla segregazione e per la deistituzionalizzazione

L'istituzionalizzazione, ossia l'imposizione – esplicita o implicita – a trascorre la propria quotidianità (anche in parte) in luoghi nei quali non è consentito l'esercizio della scelta di dove, come o con chi vivere, appare una delle forme di segregazione da contrastare con maggiore urgenza e impegno, pensando sia alle persone che oggi vivono in istituzioni totali, sia a quelle che vi sono a rischio.

AZIONE 3 Promozione dell'abitare in autonomia e della domiciliarità

Per "sostegni per l'abitare" si intendono le misure, gli interventi, le modalità organizzative che concorrano al dignitoso permanere presso il proprio domicilio, o alla realizzazione del proprio progetto di vita all'esterno della famiglia di origine, o a percorsi di deistituzionalizzazione.

AZIONE 5 Condivisione e diffusione di principi e strumenti di progettazione personale e loro applicazione

Elaborazione e promozione di modelli allocativi di "budget personalizzati"... che consentano la definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire alla persona un funzionamento sociale adeguato, attraverso un progetto personale alla cui elaborazione partecipino principalmente la persona con disabilità stessa, la sua famiglia e la sua comunità, ottimizzando l'uso integrato delle risorse diffuse in una logica non prestazionale e frammentata.