

MOZIONE

presentata dall'On. GILDA SPORTIELLO il 26/01/2023 16:53

La Camera,
premessi che:

MOZIONE

Iniziativa volte al potenziamento ed alla resilienza del servizio sanitario nazionale

La Camera,
premessi che:

le analisi indipendenti condotte dalla Fondazione GIMBE, nell'ambito del 5° Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ricordano che la crisi di sostenibilità del SSN coincide con un prolungato periodo di grave crisi economica durante il quale la curva del Fondo sanitario nazionale (FSN) si è progressivamente appiattita, in conseguenza di scelte politiche che nel decennio 2010-2019 hanno determinato un imponente definanziamento del SSN;

secondo le analisi GIMBE, alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre € 37 miliardi, di cui circa 25 miliardi nel periodo 2010-2015, in conseguenza dei tagli lineari effettuati nelle diverse manovre finanziarie e oltre 12 miliardi nel periodo 2015-2019, come processo di progressivo definanziamento che, per obiettivi di finanza pubblica, ha assegnato al SSN meno risorse rispetto ai livelli programmati;

successivamente, le leggi di bilancio 2020, 2021 e 2022 hanno invertito la rotta con un incremento complessivo del FSN di 11,2 miliardi, segnando un netto cambio di passo nel trend del finanziamento pubblico del SSN, cresciuto in media del 3,4% annuo, tasso superiore a quello dell'inflazione media annua del periodo 2020-2021 (0,9%) e certificando formalmente la fine della stagione dei tagli alla sanità;

oltre alle predette manovre, dal mese di marzo 2020 al mese di settembre 2022, sono stati emanati ben 12 decreti legge che hanno stanziato risorse ad hoc per la gestione dell'emergenza COVID-19, per complessivi € 11.414,3 miliardi;

nel DEF 2022, tuttavia, a fronte di una prevista crescita media annua del PIL nominale del 3,8% nel triennio 2023-2025, la spesa sanitaria torna a ridursi mediamente dello 0,6% per anno e nel 2025 il rapporto spesa sanitaria/PIL precipita addirittura al 6,2%, al di sotto dei livelli antecedenti la pandemia e la Nota di aggiornamento al DEF (NaDEF) riduce ulteriormente il predetto rapporto al 6,1%;

la manovra economica per il 2023 è intervenuta in campo sanitario disponendo l'aumento di 2 miliardi per il finanziamento della spesa sanitaria; sono poi state adottate misure circoscritte riguardanti le farmacie e il finanziamento di interventi per ridurre l'antibiotico resistenza oltre che l'acquisto dei vaccini; gran parte delle predette risorse sono in verità destinate, per la maggior parte, a compensare gli aumenti legati al caro energia rispetto al quale la manovra per il 2023 ha esplicitamente vincolato ben 1,4 miliardi;

proprio sulla predetta manovra, la Corte dei Conti ha rilevato che la previsione della spesa sanitaria in termini di contabilità economica raggiungerebbe i 133,8 miliardi, ponendosi in tal modo solo poco al di sotto di quella prevista per il 2022 (133,9 miliardi), confermando, dunque, che la spesa sanitaria, in termini di prodotto, è in riduzione nel prossimo biennio (-1,1 per cento in media all'anno);

la Corte dei Conti stigmatizza quindi il fatto che il rapporto fra spesa sanitaria e Pil si porta su livelli inferiori a quelli precedenti alla crisi sanitaria già dal 2024 (al 6,3 per cento), per ridursi ancora di un decimo di punto nell'anno terminale (2025);

il decrescere dell'incidenza sul PIL è un elemento preoccupante perché si traduce in "meno salute" e pone il nostro Paese al di sotto della media dei paesi OCSE e al di sotto dell'accettabilità, con inevitabili ripercussioni sulla qualità e l'efficacia dell'assistenza sanitaria e sull'aspettativa di vita, che già studi e ricerche hanno documentato in accreditati rapporti;

diverse e specifiche misure per l'anno 2023 non sono state rifinanziate, com'è il caso ad esempio degli interventi introdotti con il cosiddetto decreto rilancio (decreto-legge 34/2020, -500 milioni) e soprattutto sono venuti meno i 500 milioni di euro per l'abbattimento delle liste di attesa, nonostante il problema sia, ad oggi, tutt'altro che risolto;

la Corte dei Conti ha ribadito come, dopo l'emergenza che ha caratterizzato lo scorso triennio, si riproponga il gap mai risolto tra le risorse dedicate nel nostro Paese al sistema sanitario e quelle dei principali partner europei; una differenza resa più grave dagli andamenti demografici: già oggi l'Italia è caratterizzata da una quota di popolazione anziana superiore agli altri paesi, quota destinata a crescere in misura significativa nei prossimi anni;

permane il grave ritardo nella erogazione delle prestazioni, anche ordinarie, ed è pertanto necessario procedere con sollecitudine al riassorbimento delle liste d'attesa, cresciute esponenzialmente con la pandemia; a riguardo, sempre la Corte dei Conti ha rappresentato come siano ben 14 le Regioni che presentano performance peggiori di quelle del 2019 nel caso degli interventi cardio vascolari caratterizzati da maggiore urgenza e che dovrebbero essere eseguiti entro 30 giorni; Solo di poco migliore l'andamento per quanto riguarda i tumori maligni: sono 12 le Regioni che hanno peggiorato le loro performance;

le prestazioni di specialistica ambulatoriale non hanno recuperato i livelli del 2019: nel primo semestre 2022 le prestazioni erogate risultavano in media nazionale inferiori del 12,8 per cento a quelle dello stesso periodo del 2019 e 13 Regioni si collocavano al di sotto della media;

anche dalle analisi di GIMBE emerge come si accumulino sempre più ritardo nell'erogazione di prestazioni chirurgiche, ambulatoriali e di screening, nonostante quasi € 1 miliardo di investimenti dedicati e la definizione di un Piano Nazionale per il recupero delle liste di attesa; il progressivo impatto del long-COVID ha richiesto l'apertura di centri dedicati in tutto il Paese con uno sforzo organizzativo e di personale specialistico sempre maggiore, senza considerare l'impatto sulla salute mentale fortemente sotto-diagnosticato in particolare nelle fasce più giovani, fatica a trovare

adeguate risposte assistenziali;

peraltro, l'emergenza Covid appare tutt'altro che conclusa e desta notevole preoccupazione: il nostro Paese dev'essere pronto a fronteggiare situazioni imprevedibili in brevissimo tempo, con misure tali da garantire una numerosità di strutture e posti per la terapia del covid e delle patologie connesse senza che ciò debba comportare la mancata assistenza per le altre patologie; per questo motivo, tra il mese di dicembre e gennaio u.s. sono state emanate diverse circolari del Ministero della Salute, recanti gli interventi in atto per la gestione della circolazione del SARS-CoV-2 nella stagione invernale 2022-2023, volte a chiarire queste nuove necessità, che, al di là dello sviluppo degli eventi, richiede un ripensamento del sistema;

dal Report Osservatorio GIMBE 2/2022, "Livelli Essenziali di Assistenza: le diseguaglianze regionali in sanità", emerge che rispetto al mantenimento dell'erogazione dei LEA, a fronte di un SSN fondato su principi di equità e universalismo, il nostro paese presenta inaccettabili diseguaglianze regionali. In particolare:

- gli adempimenti LEA 2018 valutati tramite il questionario LEA documentano che solo 5 Regioni (Emilia-Romagna, Veneto, Lombardia, Marche, Toscana) sono adempienti (senza impegno né raccomandazioni) per almeno l'80% delle 43 valutazioni;

- gli adempimenti al mantenimento dell'erogazione dei LEA tramite Griglia LEA, per i quali nell'ultima valutazione solo due Regioni risultano inadempienti, lasciano emergere diseguaglianze regionali di notevole entità nel decennio 2010-2019;

- nel quartile superiore si ritrovano solo Regioni del Nord. Nessuna Regione del Sud compare tra le prime dieci posizioni;

una disuguaglianza regionale inaccettabile tanto quanto la mancata approvazione del nomenclatore tariffario riferito ai cd. "nuovi LEA", la cui assenza rende di fatto inattuato l'aggiornamento, ormai già vecchio, dei livelli essenziali di assistenza del 2017 che mai sono stati esigibili nonostante fossero stati sbandierati come la più grande conquista degli ultimi 10 anni! Quei LEA erano e sono senza una idonea copertura!

occorre restituire centralità e unitarietà al Sistema sanitario nazionale e superare l'attuale frammentazione in cui versano i servizi sanitari regionali, intervenendo per riportare allo Stato, in via esclusiva, la competenza in materia di tutela della salute, al fine di garantire la sostenibilità del sistema e una migliore equità nell'erogazione delle prestazioni e rispondere, così, ai principi di universalità, di uguaglianza e di globalità degli interventi, in osservanza e ottemperanza all'articolo 32 della Costituzione;

al fine di superare la sperequazione esistente sul territorio nazionale, si dovrebbe altresì intervenire sulla ripartizione del Fondo sanitario nazionale, prevedendo che nello stabilire i pesi da attribuire ai diversi elementi si tenga conto anche di indicatori ambientali, socio-economici e culturali nonché, con un peso non inferiore al 10 per cento a valere sull'intera quota, dell'indice di deprivazione economica, individuato annualmente dall'ISTAT, che tenga conto delle carenze strutturali presenti nelle regioni o nelle aree territoriali di ciascuna regione che incidono sui costi delle prestazioni sanitarie;

i recenti interventi sul nostro sistema sanitario correlati alla pandemia, ove non rifinanziati ovvero non resi strutturali, non risolvono le numerose e ataviche necessità del SSN: primo fra tutti il fabbisogno di personale sanitario la cui carenza è ormai divenuta tanto insostenibile quanto strutturale e rischia di aggravarsi ulteriormente alla luce dell'auspicata riforma dell'assistenza

territoriale;

alla riduzione delle risorse economiche e alla compressione delle prestazioni sanitarie per i cittadini, si aggiungono le misure di contenimento della spesa sul personale che continuano a generare un aumento dell'età media dei dipendenti, un incremento dei carichi di lavoro e insostenibili turni straordinari, nonché una sempre più diffusa abitudine a ricorrere a varie forme di lavoro flessibile e precarizzato anche in settori molto delicati dal punto di vista assistenziale (dal pronto soccorso alla rianimazione), determinando un progressivo indebolimento della sanità pubblica che in tal maniera e in queste condizioni emergenziali non è più in grado di rispondere ai bisogni della popolazione e perde terreno in favore della sanità privata o della sanità integrativa;

numerosi dati e ricerche rilevano come la spesa sanitaria privata sia aumentata sensibilmente e che sono sempre più numerosi i cittadini che hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie nel pubblico: si fa sempre più dilagante la «fuga» dal SSN verso strutture sanitarie private, spesso in grado di offrire prestazioni a tariffe concorrenziali rispetto alla compartecipazione dovuta o comunque in tempi più rapidi rispetto alle liste di attesa del servizio pubblico;

i cosiddetti fondi integrativi o le polizze assicurative non dovrebbero sostituirsi al primo pilastro del nostro sistema pubblico di salute che è il SSN, basato sui principi di universalità, equità e solidarietà, come diretta attuazione dell'articolo 32 della Costituzione; tuttavia, diverse forme di sanità integrativa si stanno con il tempo proponendo come le uniche forme risolutive del problema dell'inaccessibilità alle cure e all'assistenza e come l'unica forma di superamento delle difficoltà in cui versa il sistema pubblico di tutela della salute;

la sanità integrativa, peraltro, propone sempre più spesso "pacchetti prevenzione" che da un lato alimentano un consumismo sanitario e dall'altro aggravano l'inappropriatezza delle prestazioni sanitarie con uno spreco di risorse;

anche il ricorso all'intramoenia è sempre più spesso una conseguenza obbligata per il cittadino dinanzi alle lunghe liste di attesa e alle inefficienze del SSN, in netto contrasto con quanto previsto dalle norme che avevano introdotto tale istituto: la legge n. 120 del 2007, concernente l'attività libero-professionale intramuraria, prevede infatti il "progressivo allineamento dei tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale ai tempi medi di quelle rese in regime di libera professione intramuraria", proprio al fine di assicurare che il ricorso a quest'ultima sia la conseguenza della libera scelta del cittadino e non già la conseguenza di una carenza nell'organizzazione dei servizi resi nell'ambito dell'attività istituzionale;

già l'Anac, nell'ambito dell'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione, collocava tra gli eventi a rischio di corruzione proprio l'attività intramoenia laddove vi sia, ad esempio, l'errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale, la violazione del limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione, lo svolgimento della libera professione in orario di servizio, il trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione;

come riportato anche sul sito dell'Agenas, l'attività libero professionale intramuraria (ALPI) può essere autorizzata a condizione che: non comporti un incremento delle liste di attesa per l'attività istituzionale; non contrasti o pregiudichi i fini istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale; non contrasti o pregiudichi gli obiettivi aziendali; non comporti per ciascun dipendente una produttività superiore a quella assicurata per l'attività istituzionale, ovvero un impegno orario superiore al 50% di quello di servizio;

ed in riferimento all'ALPI, proprio l'AGENAS, nel suo ultimo rapporto disponibile, relativo all'anno 2020, conferma la disomogeneità presente nei singoli contesti locali: 11 Regioni/PA utilizzano esclusivamente l'agenda gestita dal sistema CUP; 7 Regioni utilizzano il CUP per più dell'80% del totale; le rimanenti Regioni riportano una percentuale intorno al 60%;

l'analisi dettagliata dei volumi di prestazioni a livello aziendale consente di monitorare l'equilibrio del rapporto tra le attività erogata in ALPI e quella erogata in regime istituzionale: tale rapporto non deve superare il 100%; orbene, nel predetto rapporto di Agenas, emerge, invece, che in 13 regioni su 21 si rilevano situazioni in cui il suddetto rapporto è ben superiore al 100%;

in tale quadro, dunque, di fronte a questo tangibile smantellamento del servizio sanitario pubblico, prendono corpo e s'inseriscono le diverse soluzioni o proposte di partenariato pubblico-privato, se non addirittura chiaramente "di copertura assicurativa" dei bisogni assistenziali: l'idea di "cedere" prestazioni incluse nei LEA a soggetti privati, attraverso accreditamenti oramai resi strutturali, rende il sistema sanitario debole di fronte a eventuali richieste accessorie o mancate prestazioni da parte del privato, inaccettabili alla luce dei principi costituzionali.

l'idea d'implementare l'assistenza territoriale attraverso una riorganizzazione delle cure primarie, anche al fine di efficientare l'assistenza ospedaliera ed in particolar modo la rete emergenza-urgenza, dopo tante e reiterate richieste rimaste inevase nei lunghi anni di definanziamento e di tagli scellerati e conclamati alla sanità, è divenuta un'idea cogente solo all'indomani dell'emergenza pandemica;

proprio a causa delle precedenti scelte politiche sull'assistenza ospedaliera e sanitaria, l'emergenza Covid-19 inizialmente ha colto tutti i cittadini impreparati, soprattutto in quelle regioni dove la rete assistenziale territoriale era più compromessa a causa di una sempre più diffusa privatizzazione dei servizi di base; in tale contesto anche la riduzione della disponibilità di posti letto, effettuata negli anni precedenti, ha rilevato tutta la sua esiguità e criticità;

nell'offerta di posti letto ospedalieri a livello europeo, l'Italia (3,7 posti ogni mille abitanti) si colloca al di sotto della media europea (5,5 posti letto) e si penalizzano, nella programmazione della dotazione dei posti letto, quelle Regioni italiane che, con un saldo positivo di mobilità, di fatto finanziano il sistema sanitario di Regioni ritenute virtuose proprio attraverso le risorse provenienti dalla mobilità attiva;

la riduzione dei posti letto della rete ospedaliera, nelle intenzioni dell'allora decreto Balduzzi, era e doveva essere armonizzata con un'implementazione dell'assistenza territoriale, dei presidi sul territorio anche attraverso i cosiddetti ospedali di comunità ma, alla tanta solerzia nel definire i tagli dei posti letto, allora, non fece da contraltare la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dei presidi territoriali/ospedali di comunità che solo ora cominciano a vedere luce grazie al PNRR e alle risorse del Recovery Fund ottenute in Europa;

tra le linee d'intervento e i progetti in cui si articola la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), relativa alla Salute, vi è, in particolare, il potenziamento della rete di assistenza territoriale, sanitaria e socio-sanitaria, quale elemento imprescindibile per garantire una risposta assistenziale appropriata ed efficace, in grado di demandare agli ospedali le attività di maggiore complessità, concentrando a livello territoriale le prestazioni meno complesse, attraverso lo sviluppo delle Case di comunità, l'assistenza domiciliare integrata (ADI), la telemedicina, nonché implementando la presenza sul territorio degli Ospedali di comunità; in attuazione della predetta linea d'intervento è stato emanato quindi il cosiddetto "DM71", recante gli standard qualitativi,

strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico;

tuttavia, occorre che la riorganizzazione territoriale sia sostenuta da un adeguato potenziamento del fabbisogno del personale sanitario e amministrativo, da un'adeguata copertura finanziaria, da una riforma delle disposizioni in materia di medici di medicina generale nonché dall'implementazione di ulteriori setting territoriali, quali salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria infantile e l'assistenza psicologica di base; altresì, dovrebbe essere accompagnata da una riorganizzazione dei posti letto, secondo una logica ripartizione tra l'ambiente ospedaliero "tradizionale" e gli ospedali di comunità;

la riorganizzazione territoriale si scontra infatti anche con il serio problema della progressiva carenza dei medici di famiglia, rispetto alla quale già da oltre 10 anni sia l'Enpam sia FIMMG rilevavano una stima drammatica sui pensionamenti e sulle susseguenti carenze assistenziali, stimando che dal 2015 al 2025 sarebbero andati in pensione complessivamente circa 40.000 tra medici di medicina generale, guardie mediche e pediatri, con un'impennata di 25.000 pensionamenti che rischiano di non essere sostituiti, e già allora si temeva che, per i successivi 10 anni, 25 milioni di italiani sarebbero potuti rimanere senza assistenza;

è poi necessario che il sistema di "fascicolo sanitario elettronico" che raccoglie non solo le informazioni sul paziente, ma che dovrà raccogliere tutti i dati sugli esami e le visite compiute, le prestazioni erogate, i referti ed i loro allegati, diventi un vero e proprio "diario di bordo" del percorso diagnostico e terapeutico del paziente, in modo da coordinare le attività dei professionisti, evitare duplicazioni e tempi di attesa eccessivi; l'informatica e la società delle comunicazioni permettono tale risultato a livello omogeneo e nazionale. A tale fascicolo dovrebbero aderire anche i soggetti privati che erogano prestazioni per conto delle Regioni, contribuendo allo stesso nelle modalità ed a condizioni pari a quelle delle strutture pubbliche;

la riorganizzazione delle cure primarie e il processo di de-ospedalizzazione richiede oltre che un concreto rafforzamento dell'assistenza territoriale anche un robusto investimento in prevenzione, da garantirsi con risorse economiche adeguate e con professionisti dedicati e, in tale ottica, purtroppo assistiamo quotidianamente all'accorpamento di distretti ben lontani dai cittadini e alla chiusura inaccettabile di consultori;

sarebbe lungimirante, probabilmente anche più economico, dare attuazione alla normativa vigente in materia di consultori familiari, nati e concepiti proprio quale integrazione di compiti e funzioni di natura sanitaria, sociosanitaria e sociale; il consultorio, vicino al cittadino, doveva rappresentare il luogo multiprofessionale di prevenzione e assistenza primaria e di tutela socio-sanitaria attraverso un supporto multidisciplinare alla persona, alla coppia e alla famiglia in tutte le varie fasi del suo evolversi e crescere come nucleo; il consultorio avrebbe dovuto essere messo in condizioni di poter rispondere in maniera personalizzata, attraverso consulenze e prestazioni specialistiche, a tutte le problematiche connesse alla sessualità, all'infertilità e alla contraccezione, alla gravidanza, alla nascita e post partum, all'interruzione volontaria di gravidanza, alla menopausa, ai problemi andrologici, al disagio psicologico e al disagio familiare, alla ludopatia e alle dipendenze, ai fenomeni di bullismo, al disagio dei giovani, all'integrazione culturale di immigrati, alla violenza sulle donne e sui minori; per affrontare tutto questo sarebbe stato sufficiente dare attuazione ad una delle leggi più civili che il nostro legislatore sia stato in grado di concepire, assicurando figure professionali come ginecologi, ostetriche, infermieri, assistenti sociali, psicologi, mediatori culturali, linguistici e

legali;

dal 1975, anno della legge sui consultori, si è invece percorsa una strada ad ostacoli e da un'attuazione a macchia di leopardo nelle diverse regioni italiane si è passati ad un progressivo e incalzante depotenziamento e, non di rado, anche al loro smantellamento;

nel contempo si percorrono anche strade legislative e informative, sulla salute e cultura di genere, sul disagio psicologico, sulla prevenzione, sulla sana alimentazione, sul sostegno alle famiglie in alcuni casi assolutamente fallimentari; in tal senso emblematica è la triste narrazione sulla natalità e sul diritto a non abortire che assai spesso disvela concezioni dannose sulla maternità, mentre sulla tutela del parto fisiologico ci si arena, ormai da troppe legislature, senza garantire di fatto condizioni del parto appropriate e anche più economiche che riducano i costi connessi all'abuso nel ricorso al parto cesareo;

proprio sulla maternità occorre ricordare come negli anni precedenti è stata portata avanti una chiusura indiscriminata di punti nascita, senza che si tenesse conto delle esigenze territoriali, come previsto dall'Accordo della Conferenza Stato-regioni del 2010 che consentiva di derogare al volume minimo di almeno 500 parti/anno per quei punti nascita presenti in situazioni orografiche critiche, ovvero in presenza di aree geografiche notevolmente disagiate, a condizione che in tali strutture fossero garantiti tutti gli standard organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dall'accordo medesimo;

sulla maternità responsabile non si risolve il serio problema di politiche efficaci per la famiglia e per la parità di genere, non si consente alle donne di conciliare i tempi della famiglia con i tempi del lavoro, non si forniscono servizi e sostegni reddituali adeguati, non si risolve il serio problema dell'assenza di professionisti non obiettori che di fatto rende non pienamente applicabile la legge 194 sull'interruzione di gravidanza, con conseguenze anche drammatiche e pressoché quotidiane sulla salute fisica e psichica delle donne;

sui problemi alimentari, sulle dipendenze e sulla ludopatia s'intraprendono politiche economiche di fatto incentivanti, nonostante nella scorsa legislatura sia stata introdotta la cosiddetta sugar tax e non s'interviene in maniera incisiva sulla pubblicità diretta e indiretta di alimenti nocivi per fasce più giovani;

in tema di prevenzione appare dirimente l'approccio "One Health" che, secondo quanto si evince anche dal 5° Rapporto Gimbe, identifica un approccio alla salute sistematico e integrato, basato sulla consapevolezza che la salute umana è strettamente legata alla salubrità degli alimenti, alla salute degli animali e dell'ambiente e al sano equilibrio del loro impatto sugli ecosistemi di tutto il mondo; in altre parole, l'approccio One Health riconosce che salute umana, animale e dell'ambiente sono interconnesse in maniera indissolubile, generando vulnerabilità nella salute globale, come dimostrato palesemente dalla pandemia di COVID-19;

proprio tenendo conto dell'approccio "One Health", occorre affrontare il fenomeno della resistenza antimicrobica nell'ambito della salute umana e animale, in armonia con la Risoluzione del Parlamento europeo del 13 settembre 2018 concernente il piano d'azione europeo "One Health" contro la resistenza antimicrobica, introducendo l'obbligo di riportare in tutte le prescrizioni di farmaci antibiotici, la diagnosi, la posologia e la durata della terapia, prevedendo una banca dati di tutte le prescrizioni di antibiotici e programmi di screening attivo con tecnologie diagnostiche rapide al fine di individuare i pazienti infetti con batteri multifarmaco-resistenti, predisponendo adeguate misure di controllo delle infezioni, e incentivando un sistema di confezionamento dei farmaci, con

dosi unitarie o pacchetti personalizzati, al fine di evitare autoprescrizioni da parte dei cittadini; riguardo la spesa farmaceutica, dato che essa rappresenta una tra le voci più consistenti della spesa sanitaria rientrante nel fabbisogno nazionale standard, dovrebbero essere introdotte più efficaci strumenti di monitoraggio per la governance ed il controllo sull'appropriatezza dell'uso dei farmaci; per raggiungere la sostenibilità della spesa farmaceutica sarebbe auspicabile la trasparenza sul prezzo e rimborso dei farmaci, sui costi di ricerca e sviluppo sostenuti dalle aziende e sul contributo pubblico oltretutto una condivisione a livello europeo e internazionale delle informazioni sui prezzi dei farmaci; per sopperire alla carenza di farmaci dovrebbe sopperire un sistema di ricerca e produzione farmaceutica, compreso il ciclo di fornitura e distribuzione, di tipo pubblico;

il dominus della spesa sanitaria nelle strutture sanitarie è il direttore generale e sulla sua gestione manageriale occorre intervenire efficacemente; in tal senso sarebbe auspicabile prevedere precise ipotesi di revoca dell'incarico e di divieto di rinnovo di conferimento d'incarichi in settori sensibili ed esposti al rischio di corruzione, in presenza di condanna da parte della Corte dei conti per fatti dolosi;

occorre rescindere il legame tra le nomine dei dirigenti della sanità e la politica, con l'intento di attuare la decisa separazione tra politica e amministrazione nella gestione del Servizio sanitario nazionale, in quanto la commistione tra le due sfere rappresenta la causa più rilevante delle inefficienze in questo settore; più in particolare occorre intervenire sul sistema vigente di conferimento degli incarichi di direttore generale, di direttore sanitario e di direttore amministrativo e, ove previsto dalla legislazione regionale, di direttore dei servizi socio-sanitari delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale, con l'obiettivo di disciplinare le procedure di nomina, valutazione e decadenza in base a principi di trasparenza e di merito, azzerando la discrezionalità, in capo ai presidenti di regione, nella nomina dei predetti direttori;

occorre intervenire sull'inappropriato utilizzo delle risorse del SSN attraverso la ridefinizione dei requisiti minimi e le modalità organizzative per il rilascio delle autorizzazioni, dell'accreditamento istituzionale e per la stipulazione degli accordi contrattuali, per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie. In particolare sarebbe auspicabile: rafforzare e uniformare il sistema di rilevazione del fabbisogno territoriale; garantire la pubblicazione, o comunque l'attivazione di misure di trasparenza in relazione alla determinazione del fabbisogno, all'elenco dei soggetti autorizzati e agli esiti delle attività ispettive; rafforzare e uniformare il piano di controlli assicurando procedure certe e scadenze nel tempo, garantendo la terzietà e indipendenza degli organi ispettivi; rafforzare e garantire il controllo e la vigilanza sul rispetto dei contenuti degli accordi contrattuali, assicurando un rigoroso sistema sanzionatorio che contempli anche la revoca e la sospensione, in caso di mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni; uniformare, attraverso apposite linee guida, gli elementi essenziali da ricomprendere all'interno degli accordi contrattuali;

la sostenibilità economica del SSN non può e non deve passare attraverso una compressione del diritto alla salute e non può passare attraverso la riduzione di risorse economiche e umane, né può tradursi in una privatizzazione di fatto, ma attraverso un'efficace smantellamento di tutte le diseconomie, gli sprechi e le sacche di opacità e corruzione che non possono essere risolte solo con accordi, protocolli o dichiarazioni d'intenti;

la legge n.833 del 23 dicembre 1978 istitutiva del SSN ha dato all'Italia la patente di uno dei migliori sistemi di salute pubblica al mondo e nonostante le successive riforme, ivi inclusa la riforma del

titolo V della Costituzione, ne abbiano mutato sostanzialmente l'evoluzione e la struttura, ha consentito al nostro paese di mantenere saldo il principio dell'universalità come sancito dall'articolo 32 della Costituzione, ed in tal senso anche l'OMS ha considerato il SSN del nostro paese uno dei migliori al mondo per la correlazione esistente tra lo stato di salute della popolazione e il soddisfacimento dei bisogni assistenziali;

impegna il Governo:

1. a salvaguardare il Servizio Sanitario Nazionale pubblico e universalistico attraverso un recupero integrale di tutte le risorse economiche necessarie, garantendo una sostenibilità economica effettiva ai livelli essenziali di assistenza attraverso il finanziamento congruo del fondo sanitario nazionale, a cui aggiungere un rifinanziamento emergenziale necessario destinato al contenimento e alla terapia dei casi di coronavirus e patologie connesse e conseguenti, nell'ipotesi di impatto di una nuova ondata di Covid nell'anno 2023;
2. al fine di superare la sperequazione esistente sul territorio nazionale, ad introdurre indicatori ambientali, socio-economici e culturali nonché, con un peso non inferiore al 10 per cento a valere sull'intera quota, l'indice di deprivazione economica, individuato annualmente dall'ISTAT, che tenga conto delle carenze strutturali presenti nelle regioni o nelle aree territoriali di ciascuna regione che incidono sui costi delle prestazioni sanitarie;
3. a restituire centralità e unitarietà al Sistema sanitario nazionale intervenendo per attribuire allo Stato, in via esclusiva, la competenza in materia di tutela della salute;
4. a introdurre meccanismi idonei affinché nel riparto delle risorse comunque destinate alla componente sanitaria e sociale si tenga conto delle regioni italiane più in difficoltà nelle quali le carenze strutturali, le condizioni geomorfologiche e demografiche nonché le condizioni di deprivazione e di povertà sociale inevitabilmente determinano variazioni sui costi delle prestazioni;
5. al fine di garantire le esigenze di pianificazione e organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto dei principi di equità, solidarietà e universalismo, a prevedere che l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL non possa essere inferiore all'8 per cento e, conseguentemente, che il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato sia incrementato annualmente almeno di una percentuale pari al doppio dell'inflazione, anche in un contesto macroeconomico anticiclico, contraddistinto da una riduzione del prodotto interno lordo;
6. a rivisitare e aggiornare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ampliando le patologie riconosciute, semplificando i sistemi di approvvigionamento e fornitura ai beneficiari (protesi, ortesi ed ausili garantendone il massimo livello di qualità), assicurando progetti di assistenza individualizzati, un'efficace ed effettiva integrazione sociosanitaria, la continuità di assistenza tra ospedale e territorio e l'adozione conseguente del nomenclatore tariffario;
7. a disincentivare ogni forma di sanità integrativa che non sia finalizzata all'esclusiva copertura di prestazioni non essenziali e non incluse nei livelli essenziali di assistenza;
8. a disincentivare la cessione della gestione dei bisogni d'assistenza compresi nei LEA a soggetti privati da parte delle aziende sanitarie e delle regioni, per prevenire il rischio di un'offerta dipendente da logiche di mercato e non più controllabile dal sistema sanitario pubblico;
9. a garantire i livelli essenziali di assistenza anche attraverso percorsi personalizzati e vicini al cittadino oltretutto adeguatamente accessibili, riordinando il sistema di accesso alle prestazioni nell'ottica di ridurre i tempi di attesa e disincentivando il ricorso alla sanità privata quale diretta conseguenza dell'inefficienza del SSN, eliminando altresì ogni forma di spreco che derivi da una non

appropriata organizzazione dei servizi e dell'assistenza, da una governance sanitaria non adeguata, da un mancato ammodernamento tecnologico e digitale del servizio sanitario nazionale;

10. a garantire al SSN le risorse umane di cui necessita, anche consentendo alle Regioni di derogare al tetto di spesa per il personale sanitario, per un importo pari almeno al 15% (attualmente è al 10%) dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente;

11. ad investire adeguate risorse sulla formazione dei medici e del personale sanitario, programmando e ridefinendo percorsi formativi in relazione ai fabbisogni futuri di professionalità mediche e sanitarie e ai fabbisogni di assistenza alla popolazione, in particolare incrementando e valorizzando le figure professionali che operano sul territorio;

12. ad intervenire sull'inappropriato utilizzo delle risorse del SSN intervenendo sulla classificazione dei ricoveri ospedalieri e delle prestazioni ambulatoriali e territoriali nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (SSN), ridefinendo il sistema dei Diagnosis Related Groups (DRG) affinché le tariffe siano collegate anche ai risultati di qualità che vengono conseguiti e alla presa in carico complessiva del paziente (patient-based);

13. ad incrementare le risorse del FSN al fine di assicurare il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente da assumere nel case e negli ospedali di comunità, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente, e per quello convenzionato;

14. ad adottare provvedimenti efficaci e sistematici volti a prevenire i meccanismi che possano favorire l'insorgenza di fenomeni di corruzione in ambito sanitario, dando altresì concreta attuazione alle normative già esistenti in favore della trasparenza, in particolare al decreto legislativo n. 33 del 2013, e completando l'informatizzazione del Sistema sanitario nazionale, entro e non oltre le scadenze programmate dall'Agenda digitale, con particolare riferimento al fascicolo sanitario elettronico, alle ricette digitali, alla dematerializzazione di referti e cartelle cliniche e alle prenotazioni e ai pagamenti on-line, in modo da poter verificare per ogni cittadino il progresso del percorso diagnostico terapeutico e il lavoro di coordinamento fra professionisti sanitari, evitando duplicazioni di prestazioni e ottimizzando la tempistica;

15. ad adottare misure atte a garantire la trasparenza sul prezzo e rimborso dei farmaci, sui costi di ricerca e sviluppo sostenuti delle aziende e sul contributo pubblico oltretutto una condivisione a livello europeo e internazionale delle informazioni sui prezzi dei farmaci

16. a rescindere il legame tra le nomine dei dirigenti della sanità e la politica, con l'intento di attuare la decisa separazione tra politica e amministrazione nella gestione del Servizio sanitario nazionale e conseguentemente garantire un servizio sanitario che si basi unicamente sui bisogni;

17. ad ampliare i requisiti di accesso per la nomina dei direttori generali, al fine di consentire di partecipare alle selezioni per far parte dell'elenco nazionale dei direttori generali anche a coloro che hanno compiuto almeno sette anni di servizio nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, svolti in posizioni funzionali per l'accesso alle quali è richiesto il possesso della laurea magistrale, nonché l'aver conseguito i titoli, in management sanitario, di dottorato di ricerca, o di master di secondo livello, o di diploma di specializzazione, attribuendo un punteggio minore alla comprovata esperienza dirigenziale;

18. a prevedere la revoca dell'incarico o il divieto di rinnovo di conferimento di incarichi in settori sensibili ed esposti al rischio di corruzione, in presenza di condanna da parte della Corte dei conti, al risarcimento del danno erariale per condotte dolose, per i direttori generali, i direttori amministrativi

e di direttori sanitari, nonché', ove previsto dalla legislazione regionale, per i direttori dei servizi socio-sanitari, delle aziende e degli enti del Servizio sanitario nazionale;

19. a garantire la trasparenza e l'economicità della spesa sanitaria, attraverso l'implementazione del vigente Sistema di gestione che consenta di rilevare in tempo reale e attraverso un'interfaccia accessibile a chiunque, l'esistenza di anomalie negli acquisti, l'intera filiera di un centro di costo e di un capitolo di bilancio, i titoli che hanno consentito qualsiasi pagamento o incasso, lo stato patrimoniale, i beni di inventario e le rimanenze di magazzino, nonché la movimentazione delle scorte, la completa tracciabilità di ogni prodotto sanitario o farmaceutico, le fasi dell'esecuzione dei contratti, inclusi i contratti di convenzionamento o accreditamento con le strutture sanitarie private, la contabilità separata dell'attività di intramoenia;

20. ad estendere l'applicabilità delle disposizioni sulla tracciabilità dei flussi finanziari, previste dall'articolo 3 della legge n. 136 del 2010, anche ai servizi sanitari e sociali erogati da strutture private accreditate o in regime di convenzionamento;

21. ad estendere l'applicabilità delle disposizioni sulla trasparenza di cui al decreto legislativo n. 33 del 2013, già previste per la dirigenza pubblica, anche alla dirigenza sanitaria, includendovi anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario;

22. ad intervenire per assicurare che i soggetti che erogano prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale siano tenuti a pubblicare nel proprio sito internet istituzionale i bilanci e i dati sugli aspetti qualitativi e quantitativi dei servizi erogati e sull'attività medica svolta dalle strutture pubbliche e private nonché il collegamento all'atto di determinazione del fabbisogno regionale di servizi sanitari che ciascuna Regione dovrà adottare dando evidenza dei territori saturi e di quelli in cui l'offerta risulti carente, l'elenco dei soggetti autorizzati e gli esiti delle attività ispettive;

23. ad imporre a tutti i soggetti pubblici e privati che erogano prestazioni sanitarie, di alimentare il sistema informatico pubblico ed il fascicolo sanitario del pazienti con i dati relativi alle prestazioni effettuate ed al loro contenuto;

24. ad intervenire sull'inappropriato utilizzo delle risorse del SSN attraverso la ridefinizione dei requisiti minimi e le modalità organizzative per il rilascio delle autorizzazioni, dell'accreditamento istituzionale e per la stipulazione degli accordi contrattuali, per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie. In particolare, prevedendo di:

a) rafforzare e uniformare il sistema di rilevazione del fabbisogno territoriale;

b) garantire la pubblicazione, o comunque l'attivazione di misure di trasparenza in reazione alla determinazione del fabbisogno, all'elenco dei soggetti autorizzati e agli esiti delle attività ispettive;

c) rafforzare e uniformare il piano di controlli assicurando procedure certe e scadenze nel tempo, garantendo la terzietà e indipendenza degli organi ispettivi;

d) rafforzare e garantire il controllo e la vigilanza sul rispetto dei contenuti degli accordi contrattuali, assicurando un rigoroso sistema sanzionatorio, che contempli anche la revoca e la sospensione, in caso di mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni;

e) uniformare, attraverso apposite linee guida, gli elementi essenziali da ricomprendere all'interno degli accordi contrattuali.

25. a prevedere la rivisitazione del calcolo per la definizione dei posti letto in ragione delle esigenze epidemiologiche e della riorganizzazione territoriale, comunque assicurando che il numero di posti letto di degenza ordinaria raggiunga almeno la media europea di circa 500 posti letto per 100.000

abitanti ed anche il numero di posti letto di terapia intensiva raggiunga almeno 25 posti per 100.000 abitanti, al fine di evitare che il nostro sistema sanitario possa nuovamente trovarsi impreparato dinanzi a nuovi eventi patologici epidemici o pandemici;

26. ad attivarsi per una politica efficace di prevenzione sull'uso degli antibiotici, dotando gli ospedali di servizi di microbiologia permanente, adottando iniziative efficaci che mirino a riportare in tutte le prescrizioni di farmaci antibiotici, la diagnosi, la posologia e la durata della terapia, prevedendo una banca dati di tutte le prescrizioni di antibiotici e programmi di screening attivo con tecnologie diagnostiche rapide al fine di individuare i pazienti infetti con batteri multifarmacoresistenti, predisponendo adeguate misure di controllo delle infezioni, e incentivando un sistema di confezionamento dei farmaci, con dosi unitarie o pacchetti personalizzati, al fine di evitare autoprescrizioni da parte dei cittadini;

27. a dare completa e capillare attuazione alla legge n. 405 del 1975 sui consultori quali presidi indispensabili per l'integrazione socio-sanitaria e di prevenzione, garantendo che siano dotati di risorse economiche adeguate e di professionisti in grado di realizzare un approccio multidisciplinare compiuto, assicurando altresì una completa esigibilità dei diritti delle donne in relazione alla legge n. 194 del 1978 e su tutto il territorio nazionale, superando ogni problema organizzativo legato all'assenza diffusa di personale sanitario non obiettore;

28. a dare completa attuazione al Piano Nazionale della Cronicità, migliorare la qualità e accessibilità dell'assistenza primaria e la qualità dell'assistenza domiciliare integrata e a migliorare la qualità, l'accessibilità e l'equità dell'assistenza garantita alle persone con malattia rara;

Presentatore

On. GILDA SPORTIELLO

Deputati invitati a cofirmare:

QUARTINI, MARIANNA RICCIARDI, DI LAURO, AURIEMMA, PAVANELLI, MORFINO, CAROTENUTO, AMATO, GIULIANO, BARZOTTI, L'ABBATE, D'ORSO, AIELLO, CARMINA, ILARIA FONTANA, RAFFA, DELL'OLIO, SERGIO COSTA