

CAMERA DEI DEPUTATI N. 4968

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

D'ALEMA, TURCO, BINDI, PETRELLA, BATTAGLIA, LABATE, ROBERTO BARBIERI, ADDUCE, ANNUNZIATA, BOGI, BOLOGNESI, BONITO, BORRELLI, BOVA, BURTONI, CALDAROLA, CAMO, CARBONELLA, CARBONI, CARDINALE, CENNAMO, CHIAROMONTE, CIALLENTE, CRISCI, ALBERTA DE SIMONE, DIANA, FINOCCHIARO, GALEAZZI, GIACCO, IANNUZZI, LADU, LETTIERI, LOIERO, LUCÀ, LUMIA, MACCANICO, MANCINI, MARIOTTI, MARONE, MAURANDI, MEDURI, MINNITI, MOLINARI, OLIVERIO, PAPPATERA, PIGLIONICA, NICOLA ROSSI, ROSSIELLO, ROTUNDO, RUTA, SASSO, SINISCALCHI, VILLARI, ZANOTTI

Interventi straordinari per la sanità nel Mezzogiorno

Presentata il 5 maggio 2004

ONOREVOLI COLLEGHI! — La sanità pubblica in Italia è ormai caratterizzata, sempre più, da un divario crescente tra nord e sud del Paese.

Quello che, nel 2001, doveva essere un « patto di stabilità » tra regioni e Governo finalizzato a dotare il Servizio sanitario nazionale delle necessarie risorse e a rilanciare una politica di investimenti nel campo della salute, sta diventando drammaticamente la principale causa di instabilità del Servizio sanitario nazionale e sta acuendo

le differenze tra regioni, soprattutto a svantaggio di quelle meridionali. Tutte le regioni, nel tentativo di assicurare i livelli essenziali di assistenza, sono soffocate dai disavanzi pregressi dovuti alle sottostime finanziarie. Non è difficile immaginare che di questo passo il sistema pubblico, nel tempo, non reggerà.

Anche nel campo degli investimenti si registrano, nelle ultime leggi finanziarie, decurtazioni di fondi, come nel caso della legge a favore degli investimenti nelle aree

metropolitane o come nel caso della traslazione al 2006 delle somme accantonate dei fondi di cui all'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

Ma le regioni più penalizzate sono certamente quelle del sud. Si accentua così l'antico divario con il resto del Paese. Le regioni del sud pagano di più e hanno di meno.

Perché di più?

1) Sul piano delle malattie.

I dati più aggiornati dimostrano che nel sud è minore la speranza di vita alla nascita e che è maggiore, rispetto al resto del Paese, la mortalità per malattie cardiovascolari, che resta la prima causa di morte; mentre, per quanto riguarda la mortalità per tumori maligni, alcune regioni del sud, come la Campania, nonostante presentino un'incidenza della malattia nettamente inferiore alle regioni del nord, registrano tassi di mortalità più o meno simili; altre, come la Puglia e la Sardegna, condividono lo stesso tasso con regioni come la Toscana, il Lazio, l'Umbria, le Marche. Questo significa che un cittadino del Mezzogiorno che si ammala di tumore ha una probabilità di sopravvivere nettamente inferiore rispetto ad un cittadino del nord.

2) Sul piano delle attribuzioni finanziarie.

Servono maggiori risorse per investimenti, un piano straordinario di interventi strutturali e tecnologici che consentano di superare gradualmente il *deficit* strutturale del Mezzogiorno e mettano fine alle migrazioni della salute dal sud al nord o, ancora peggio, all'estero.

3) Sul piano della spesa sostenuta dal cittadino.

La forma e i modi sono i più vari: *ticket* sui farmaci, sui pronto soccorsi; *delisting*; tagli alle prestazioni e alle strutture; imposizioni diverse (tasse automobilistiche, aumento dell'imposta regionale sulle attività produttive; tasse sulla benzina, eccetera).

Perché di meno?

1) In primo luogo, il sud ha meno servizi pubblici quindi meno tutele e garanzie.

I dati citati dimostrano che mancano soprattutto i servizi per la prevenzione e

per la diagnosi precoce, servizi specialistici, servizi territoriali in genere e, soprattutto, per la salute della donna, per l'età evolutiva, per la salute mentale, per l'assistenza domiciliare e semiresidenziale rivolta agli anziani.

2) In secondo luogo il sud ha di meno proprio in ragione delle patologie acute e cronico-degenerative. Per capire tali carenze è sufficiente considerare la composizione percentuale delle strutture regionali per posto letto, dove si dimostra che se è vero che il sud ha una sovrabbondanza di ospedali è altrettanto vero che la percentuale maggiore degli stessi è sotto i 120 posti letto, vale a dire che si tratta di strutture per definizione inadeguate sul piano assistenziale e tecnologico a fare fronte alla domanda.

3) In terzo luogo, il sud ha meno strutture moderne e tecnologicamente avanzate, cosicché ogni anno, e per le cause più diverse, migliaia di malati emigrano nelle strutture sanitarie del centro-nord. In tale modo migliaia di famiglie sono costrette a soffrire disagi pesanti e a caricarsi di ulteriori costi per assicurare al loro familiare un minimo di vicinanza.

Questa mobilità di malati, oltre che dissanguare costantemente le regioni del sud di quelle risorse che potrebbero altrimenti essere spese sul posto, sottolinea la necessità di ricostruire un rapporto fiduciario con migliaia di qualificati operatori che, come i malati, pagano il prezzo del disservizio e dell'abbandono. Ciò che è inquietante è che tale mobilità non si limita più come una volta ai ricoveri ospedalieri ma ormai riguarda le prestazioni ambulatoriali e in *day-hospital* oltre che le ricerche diagnostiche più sofisticate.

4) In quarto luogo, il sud paga di più il prezzo della non appropriatezza delle prestazioni. Colpiscono due dati: il più alto consumo, su scala nazionale, di antibiotici e, sempre su scala nazionale, il più alto tasso di ricovero per ipertensione.

5) Il sud paga il prezzo della illegalità, dell'uso politico della sanità, troppe volte considerata pascolo per interessi clientelari.

È a fronte di un quadro simile che è corretto parlare di divario e di forti disequilibri nello stato di salute del Paese.

I bisogni del sud che emergono sono quelli che in altre regioni sono stati da tempo affrontati e organizzati praticando la strada della programmazione, della razionalizzazione e dell'ammodernamento.

Il giudizio storico sulla sanità del sud denuncia una situazione che appare, da una parte, come tagliata fuori dal processo di riforma iniziato nel 1978, dall'altra bersaglio facile delle politiche in campo di defianziamento. Cioè nel sud sono valse politiche di razionamento del *welfare*, come nelle altre regioni, quando il *welfare* nel sud è sostanzialmente da attuare.

Il sud ha una struttura ospedaliera inadeguata prima di tutto per dimensionamento (sono poche le strutture complesse, sono troppe quelle piccole concepite, tra l'altro, per una popolazione che è profondamente cambiata). I bisogni di salute del Mezzogiorno richiedono processi di integrazione tra risorse, servizi, competenze in parte sanitarie e in parte sociali e che, tutt'oggi, non hanno un'organizzazione territoriale in grado di implementarli. Attualmente nel sud la maggior parte delle competenze mediche risiede nell'ospedale, ma la maggior parte delle strutture ospedaliere è oggettivamente nell'impossibilità di fornire prestazioni esterne in contesti a bassa intensità di cura, pur nella consapevolezza che la domanda viene dal territorio e richiede, per forza, un accesso coordinato alla tecnologia e alle specialità.

Ecco perché riteniamo che il sud abbia diritto ad essere autosufficiente esattamente come il resto del Paese.

L'obiettivo della proposta di legge è la promozione di un piano straordinario decennale di interventi per implementare, anzitutto, i servizi territoriali, per la ristrutturazione edilizia, per l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario, per la promozione dell'eccellenza e dall'alta specializzazione, nonché per la formazione e la qualificazione del personale sanitario. Siamo consapevoli che non basta però stanziare risorse, bisogna che le risorse siano spese bene e in tempi certi.

Per questo la proposta di legge introduce un « monitoraggio continuo » attraverso il controllo costante dell'*iter* di approvazione e di realizzazione dei progetti, nonché il monitoraggio dei risultati da parte della « Cabina di regia » e l'obbligo della relazione annuale da parte del Ministro della salute.

La proposta di legge non prevede solo risorse aggiuntive per sanare la cronicità del divario esistente tra nord e sud del Paese, ma anche risorse finalizzate, attraverso l'applicazione dei criteri generali d'intervento, ad obiettivi ben precisi e determinati volti ad incidere in via qualificativa sulla rete dei servizi. Tutto ciò per non obbligare ulteriormente i malati e le loro famiglie a spostarsi dal sud al nord del Paese per usufruire di cure mediche qualificate.

Per finanziare il piano straordinario la proposta di legge prevede l'istituzione di un Fondo *ad hoc* le cui risorse sono stanziare sia dalla legge finanziaria sia con l'accensione di mutui che le regioni interessate possono avviare con la Banca europea per gli investimenti (articolo 1).

Inoltre, ulteriori risorse, fino ad una quota del 40 per cento dei fondi disponibili, sono disposte dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL) per la realizzazione o per l'acquisto di immobili da destinare a strutture da locare al Servizio sanitario nazionale o a centri per la riabilitazione da destinare in via prioritaria agli infortunati sul lavoro (articolo 2).

In base alla legge n. 153 del 1969, l'INAIL, come tutti i gestori di forme di previdenza e di assistenza sociale, è tenuto a destinare una percentuale dei fondi disponibili per investimenti immobiliari nei settori della sanità, della pubblica utilità e dell'edilizia universitaria, con una quota del 15 per cento destinata alla sanità, come previsto dalla legge 28 dicembre 1995, n. 549. Negli ultimi anni, però, l'INAIL non è riuscito ad effettuare investimenti immobiliari, creando una giacenza presso l'Istituto di risorse inutilizzate per circa 2.500 milioni di euro, con

conseguenti problemi sugli equilibri di bilancio dell'Istituto.

Con la nostra proposta di legge viene indicata una destinazione per queste risorse. Infatti, la quota destinata alla sanità, oltre a venire incrementata al 40 per cento, viene dedicata o alla realizzazione o all'acquisizione di immobili già esistenti — dislocati nelle regioni meridionali e indicati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano — da destinare a strutture per il Servizio sanitario nazionale o a centri riabilitativi, in particolare per gli infortunati sul lavoro. L'acquisizione di tali immobili immetterà nelle casse delle regioni interessate risorse finanziarie disponibili per le attività di programmazione e di razionalizzazione dei servizi e per l'innovazione tecnologica e strutturale, in attuazione degli obiettivi previsti dalla presente proposta di legge.

Con l'articolo 3 si istituisce una Cabina di regia, nell'ambito del nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, che ha il compito di valutare le proposte, l'iter di approvazione e la realizzazione dei progetti, e di monitorare i risultati.

I criteri d'intervento (articolo 4) sono volti a porre fine al divario crescente tra la sanità pubblica delle regioni del sud e quella del nord del Paese.

Gli obiettivi della proposta di legge sono quindi:

- 1) implementazione di un'idonea rete dei servizi territoriali;
- 2) qualificazione e specializzazione della rete ospedaliera che abbia tra i suoi fini quello di ridurre la mobilità dei malati tra le regioni del nord e del sud del Paese;
- 3) sviluppo della ricerca biomedica;
- 4) formazione del personale;
- 5) sviluppo di forme di cooperazione e di partenariato con i centri d'eccellenza e la formazione di gemellaggi tra regioni, aziende sanitarie locali, università del centro-nord e del sud del Paese.

Con l'articolo 5 si dispone, infine, l'obbligo da parte del Ministro della salute di presentare ogni anno al Parlamento e alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano una relazione sullo stato di attuazione degli accordi e delle intese derivanti dall'attuazione della legge.

LE DUE ITALIE.
GLI SQUILIBRI SANITARI TRA NORD E SUD.

AMBULATORI E LABORATORI

Distribuzione percentuale per tipo di rapporto con il SSN
Anno 2002

	Pubblici	Privati accreditati
Nord	62,5%	37,5%
Sud	39,4%	60,6%

POSTI LETTO PER ACUTI PUBBLICI E ACCREDITATI
(Indicatori per mille abitanti)

Nord	4,59
Sud	4,37

POSTI LETTO PER NON ACUTI PUBBLICI E ACCREDITATI
(Indicatori per mille abitanti)

Nord	0,64
Sud	0,29

MEDICI
(Per mille abitanti)

Nord	1,9
Sud	1,8

PERSONALE SANITARIO AUSILIARIO
(Per mille abitanti)

Nord	5,4
Sud	3,7

PERSONALE SANITARIO AUSILIARIO PER MEDICO

Nord	2,8
Sud	2,1

ATTIVITÀ DEL 118
(Anno 2002)

	Chiamate	Mezzi di soccorso inviati	%
Nord	2.995.000	1.816.500	60,65
Sud	1.826.000	615.000	33,68

MORTALITÀ PERINATALE
(Per 100.000 abitanti)

Nord	4,37
Sud	7,325

MORTALITÀ 0-4 ANNI
(Per 100.000 abitanti)

Nord	120,65
Sud	164,36

Al Sud ci si ammala di meno, ma si muore di più:

QUOZIENTE DI MORTALITÀ E MORBILITÀ PER AREE
GEOGRAFICHE

(per mille abitanti)

Patologia	Quozienti di mortalità		Persone ammalate	
	Nord	Sud	Nord	Sud
Tumori	2,63	2,20	11,5	4,5

APPARECCHIATURE TECNICHE BIOMEDICHE DI DIAGNOSI E
CURA PRESENTI NELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE

(indicatori per 1.000.000 di abitanti)

	TAC	EMODIALISI
Nord	14,82	202,62
Sud	14,17	188,82

TOTALE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE
PER TIPO DI STRUTTURA

	Aziende ospedaliere	IRCCS
Nord	49	26
Sud	38	10

Dati tratti da:

« La sanità non è uguale per tutti » (Petrella, Clini, Cau), Roma, aprile 2002;

« Attività gestionale ed economiche delle ASL e Aziende Ospedaliere — Annuario statistico del SSN, Anno 2002 » (Ministero della salute, Direzione generale del sistema informativo, Ufficio di direzione statistica);

« Fattori di impoverimento del sistema sanitario nazionale », studio di The Ageing Society.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Istituzione del Fondo di investimenti per la sanità nel Mezzogiorno).

1. Al fine di promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, nonché di rimuovere gli squilibri economici e sociali, come previsto dall'articolo 119 della Costituzione, nell'ambito di una politica di rilancio del Servizio sanitario nazionale per le regioni meridionali, è autorizzata l'esecuzione di un programma straordinario decennale di interventi per l'implementazione dei servizi territoriali per la prevenzione e le cure primarie, per la ristrutturazione edilizia, per l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario e per la promozione dell'eccellenza e dell'alta specializzazione, nonché la formazione e la qualificazione del personale sanitario e della ricerca biomedica.

2. Al finanziamento degli interventi di cui al comma 1 si provvede con l'istituzione, presso il Ministero della salute, di un Fondo straordinario denominato « Fondo di investimenti per la sanità nel Mezzogiorno ».

3. Le risorse del Fondo di cui al comma 2, vincolate alla promozione e al sostegno delle capacità progettuali delle regioni interessate nonché alla innovazione e alla qualità dei progetti, sono disposte ogni anno dalla legge finanziaria per una quota di 2 miliardi di euro e per la restante parte con operazioni di mutuo, a carico dei bilanci regionali, che le regioni interessate sono autorizzate ad effettuare con la Banca europea per gli investimenti, secondo modalità e procedure da stabilire con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute.

4. A decorrere dall'anno 2005, al finanziamento del Fondo di cui al comma 2 si provvede ai sensi dell'articolo 11, comma 3, lettera *d*), della legge 5 agosto 1978, n. 468, e successive modificazioni.

ART. 2.

(Finanziamento INAIL).

1. Il comma 6 all'articolo 2 della legge 28 dicembre 1995, n. 549, è sostituito dal seguente:

« 6. L'INAIL destina in via prioritaria una quota fino al 40 per cento dei fondi disponibili, su delibera del consiglio di amministrazione, per la realizzazione o per l'acquisto di immobili, anche tramite accensione di mutui, da destinare a strutture da locare al Servizio sanitario nazionale ovvero a centri per la riabilitazione da destinare in via prioritaria agli infortunati sul lavoro, previa intesa con le regioni, nei limiti dello *standard* di 5 posti letto per mille abitanti, di cui l'1 per mille riservato alla riabilitazione e alla lungodegenza *post-acuzie* ».

2. Limitatamente al triennio 2004-2006, le risorse di cui al comma 6 dell'articolo 2 della legge 28 dicembre 1995, n. 549, come sostituito dal comma 1 del presente articolo, sono destinate all'acquisto e alla realizzazione di strutture sanitarie dislocate nelle regioni meridionali indicate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

3. Le maggiori risorse acquisite dalle regioni in attuazione del comma 2 sono utilizzate dalle stesse per la realizzazione degli interventi di cui all'articolo 1.

ART. 3.

(Cabina di regia per gli interventi in materia di sanità nel Mezzogiorno).

1. Entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente legge è istituita, presso il Ministero della salute, la Cabina

di regia per gli interventi in materia di sanità nel Mezzogiorno, di seguito denominata « Cabina ».

2. La Cabina è costituita dal Ministro della salute, che la presiede, dal Ministro dell'economia e delle finanze, dal Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, o da loro rappresentanti, da tre membri nominati dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ed è integrata dalla presenza di esperti della pubblica amministrazione, del mondo medico, accademico e scientifico.

3. Compito della Cabina è garantire un efficace coordinamento degli interventi in materia di sanità nelle regioni meridionali nonché valutare e verificare la realizzazione dei progetti monitorandone i risultati sul territorio.

4. La Cabina si avvale di un ufficio speciale per la sanità nel Mezzogiorno istituito nell'ambito del nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici di cui all'articolo 1 della legge 17 maggio 1999, n. 144.

ART. 4.

(Criteri generali di intervento).

1. Il Ministro della salute, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, definisce con proprio decreto, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, i criteri generali di intervento per la programmazione di cui all'articolo 1, finalizzati ai seguenti obiettivi:

a) riequilibrio delle strutture sanitarie al fine di garantire una idonea rete dei servizi territoriali e una qualificazione e specializzazione della rete ospedaliera anche allo scopo di ridurre la mobilità dei malati tra regioni del sud e del nord del Paese;

b) sviluppo della ricerca biomedica in centri ulteriormente qualificati, dando

priorità agli obiettivi legati alla implementazione della rete territoriale delle cure primarie, secondo principi di efficacia e di appropriatezza;

c) formazione del personale sanitario;

d) sviluppo di forme di cooperazione e di partenariato con i centri di eccellenza e formazione di gemellaggi tra regioni, aziende sanitarie locali, università del centro-nord e del Mezzogiorno.

ART. 5.

(Relazione al Parlamento).

1. Il Ministro della salute presenta ogni anno al Parlamento e alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, una relazione sullo stato di attuazione degli accordi e delle intese derivanti dall'attuazione della presente legge.

€ 0,30

Stampato su carta riciclata ecologica



14PDL0060790