

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 2889

## PROPOSTA DI LEGGE

d’iniziativa del deputato **DORINA BIANCHI**

Interventi straordinari per la sanità nel Mezzogiorno

*Presentata il 17 febbraio 2015*

ONOREVOLI COLLEGHI! — La presente proposta di legge intende predisporre una serie di misure per superare lo stato di precarietà in cui versa la sanità nel Mezzogiorno.

Il sistema sanitario italiano è, infatti, caratterizzato da un divario evidente e, purtroppo, crescente tra il nord e il Mezzogiorno del Paese. Molte regioni, nel tentativo di assicurare i livelli essenziali di assistenza, sono soffocate dai *deficit* accumulati nel corso degli anni e il mancato controllo della quantità, e soprattutto della qualità, della spesa rischia di ledere pesantemente il diritto costituzionale alla salute. Non è esagerato affermare che il sistema sanitario sta attraversando una fase di grave crisi che impone scelte forti in tema di *governance* e di individuazione delle priorità da affrontare, pena il dissolvimento del sistema di garanzie che pure dovrebbe caratterizzarlo.

Le regioni più penalizzate sono certamente quelle del sud; si accentua così

l’antico divario con il resto del Paese e gli indicatori di tale dicotomia sono univoci.

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 costituiscono la prima causa di morte. Per quanto riguarda la mortalità per tumori, alcune regioni del sud, come la Campania, quantunque presentino un’incidenza della malattia inferiore rispetto alle regioni del nord, registrano tassi di mortalità analoghi; questo a testimoniare che coloro che si ammalano di tumore nel Mezzogiorno hanno una probabilità di sopravvivere sensibilmente inferiore rispetto ad un cittadino del nord.

Sul versante delle dotazioni finanziarie, negli ultimi anni, il settore sanitario si è caratterizzato per una diminuzione della spesa per investimenti; dato che rischia di diventare allarmante nel sud a causa della presenza di strutture vecchie e obsolete e

della carenza in molte di esse delle tecnologie a servizio della tutela della salute.

I cittadini meridionali pagano il prezzo di vivere in un territorio molto articolato, di montagna o di collina, spesso mal collegato con i grandi centri ove insistono i principali nosocomi. Se questa situazione viene letta insieme al fenomeno dei tagli alle strutture minori, il rischio che ne deriva è la carenza nelle zone più interne del territorio, peraltro abitate da popolazioni prevalentemente anziane, anche dei presidi di primo soccorso che pure dovrebbero essere presenti per far fronte alle emergenze vitali della comunità.

È acclarato, quindi, il fatto che il Mezzogiorno ha meno servizi pubblici, di conseguenza meno tutele e garanzie per i cittadini. Mancano i servizi per la prevenzione, come pure molti servizi specialistici. Carenze severe riguardano i servizi territoriali per la medicina di base, per la salute della donna, per la salute mentale, per l'assistenza domiciliare agli anziani e alle persone non autosufficienti. Un settore caratterizzato da una situazione di particolare emergenza è quello oncologico, nel quale manca circa la metà degli strumenti di radioterapia necessari a servire le popolazioni locali.

Le insufficienze strutturali e, soprattutto, la carenza di tecnologie avanzate e di divisioni specialistiche di eccellenza alimentano in modo costante il fenomeno della migrazione sanitaria verso i nosocomi del centro-nord. Secondo recenti elaborazioni su dati del Ministero della salute, il loro saldo migratorio, cioè l'indice che misura l'attrazione dei pazienti da altre regioni, risulta essere di circa l'1,8 per cento contro lo 0,6 per cento di attrazione a vantaggio degli ospedali dell'area meridionale. In tale condizione, oltre al peso della malattia in sé, moltissime famiglie sono costrette a soffrire ulteriori disagi e a caricarsi delle spese necessarie per assicurare conforto e assistenza al loro congiunto.

La mobilità sanitaria, oltre a incidere negativamente nelle regioni del sud per le risorse che potrebbero, altrimenti, essere spese sul posto, evidenzia la necessità di

ricostruire il rapporto di fiducia con gli operatori sanitari, ad ogni livello, che, come i malati, subiscono il peso dei disservizi e dell'abbandono in termini di mancanza di attenzione alle loro istanze, a partire dalla formazione. Il clima di generale sfiducia è crescente, come dimostrato dalla circostanza che la mobilità non si limita più, come una volta, ai ricoveri ospedalieri, ma riguarda le prestazioni ambulatoriali e in *day-hospital*, oltre che le ricerche diagnostiche più sofisticate.

Infine, una tara pesante sull'efficienza della sanità meridionale è costituita dalla tendenza all'illegalità che limita e distorce le scelte in ragione di interessi particolari. Tale atteggiamento deve essere, invece, contrastato con decisione: lo strumento della cabina di regia introdotto con la presente proposta di legge vuole costituire un presidio costante e uno stimolo in vista della corretta applicazione delle leggi nel settore sanitario.

Da questo quadro emergono evidenti il forte divario e la disuguaglianza nell'attuazione del diritto alla salute tra le due aree del Paese. In altre regioni bisogni come quelli emersi nel sud sono stati affrontati con decisioni nette, mediante la programmazione delle azioni, il monitoraggio dei risultati, la razionalizzazione delle risorse e l'ammodernamento delle strutture e delle tecnologie.

Al contrario, per molti versi nel Mezzogiorno le politiche di *welfare* sono ben lontane dagli *standard* minimi e adeguati cui dovrebbero tendere; con l'aggravante che il Mezzogiorno, caratterizzato da una morfologia territoriale complessa fatta di montagne e di colline e con una popolazione in misura consistente anziana, richiede misure forti e sostanziali in grado di incidere su situazioni che spesso sono state confinate nell'immobilismo.

La domanda di salute nel Mezzogiorno impone l'avvio di processi di integrazione tra risorse economiche e capitale umano, quest'ultimo inteso sia in termini di qualificazione delle competenze mediche che di maggiori capacità manageriali; tra servizi medici in senso stretto, a partire dalla

medicina di base, e assistenza sociale integrata e diffusa in tutto il territorio.

L'obiettivo della proposta di legge è la promozione dell'autosufficienza sanitaria del Mezzogiorno. Per conseguire tale obiettivo occorre un piano straordinario di azioni per sviluppare i servizi territoriali, per migliorare le strutture sanitarie e per dotarle delle tecnologie più avanzate. Gli interventi devono essere, poi, volti a promuovere l'eccellenza e l'alta specializzazione nei vari settori, nonché la formazione e la qualificazione del personale sanitario ad ogni livello.

L'impegno di agire deriva dalla nostra Costituzione che, all'articolo 119, prevede la possibilità di destinare risorse aggiuntive per « rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona ».

Non è tuttavia sufficiente il mero stanziamento di risorse per raggiungere tali obiettivi. Occorre una specifica capacità di analisi dei problemi esistenti, una puntuale opera di programmazione, quindi il monitoraggio costante e la verifica delle azioni avviate e dei risultati ottenuti. Allo scopo, la proposta di legge introduce un monitoraggio continuo dei progetti attraverso il controllo costante del loro *iter* di approvazione e di realizzazione, nonché il monitoraggio dei risultati, da parte della Cabina di regia; non secondario in tale linea è l'obbligo della relazione annuale, da parte del Ministro della salute, alle Camere sullo stato di attuazione delle misure previste nella legge. Il finanziamento del piano straordinario di interventi in favore del Mezzogiorno muove dall'istituzione di un Fondo *ad hoc* le cui risorse sono stanziare sia dalla legge di bilancio, sia con l'accensione di mutui che le regioni interessate possono contrarre con la Banca europea per gli investimenti (articolo 1).

Inoltre, ulteriori risorse, fino a 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 e la cura degli infortunati sul lavoro (articolo 2).

In base alla legge 30 aprile 1969, n. 153, 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 presso l'Istituto una giacenza di risorse inutilizzate per circa 2.500 milioni di euro, con conseguenti problemi sugli equilibri di bilancio dell'Istituto medesimo.

La proposta di legge indica una destinazione per queste risorse. Infatti, la quota destinata alla sanità, oltre a venire incrementata al 40 per cento, viene dedicata 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 del 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, nell'ambito del nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, una Cabina di regia sugli interventi in materia di sanità nel Mezzogiorno con il compito di valutare le proposte, l'*iter* di approvazione e la realizzazione dei progetti, quindi di monitorarne i risultati.

I criteri d'intervento (articolo 4) costituiscono le linee guida del piano d'azione da realizzare nel Mezzogiorno e sono funzionali al superamento del divario crescente tra la sanità pubblica delle regioni

del sud e quelle del nord del Paese. Gli obiettivi della proposta di legge sono quindi:

1) realizzazione di un'adeguata rete di servizi territoriali;

2) qualificazione e specializzazione della rete ospedaliera per migliorare la qualità dei servizi e per ridurre la mobilità dei malati tra le regioni del nord e quelle del sud del Paese;

3) sviluppo della ricerca biomedica;

4) formazione continua del personale sanitario ad ogni livello;

5) sviluppo di forme di partenariato con i centri d'eccellenza, anche esteri, e promozione di sinergie tra regioni, aziende sanitarie locali e università del centro-nord e del sud del Paese.

L'articolo 5 dispone, infine, a carico del Ministro della salute l'obbligo di presentare ogni anno alle Camere 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.

## PROPOSTA DI LEGGE

## ART. 1.

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

1. Nell'ambito della politica di rilancio del Servizio sanitario nazionale, nelle regioni del Mezzogiorno, in conformità a quanto previsto dall'articolo 119 della Costituzione in materia di promozione della coesione sociale, di rimozione degli squilibri economici e sociali nonché di attuazione dei diritti della persona, è autorizzata l'attuazione di un piano straordinario di interventi per il rafforzamento dei servizi territoriali connessi alla medicina di base, per l'adeguamento edilizio delle strutture sanitarie, per l'ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario, per la promozione dell'eccellenza e dell'alta specializzazione, per lo sviluppo della ricerca biomedica nonché per la formazione e la qualificazione del personale sanitario.

2. Al finanziamento degli interventi di cui al comma 1 si provvede con l'istituzione, nello stato di previsione del Ministero della salute, del Fondo per gli investimenti per la sanità nel Mezzogiorno, di seguito denominato « Fondo ».

3. Le risorse del Fondo, vincolate alla promozione degli obiettivi di cui alla presente legge, sono disposte ogni anno dalla legge di stabilità per una quota di 2 miliardi di euro e per la restante parte sono integrate con operazioni di mutuo, a carico dei bilanci regionali, che le regioni interessate sono autorizzate a contrarre 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 2014, al finanziamento del Fondo si provvede ai

sensi dell'articolo 11, comma 3, lettera *d*), della legge 31 dicembre 2009, n. 196.

ART. 2.

*(Finanziamenti a carico dell'INAIL).*

1. Il comma 6 dell'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, anche tramite accensione di mutui, di immobili 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, 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 2015-2017, 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 del presente articolo 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, dal Ministro per gli affari regionali, 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 l'efficace coordinamento degli interventi in materia di sanità nelle regioni meridionali nonché di 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, previa 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) adeguamento della rete ospedaliera, mediante la qualificazione e la specializzazione delle strutture e delle dotazioni tecnologiche a servizio della sanità, anche allo scopo di ridurre la mobilità dei malati tra le regioni del sud e quelle del nord del Paese;

b) sviluppo della ricerca biomedica in centri di eccellenza;

c) formazione continua e obbligatoria del personale sanitario;

d) sviluppo di forme di collaborazione con i centri di eccellenza, anche esteri, e promozione di sinergie tra regioni, aziende sanitarie locali e università italiane.

ART. 5.

*(Relazione).*

1. Il Ministro della salute presenta ogni anno alle Camere 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.

