

Mozione n. 412

presentata in data 23 ottobre 2023

a iniziativa della Consigliera Ruggeri

La Regione Marche difenda e tuteli la Sanità Pubblica

L'ASSEMBLEA LEGISLATIVA DELLE MARCHE

Premesso che:

- il 2 ottobre 2023 il Presidente della Repubblica ha ribadito come il sistema sanitario sia un patrimonio prezioso da difendere;
- l'articolo 32 della Costituzione italiana sancisce che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti;
- i principi fondamentali del nostro Servizio sanitario nazionale (Ssn), istituito con la legge n. 833 del 1978, sono l'universalità, l'uguaglianza e l'equità; l'universalità comporta che le prestazioni sanitarie siano fruibili, uniformemente, da tutte le persone che si trovano nel nostro paese attraverso i servizi erogati dalle strutture sanitarie dislocate nel territorio; l'uguaglianza comporta che tutti i cittadini devono poter accedere alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale senza distinzione alcuna e l'equità, invece, comporta che tutti i cittadini possano accedervi in condizione di parità in rapporto a uguali bisogni di salute; è proprio dall'articolo 32 della Costituzione e dal connubio di universalità, uguaglianza ed equità che consegue il compito/dovere dello Stato di finanziare il SSN, di sostenerlo economicamente e di garantire e tutelare la salute dell'intera collettività;
- la deprivazione economica e lo stato di salute sono inestricabilmente legati e generalmente l'aspettativa di vita aumenta in modo molto evidente con l'aumentare della ricchezza media; dinanzi a questa indiscutibile verità appare evidente come le misure di contrasto alla povertà siano essenziali per assicurare lo stato di salute della popolazione;
- secondo le più accreditate analisi degli osservatori del sistema salute, alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre 37 miliardi di euro, di cui circa 25 miliardi di euro nel periodo 2010-2015, in conseguenza dei tagli lineari effettuati nelle diverse manovre finanziarie e oltre 12 miliardi di euro nel periodo 2015-2019, come processo di progressivo definanziamento che, per obiettivi di finanza pubblica, ha assegnato al Servizio sanitario nazionale meno risorse rispetto ai livelli programmati;
- dopo una inversione di tendenza negli anni della pandemia, quando la spesa sanitaria era tornata a crescere progressivamente, dalla manovra economica per il 2023 la spesa sanitaria è tornata nuovamente a contrarsi, come peraltro rappresentato anche dalla Corte dei conti che proprio in occasione della predetta manovra 2023 ebbe a stigmatizzare il fatto che il rapporto fra spesa sanitaria e prodotto interno lordo si portava 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);
- nella Nota di aggiornamento al Def 2023, rispetto al 2022, la spesa sanitaria del 2023 aumenta del 2,8 per cento, in termini assoluti di 3.631 milioni di euro, ma si riduce dal 6,7 per cento al 6,6 per cento in termini di percentuale di prodotto interno lordo; a fronte di una crescita media annua del prodotto interno lordo nominale del 3,5 per cento, nella Nadeff si stima la crescita media della spesa sanitaria all'1,1 per cento;
- il rapporto spesa sanitaria/pil precipita quindi dal 6,6 per cento del 2023 al 6,2 per cento nel 2024 e nel 2025, e poi ancora al 6,1 per cento nel 2026; rispetto al 2023, in termini assoluti la spesa sanitaria del 2024 scende a 132.946 milioni di euro (-1,3 per cento), per poi risalire nel 2025 a 136.701 milioni di euro (+2,8 per cento) e a 138.972 milioni di euro (+1,7 per cento) nel 2026;
- come rilevato anche dall'analisi indipendente della fondazione Gimbe, «è del tutto evidente che l'irrisorio aumento della spesa sanitaria di 4.238 milioni di euro (+1,1 per cento) nel triennio 2024-2026

non basterà a coprire nemmeno l'aumento dei prezzi, sia per l'erosione dovuta all'inflazione, sia perché l'indice dei prezzi del settore sanitario è superiore all'indice generale di quelli al consumo» e che pertanto le stime previsionali sulla spesa sanitaria 2024-2026 «non lasciano affatto intravedere investimenti da destinare al personale sanitario, ma certificano piuttosto evidenti segnali di definanziamento. In particolare il 2024, lungi dall'essere l'anno del rilancio, segna un preoccupante -1,3 per cento»;

Rilevato che:

- complessivamente le stime della NadeF 2023 confermano, come sottolineato anche dal presidente della fondazione Gimbe, che la sanità rimane la «cenerentola» dell'agenda politica e nonostante le dichiarazioni programmatiche sugli stanziamenti 2024-2026 da destinare al personale del Servizio sanitario nazionale, la NadeF 2023 non fa alcun cenno alla graduale abolizione del tetto di spesa per il personale sanitario e i numeri non lasciano intravedere affatto i fondi necessari, ma viceversa documentano segnali di definanziamento della sanità pubblica ancor più evidenti di quelli del Def 2023, le cui stime previsionali sulla spesa sanitaria sono state riviste al ribasso;
- la spesa sanitaria pubblica in percentuale del PIL dell'Italia nel 2022 si attesta al 6,8%, sotto di 0,3 punti percentuali sia rispetto alla media OCSE del 7,1% che della media europea del 7,1%. Sono 13 i Paesi dell'Europa che in percentuale del PIL investono più dell'Italia, con un gap che va dai +4,1 punti percentuali della Germania (10,9% del Pil) ai +0,3 dell'Islanda (7,1% del Pil);
- il decrescere dell'incidenza sul Pil della spesa sanitaria 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, come già studi e ricerche hanno documentato in accreditati rapporti;
- 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;
- 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;
- il ricorso all'intramoenia è sempre più spesso una conseguenza obbligata per il cittadino dinanzi alle lunghe liste di attesa e alle inefficienze del Servizio sanitario nazionale, in netto contrasto con quanto previsto dalle norme che avevano introdotto tale istituto secondo cui il ricorso all'intramoenia deve essere 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;

Considerato che:

- 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;
- per quanto riguarda il processo di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, è evidente come questa si scontri con il problema della progressiva carenza dei medici di famiglia, rispetto alla quale già da oltre 10 anni sia l'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Medici (ENPAM) sia la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (Fimmg), forniscono dati drammatici sui pensionamenti e sulle conseguenti 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 25.000 pensionamenti che rischiano di non essere sostituiti; in prospettiva, il rischio è che 25 milioni di italiani possano rimanere senza assistenza;

- la riorganizzazione territoriale, dunque, richiede necessariamente una riforma della medicina generale e in tal senso è necessario costruire un dialogo costruttivo con le categorie interessate al fine di conciliare il ruolo che i medici di medicina generale avranno nelle costituenti case di comunità;

Preso atto che:

- occorre che la riorganizzazione territoriale sia sostenuta, oltre che da un adeguato potenziamento del fabbisogno del personale sanitario e amministrativo e da un'adeguata copertura finanziaria, anche 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;

Considerato inoltre che:

- nell'ambito della riorganizzazione territoriale occorre rafforzare i presidi esistenti dando 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, su tutto il territorio nazionale, una completa esigibilità dei diritti delle donne in relazione alla legge n. 194 del 1978 e, superando ogni problema organizzativo legato all'assenza diffusa di personale sanitario non obiettore;

Ritenuto opportuno che:

- per ovviare alla sperequazione territoriale, occorre ripensare totalmente l'autonomia differenziata nel senso e nella direzione di escluderla categoricamente per la sanità e salvaguardarne l'universalità;

- al fine di superare la sperequazione 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;

- numerosi dati e ricerche rilevano come la spesa sanitaria privata sia aumentata sensibilmente e come siano sempre più numerosi i cittadini che hanno dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie nel pubblico verso strutture sanitarie private, spesso in grado di offrire prestazioni a tariffe concorrenziali rispetto alla compartecipazione dovuta o comunque erogate in tempi più rapidi rispetto alle liste di attesa del servizio pubblico;

- l'art. 117 comma 3 della Costituzione indica tra le materie di legislazione concorrente la tutela della salute;

IMPEGNA

il Presidente e l'Assessore competente:

1. Ad intraprendere ogni iniziativa utile affinché il Governo Nazionale riequilibri il rapporto pubblico/privato rivedendo in modo sostanziale il sistema delle convenzioni ed esternalizzazioni affinché il SSN sia messo nelle condizioni prevalenti di erogare le prestazioni sanitarie e non acquistarle, anche al fine di limitare il consumismo sanitario, le richieste inappropriate e incrementare le assunzioni di personale;
2. Ad attivarsi nei confronti del Governo Nazionale a far adottare iniziative volte a reintrodurre più efficaci misure di contrasto alla povertà e alla deprivazione economica e sociale, affinché sia conseguentemente assicurato lo stato di salute e benessere di tutta la popolazione che si trova

nel nostro territorio, in modo che le persone siano messe in condizioni di accedere alle prestazioni sanitarie, inclusi gli indigenti e i senza dimora, in base ai principi fondamentali del nostro Servizio sanitario nazionale (Ssn) di universalità, uguaglianza ed equità;

3. A dialogare con il Governo Nazionale affinché introduca misure idonee ad assicurare che il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato sia in ogni caso aumentato in base annua di una percentuale pari al doppio del tasso di inflazione, anche in contesto macroeconomico anticiclico, contraddistinto da una riduzione del Prodotto Interno Lordo (PIL);
4. Ad attivarsi nei confronti del Governo Nazionale a far rivedere il criterio di calcolo per la definizione del numero di posti letto in ragione delle esigenze epidemiologiche e della riorganizzazione territoriale, comunque assicurando un numero di posti letto di degenza ordinaria non inferiore alla media europea, pari a circa 500 per 100.000 abitanti e un numero di posti letto di terapia intensiva non inferiore a 25 per 100.000 abitanti;
5. Ad attivarsi nei confronti del Governo Nazionale affinché consenta alle regioni una maggiore spesa per il personale sanitario ed a incrementare il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale per l'assunzione del personale, al fine di assicurare il potenziamento dell'assistenza territoriale nei termini previsti per l'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), con riferimento anche ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente da assumere nelle case e negli ospedali di comunità e per l'assistenza domiciliare;
6. A sollecitare il Governo Nazionale affinché stanzi adeguate risorse per il rinnovo della contrattazione collettiva nazionale e per i miglioramenti economici del personale impiegato nelle strutture che operano nel Servizio Sanitario Nazionale, al fine di adeguare le retribuzioni ai livelli europei e di incentivare le assunzioni negli ambiti con maggiore carenza di organico.
7. Ad intraprendere ogni iniziativa nei confronti del Governo Nazionale affinché stabilisca che la sanità pubblica è una priorità su cui investire fortemente e continuamente, per poter ridurre i gap esistenti tra l'Italia e gli altri Paesi Europei.