

Interrogazione a risposta in Commissione

TAVERNA, AIROLA, BERTOROTTA, CAPPELLETTI, CASTALDI, CIAMPOLILLO, GAETTI, GIARRUSSO, DONNO, MONTEVECCHI, MORONESE, NUGNES, PETROCELLI, SANTANGELO, - *Al Ministro della salute.* - Premesso che:

in data 19 febbraio 2016, l'Istat (Istituto nazionale di statistica) ha reso pubblici i dati sull'andamento demografico nazionale, in cui certifica un notevole aumento della mortalità nel 2015; in particolare, si registrano 54mila decessi in più rispetto al 2014;

più dettagliatamente, i morti sono stati 653 mila nel 2015. Il tasso di mortalità, pari al 10,7 per mille, è il più alto tra quelli misurati dal secondo dopoguerra in poi;

in data 23 febbraio 2016, il Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva ha pubblicato il Rapporto 2015 dell'Osservatorio Civico sul federalismo in sanità, in cui si registra che 4,3 milioni di italiani rinunciano alle cure; secondo l'indagine, i motivi che portano milioni di italiani a rinunciare alle cure sono principalmente i costi dei *ticket* e le lunghe liste di attesa;

inoltre, il suddetto Rapporto mette in evidenza che sussiste un notevole divario tra Nord e Sud del Paese: nelle Regioni del Sud, infatti, si riscontra la maggior quota di rinunce (11,2%); nel Sud, e in particolare in Puglia e Campania, i cittadini ricorrono più di frequente agli specialisti privati per aggirare il problema dei tempi troppo lunghi nel pubblico (indagine Censis 2015);

le differenze di stampo regionale sono, altresì, marcate in tema di prevenzione e di accesso ai farmaci innovativi;

anche sui *ticket* si registrano notevoli difformità regionali: su un campione di 16 prestazioni sanitarie i *ticket* più bassi nel pubblico si registrano prevalentemente nel Nord Est (per 10 su 16 prestazioni), mentre quelli più elevati nel Sud (per la metà delle prestazioni). L'importo del *ticket* varia di regione in regione sia sulla farmaceutica che sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali: nel 2014 è stato registrato un +4,5% dei *ticket* sui farmaci e -2,2% sulla specialistica. Ogni anno i cittadini a testa pagano in media oltre 50 euro come quota di compartecipazione in tutte le Regioni del Nord e del Centro, ad eccezione di Piemonte, Marche e Provincia Autonoma (PA) di Trento, con punte vicino ai 60 euro in Veneto e Valle D'Aosta, e in media 42 euro al Sud;

la spesa sostenuta privatamente dai cittadini per prestazioni sanitarie in Italia è al di sopra della media Ocse (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) (3,2% a fronte di una media Ocse di 2,8%). Molto diversificata anche la spesa privata per Regione (781,2 euro in Valle d'Aosta a fronte di 267,9 euro in Sicilia);

per contro, la spesa sanitaria pubblica pro capite, nel 2013, assume valori massimi nella PA di Trento (2.315,27 euro) e Bolzano (2.308,21) o in Valle d'Aosta con 2.393,03, mentre presenta valori minimi in Campania (1.776,85 euro);

nelle Regioni in piano di rientro si registrano livelli di tassazione più elevati: l'addizionale regionale Irpef (Imposta sul reddito delle persone fisiche) media più alta è stata registrata nel Lazio (470 euro per contribuente) seguita dalla Campania (440 euro). Nelle stesse regioni, l'aliquota Irap (Imposta regionale sulle attività produttive) media effettiva ha raggiunto il suo valore massimo (4,9%);

le Regioni in Piani di rientro, e la Campania in particolare, sono quelle che, a fronte di una minore spesa pubblica, elevata spesa privata e tassazione, danno meno garanzie ai cittadini nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza;

tra le altre cose, le Regioni in Piano di Rientro, e nello specifico alcune Regioni del Sud, non offrono risposte soddisfacenti ai bisogni della popolazione rispetto all'assistenza territoriale ed in particolare alle cure primarie. A titolo di esempio, sulle 16 Regioni prese in esame dal Ministero nel 2013, sono 6 (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Lazio, Puglia) quelle che risultano adempienti con impegno per l'erogazione dell'assistenza domiciliare;

anche rispetto all'utilizzo del taglio cesareo, per il quale le linee di indirizzo ministeriali indicano un valore *standard* da raggiungere del 20%, non si evidenziano miglioramenti. A livello nazionale nel 2014 siamo al 35,9% di parti effettuati con cesareo, in Campania si raggiunge il 62,3%, seguono Sicilia e Puglia (44%), Molise (43,7%);

l'art. 5 del decreto-legge 201/2011 (cosiddetto Decreto Salva Italia), convertito nella legge 214/2011, ha delegato ad un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri la revisione delle modalità per la determinazione ed i campi d'applicazione dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), indicando, tra l'altro, l'adozione di una nozione di reddito disponibile finalizzata all'inclusione anche di somme fiscalmente esenti;

con il DPCM 5 dicembre 2013 n. 159, emanato in base al D.L. 201/2011, sono stati fissati i requisiti d'accesso alle prestazioni sociali e il livello di partecipazione al loro costo da parte degli utenti, si da definire in tal maniera il livello essenziale delle prestazioni, ai sensi dell'art. 117, comma 2, lettera m), della Costituzione. Tra le predette prestazioni economiche agevolate, cui l'ISEE si riferisce, l'art. 1, lett. f) del DPCM indica pure le "prestazioni agevolate di natura sociosanitaria [...] rivolte a persone con disabilità e limitazioni dell'autonomia [...]";

l'art.5 del D.L. 201/2011 è stato interpretato nel senso d'includere nella definizione di reddito disponibile anche i trattamenti indennitari o risarcitori percepiti dai disabili a causa della loro accertata invalidità e volti ad attenuare tale oggettiva situazione di svantaggio;

con la sentenza n. 842 del 29/02/2016 il Consiglio di Stato ha confermato la sentenza del Tar (Tribunale amministrativo regionale) del Lazio, Sezione I, n. 2459 dell'11 febbraio 2015, che ha annullato l'art. 4, comma 2, lettera f) del DPCM 159/2013, nella parte in cui ha incluso, tra i dati da considerare ai fini ISEE per la situazione reddituale, i trattamenti assistenziali, previdenziali ed indennitari percepiti dai soggetti portatori di disabilità;

la sentenza del Tar del Lazio aveva respinto l'assimilazione delle pensioni di invalidità e le indennità di accompagnamento alla stregua di redditi veri e propri, da inserire nel nuovo ISEE;

nella suddetta sentenza del Consiglio di Stato si legge: "... ricomprendere tra i redditi i trattamenti... indennitari percepiti dai disabili significa allora considerare la disabilità alla stregua di una fonte di reddito -come se fosse un lavoro o un patrimonio- ed i trattamenti erogati dalle pubbliche amministrazioni, non un sostegno al disabile, ma una "remunerazione" del suo stato di invalidità... (dato) ... oltremodo irragionevole ... (oltre che) ... in contrasto con l'art. 3 Cost. ...";

considerato che:

la fotografia del sistema salute scattata dall'Istat e dall'Osservatorio Civico sul federalismo in sanità, descrive un federalismo non rispondente ai bisogni di salute dei cittadini e in cui l'accesso ai diritti in materia sanitaria varia da regione a regione;

a parere degli interroganti, nell'ambito del diritto alla salute non è ammissibile che lo Stato non sia garante dell'universalità e dell'uguaglianza all'accesso alle cure; inoltre, il federalismo sanitario si è rivelato il veicolo del collasso del Servizio Sanitario nazionale, che non è più in grado di rispondere alle esigenze dei cittadini in maniera uniforme su tutto il territorio;

la riforma costituzionale recentemente approvata dal Parlamento (in attesa di ricevere o meno conferma dal Referendum popolare, ex art.138 della Costituzione) aumenta la evidenziata differenziazione territoriale; il peso delle regioni in materia sanitaria, infatti, viene irrobustito, attribuendo loro non solo l'organizzazione dei servizi, ma anche la programmazione sanitaria;

il quadro descritto delinea con chiarezza la necessità di un massiccio investimento nel settore della sanità;

di recente, si assiste, invece, ad un abnorme taglio della spesa pubblica destinata al comparto sanitario;

la legge 28 dicembre 2015, n. 208, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (cosiddetta Legge di stabilità 2016), riduce di oltre 3.172 milioni il fabbisogno sanitario nazionale standard, portandolo a circa 111 miliardi di euro;

il Patto per la salute per il 2014 prevedeva un finanziamento statale al fondo sanitario pari a 115.444 miliardi di euro;

pertanto nell'arco di un solo anno sono stati disposti tagli alla spesa sanitaria superiori a 4 miliardi di euro;

come affermato dal Consiglio di Stato, non si possono considerare reddito tutti quei proventi che l'ordinamento pone a compensazione della oggettiva situazione di svantaggio, anche economico, che ricade sui disabili e sulle loro famiglie;

considerato infine che, a parere degli interroganti:

la situazione gravissima in cui versa il SSN (Sistema Sanitario Nazionale) è il frutto di precise responsabilità, ossia di scelte ingiuste del Governo e delle forze politiche che hanno approvato i suddetti provvedimenti legislativi; atti che si muovono nella direzione di rendere sempre più difficoltoso l'accesso alle cure sanitarie, di aggravare gli oneri economici a carico dei cittadini-pazienti, di diminuire progressivamente e in maniera lineare la spesa sanitaria a carico dello Stato con la conseguenziale riduzione quantitativa e qualitativa delle prestazioni che vanno garantite ai cittadini,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei fatti esposti in premessa;

a quali cause ritenga sia attribuibile il notevole aumento di decessi registrato nel nostro Paese nel corso del 2015 e quali iniziative di competenza intenda adottare al fine di arginare urgentemente tale fenomeno;

se ritenga ammissibile, alla luce degli articoli 3 e 32 della Costituzione, che milioni di italiani siano costretti a rinunciare alle cure sanitarie;

alla luce delle gravi problematiche che riguardano il SSN, come intenda giustificare le decurtazioni al fabbisogno sanitario nazionale previste per l'anno 2016 e quantificabili in tagli superiori a 4 miliardi di euro, considerando che, a giudizio degli interroganti, il controllo della spesa sanitaria non può comportare la riduzione del benessere dei cittadini;

se le politiche attuate siano state dettate dall'esigenza di efficientare il SSN o, al contrario, di alimentare la necessità dei cittadini di ricorrere al sistema alternativo privato.