



## **MOZIONE CONTRO IL DEFINANZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, PER IL POTENZIAMENTO DELLA SANITA' PUBBLICA E DEI SERVIZI TERRITORIALI, PER LA RIAFFERMAZIONE DEL CARATTERE UNIVERSALISTICO DEL DIRITTO ALLA SALUTE**

Presentato dal Gruppo Consiliare Sinistra Per Calenzano – Per la Mia Città

### **Premesso** che

- La pandemia da COVID-19 ha messo a nudo tutte le criticità e debolezze del nostro sistema sanitario nazionale, penalizzato da anni di definanziamento (soprattutto nell'ultimo decennio), da tagli dei posti letto, dalla riduzione costante del personale medico ed infermieristico, dall'indebolimento progressivo della sanità territoriale e dell'attività di prevenzione, da una sistematica tendenza alla privatizzazione di servizi e prestazioni;
- L'emergenza pandemica ha anche evidenziato la grande professionalità e la dedizione degli operatori della sanità pubblica, che seppur di fronte ad uno scenario così grave ed inedito, hanno saputo mobilitarsi con grande spirito di sacrificio, contribuendo in modo decisivo alla riduzione dei danni provocati dal contagio;
- Durante la pandemia, gran parte dei servizi sono stati ridotti o addirittura sospesi, con ricadute negative sulla salute delle persone; contribuendo a un incremento della mortalità generale oltre che a quella attribuibile al Covid, tale che il numero di decessi nel 2020 è stato il più alto dalla fine dell'ultima guerra;

### **Considerato** che

- Nel periodo di massima diffusione del virus si è notevolmente accresciuto un generale sentimento di adesione all'idea della salute quale bene comune, diritto universalistico costituzionalmente tutelato, da sottrarre alle dinamiche privatistiche e di mercato, insieme alla consapevolezza che fenomeni infettivi di massa come quello che stiamo vivendo possano in futuro ripresentarsi in forma altrettanto virulenta;
- Al contempo si è sviluppato un consenso diffuso sulla necessità di rafforzare il servizio sanitario nazionale e di superare le forti diseguaglianze territoriali e socioeconomiche nell'accesso e nella qualità dei servizi, amplificatesi durante la pandemia;
- L'esperienza drammatica di questi due anni dovrebbe essere colta come l'occasione per ridisegnare il ruolo dello Stato e dei sistemi di welfare per i prossimi decenni, verso un potenziamento ed una riorganizzazione della sanità pubblica, soprattutto quella territoriale, e un rilancio delle politiche attive di prevenzione, avvalendosi della inedita disponibilità di risorse finanziarie del Recovery Plan e del forte consenso della popolazione, che avverte il problema salute come la crescente e maggiore inquietudine di questi tempi;

### **Visto** che

- Il Recovery Plan – ovvero Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – prevede diversi interventi in campo sanitario fra cui la realizzazione entro il 2026 di 1.288 Case della Comunità, con impostazione analoga alle Case della Salute speri-



mentate – con esperienze ancora in numero troppo limitato - dalla Regione Toscana, ovvero di strutture sanitarie territoriali, promotrici di un modello di intervento multidisciplinare, luoghi dove il cittadino può trovare una risposta adeguata alle diverse esigenze sanitarie o sociosanitarie nonché una nuova pratica di 'medicina d'iniziativa', invece che 'di attesa', verso le malattie croniche;

- Entro il primo trimestre del 2022 è prevista la definizione di un documento di programmazione per l'implementazione delle Case della Comunità, con investimenti sia per la realizzandone di nuove strutture sia per l'adeguamento di quelle già esistenti;

### **Considerato** che

- Nelle Case di Comunità saranno forniti tutti i servizi sanitari di base, attraverso un team formato da medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, infermieri, altri professionisti sanitari e specialisti, personale sociale e amministrativo che dovrebbero garantire la presa in carico globale della persona e della comunità di riferimento, la continuità assistenziale ospedale-territorio e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, la promozione e la prevenzione della salute.
- Per la piena attivazione di tali strutture sono necessari non solo gli investimenti del PNRR in sedi e attrezzature ma anche una forte implementazione del personale già oggi fortemente carente in tutte le strutture del Servizio Sanitario Nazionale;

### **Valutato** che

- Passata la prima fase acuta della pandemia, nonostante le promesse la sanità purtroppo è tornata ben presto a occupare la parte bassa della classifica delle priorità del Paese, come si evince nella Nota di Aggiornamento del DEF che prevede una progressiva riduzione delle risorse a disposizione della sanità;
- La percentuale di spesa sanitaria pubblica - che dal 2017 al 2020 era rimasta ferma al 6,6% del PIL (tra le più basse in Europa), per poi crescere al 7,3% nel 2021 a causa delle spese COVID - nella programmazione del Governo torna di nuovo a diminuire drasticamente nei prossimi anni attestandosi al 6,7% nel 2022, al 6,3% nel 2023 e addirittura 6,1% nel 2024; un salto indietro preoccupante anche considerando l'inflazione che ha ricominciato a correre;
- Si ritorna così allo scenario che, a partire dal 2011, ha penalizzato il SSN, riducendo risorse umane e strutturali, tagliando l'offerta pubblica di servizi, provocando lo scandaloso allungamento delle liste d'attesa, e favorendo l'espansione dell'offerta privata, trainata anche dalla diffusione di varie forme di fondi aziendali e assicurazioni con prestazioni sostitutive dell'offerta pubblica;

### **Ritenuto** che

- La lezione della pandemia sembra non essere servita, e anzi – nonostante le promesse - il disegno è ancora una volta quello di privatizzare la sanità italiana, iniettandovi generose dosi di mercato.
- Mentre si registra un grande attivismo per garantire ai soggetti privati l'accesso ai finanziamenti europei, nessuna buona notizia arriva dal fronte del personale del SSN, che nell'ultimo decennio ha subito una drastica riduzione; si è assistito ad un massiccio processo di esternalizzazione con il trasferimento di molteplici attività e



servizi al privato, alle cooperative, al precariato, con una forte riduzione delle Spese per il personale e un incremento della voce Beni e servizi; tendenza parzialmente invertitasi durante l'emergenza COVID, con contratti temporanei, senza tuttavia che fossero recuperati i tagli dell'ultimo decennio.

- La Funzione pubblica della CGIL ha calcolato un fabbisogno di 112.000 unità di personale: 76.000 infermieri, 11.000 medici, 25.000 altri professionisti; nel frattempo continua la fuga all'estero del nostro personale sanitario: nell'ultimo decennio sono 10mila i medici italiani migrati all'estero, che arrivano a rappresentare il 50% dei medici stranieri presenti in Europa.

### **Evidenziato** che

- Manca inoltre, da parte del Ministero, un quadro complessivo dei possibili scenari per il prossimo decennio, in base ad alcune variabili: pensionamenti, immigrazione ed emigrazione di forza lavoro qualificata in ambito sanitario, cessazioni volontarie, necessità di personale in base a nuovi investimenti (PNRR), e interventi normativi (incremento letti di terapia intensiva, assistenza domiciliare, case di comunità, ospedali di comunità ecc.).
- Infine, pur avendo avuto quest'anno un incremento delle borse di studio post-laurea, non è stato messo in atto uno stabile e adeguato rapporto fra i diversi Ministeri al fine di rivedere l'impegno delle Università per adeguare la offerta formativa alle esigenze della popolazione, rivedendo le attuali politiche fortemente restrittive negli accessi universitari.
- Al momento attuale, dati i limiti previsti nella spesa corrente e la mancata rimozione dei vincoli che limitano le assunzioni stabili, non si intravede alcun segnale di inversione di tendenza.

### **Preso atto**

- Con preoccupazione dell'invito, rivolto nel marzo del 2021, dall'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato al Presidente del Consiglio dei Ministri nella sua annuale Segnalazione di Proposte di riforma concorrenziale, con cui ha sollecitato: "... una maggiore apertura all'accesso delle strutture private all'esercizio di attività sanitarie non convenzionate grazie a ... una più intensa integrazione fra pubblico e privato volta ad incentivare la libera scelta di medici, assistiti e terzo pagante". Vi è anche l'invito a eliminare "... il vincolo della verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari, prevedendo che l'accesso dei privati all'esercizio di attività sanitarie non convenzionate con il SSN sia svincolato dalla verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari".

### **Sottolineato** come

- Tali segnalazioni:
  - idealizzino la concorrenza come strumento sempre in grado di tutelare gli interessi della collettività, proponendola quale dogma che deve regnare su ogni aspetto della vita (oggi i servizi sanitari; domani le carceri, la giustizia, le forze armate...);
  - ignorino l'ampia letteratura scientifica che evidenzia come, soprattutto nel settore sanitario, i malfunzionamenti dei mercati non solo non permettono di raggiun-



- gere il massimo livello di efficienza ma producono effetti distorsivi che vanno a danno delle persone economicamente e culturalmente meno dotate;
- siano inconciliabili con ogni possibilità programmatica da parte delle Regioni, rendendo inutilizzabile la verifica del fabbisogno di servizi sanitari per bilanciare l'offerta di servizi alla domanda.
  - Tale raccomandazione che assimila gli ospedali e le Aziende USL alle imprese è altamente pericolosa e distruttiva, in quanto crea una sleale concorrenza per effetto di norme che, da una parte, aprono i rubinetti delle risorse a favore dei privati e, dall'altra, legano le gambe al pubblico, impedendogli di assumere il personale e vincolandolo all'erogazione di molteplici attività molto onerose non svolte dal privato (centri 118, pronto soccorso, terapie intensive, elisoccorso, reparti malattie infettive...);

### **Evidenziato** che

- Nella Nota di aggiornamento al DEF è inserita perfino la previsione di un DDL per l'attuazione della autonomia differenziata, che rischia di ampliare le differenze territoriali invece che ridurle, proprio quando la pandemia ha invece messo in evidenza la necessità di una più solida cornice unitaria dei servizi sanitari regionali e di un potenziamento della capacità – politica e tecnica – di indirizzo programmatico nazionale;
- La lezione della pandemia avrebbe dovuto indurre riflessioni e produrre profonde correzioni in quei sistemi sanitari regionali che, come quello lombardo, si sono dimostrati più vulnerabili nella lotta al Covid avendo cancellato la rete dei servizi territoriali pubblici e affidato l'erogazione delle prestazioni domiciliari ad agenzie private, e avendo instaurato in campo ospedaliero una concorrenza tra settore pubblico e settore privato, fortemente squilibrata a favore del secondo.
- Invece dopo 5 anni di sperimentazione, il Ministero della salute, che avrebbe dovuto fare la valutazione della sperimentazione lombarda, ha deciso di delegare tale funzione all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, che il 30 luglio scorso, ha dato il suo OK preventivo alla riforma, dopo che ne sono state annunciate correzioni minime e superficiali.
- Lo stesso meccanismo di autorizzazione e accreditamento degli erogatori privati e pubblici di servizi di assistenza domiciliare, stabilito nei mesi scorsi dalla Conferenza Stato Regioni, se avviene in assenza di una cornice pubblica che si fa globalmente carico dei bisogni degli assistiti all'interno di una filiera di servizi sanitari e sociali – a partire dalle Case della comunità – porterebbe inevitabilmente a riprodurre la frammentaria e inaccettabile situazione lombarda, basata sulla presenza di una molteplicità di agenzie private in competizione fra loro nell'erogazione di prestazioni domiciliari ai pazienti bisognosi.
- La Casa della comunità deve rappresentare un tassello fondamentale del Servizio sanitario nazionale, il luogo di integrazione fra sanitario e sociale, accentrato di servizi e nel contempo regia delle attività decentrate; il punto di ingresso alle prestazioni del SSN e alla valutazione multiprofessionale.
- Il Blocco di assunzione del personale – se non definitivamente rimosso – e il contestuale accreditamento di servizi non inseriti nelle competenze del Distretto trasfor-



merebbero una buona idea in una pessima realizzazione, affidando l'accesso ai servizi e l'attività prescrittiva al privato.

**Ritenuto** che

- Sarebbe necessario definire un obiettivo di lunga durata, quale ad esempio l'individuazione di un rapporto ottimale infermieri – popolazione da raggiungere nel corso di un decennio, allineato a quello dei paesi del centro e nord Europa; così come appare indispensabile una valutazione del personale necessario per attivare le 1.288 Case e i 380 Ospedali di comunità e garantire l'assistenza domiciliare al 10% della popolazione over 65 anni, come previsto dal PNRR;
- Non sia stata intrapresa una revisione della formazione dei Medici di Medicina Generale (MMG), assai distante dagli standard della maggior parte degli altri paesi europei che la attuano in ambito accademico o in autorevoli istituzioni nazionali e non siano stati individuati gli strumenti normativi per un adeguato inserimento, in equipe multiprofessionali, di tali professionisti nelle Case di comunità.

**Ribadito** che

- Appare indispensabile correggere rapidamente questi orientamenti e colmare tali lacune, che delineano una china scivolosa verso una diffusa privatizzazione, puntando invece ad intraprendere la strada giusta del rafforzamento del SSN, nella consapevolezza, - come ha correttamente affermato la Pan-European Commission on Health and Sustainable Development - che *«...la pandemia ha rivelato che investimenti sanitari inadeguati, soprattutto nei sistemi sanitari pubblici, possono costituire di per sé una fonte di rischio macro-critico, non solo per il Paese in questione, ma per il mondo»*.

## IL CONSIGLIO COMUNALE DI CALENZANO

**ESPRIME**

- la propria forte preoccupazione per le tendenze alla privatizzazione in atto dei servizi sanitari e assistenziali;
- la propria contrarietà al definanziamento della spesa corrente del Servizio Sanitario Nazionale e alla politica di progressiva riduzione del personale nella sanità pubblica e di crescente esternalizzazione dei servizi;

**AUSPICA**

- un rilancio del Servizio Sanitario Nazionale quale risposta universalistica al diritto alla salute di tutte le persone presenti sul territorio nazionale, recuperando l'ispirazione della Legge 833/78 contro ogni ritorno alla mutualizzazione dei servizi e delle prestazioni;
- l'attivazione sul territorio comunale di una Casa della Comunità che superi i limiti dell'esperienza della Casa della Salute, per diventare davvero un punto di riferimento stabile dove possano trovare risposta le domande di salute e benessere delle persone e della comunità;



## **CHIEDE**

al Governo e al Parlamento

- di rivedere le previsioni di bilancio per il prossimo triennio, stabilizzando la spesa in rapporto al PIL su livelli in linea con gli standard europei, più adeguati ad affrontare i bisogni crescenti di una popolazione in tendenziale invecchiamento;
- di attivare misure per l'assunzione di personale, per la formazione e per l'incentivazione delle professioni sanitarie quali;
  - rivedere la normativa sui limiti della spesa per il personale dipendente, superando definitivamente il riferimento alla spesa per personale del 2004 e ampliando la flessibilità di assunzioni da parte del SSN; solo così si eviteranno gravi carenze di personale, soprattutto in relazione ai nuovi investimenti previsti del PNRR;
  - incentivare la riduzione strutturale della spesa per servizi sanitari esternalizzati in particolare durante la pandemia;
  - rimuovere i limiti della legge "Madia" per la stabilizzazione dei precari, da attuare qualora non siano stati effettuati concorsi appositi;
  - mettere in atto una risposta urgente all'attuale carenza di personale, contrattualizzando gli specializzandi dell'ultimo biennio del corso e la loro assunzione nella rete ospedaliera.
  - aprire un confronto con le organizzazioni sindacali per una rivalutazione delle professioni sanitarie (anche in termini economici) per ridurre le differenze salariali rispetto ad altri Paesi europei.
  - individuare forme premianti per specifici settori di attività (ad esempio terapie intensive; pronto soccorso ecc.)
  - individuazione del fabbisogno formativo (lauree e specializzazioni) da parte dal Ministero della Salute – di concerto con le Regioni – sulla base dei bisogni della popolazione, che deve trovare adeguata risposta nell'offerta delle Università.
  - effettuare la formazione post-laurea utilizzando una rete di ospedali di insegnamento.
  - affidare all'Università la formazione dei medici di medicina generale, utilizzando a tal fine una rete di Distretti di insegnamento in cui devono operare i MMG.

## **CHIEDE**

alla Regione Toscana

- Di ridefinire le politiche relative al personale, per colmare le gravi lacune presenti nel servizio sanitario regionale, sia a livello territoriale che in ambito ospedaliero, assumendo medici ed infermieri e riducendo il ricorso alle esternalizzazioni;
- Di provvedere urgentemente alla copertura dei posti mancanti nella dirigenza della sanità regionale, al fine di ripristinare una adeguata capacità organizzativa, con la conseguente definizione di obiettivi operativi, di sistemi di controllo della qualità dei risultati, e un razionale uso delle risorse;
- Di ripensare il sistema dei ticket, rimodulando il livello di compartecipazione alle spese sanitarie cui sono chiamate ampie fasce di popolazione, che rischia di rendere meno accessibili i servizi sanitari ed ampliare la fascia della popolazione che rinuncia alle cure;





- Di attivarsi per ridurre le liste di attesa che spingono larghe fasce di popolazione a rivolgersi a strutture private per la diagnostica e la specialistica;
- Di rilanciare i distretti socio-sanitari e costruire Case della Comunità realmente funzionanti, valorizzando il ruolo dei medici di medicina generale e creando le condizioni per una piena integrazione tra operatori sanitari e sociali;

### **IMPEGNA**

Il Sindaco a tenere informato il Consiglio Comunale sulle azioni messe in atto dall'Amministrazione e dalla Società della Salute finalizzate alla piena attivazione anche sul nostro territorio della Casa della Comunità, con il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta, con l'ampliamento dei servizi infermieristici e consultoriali, con l'implementazione della strumentazione diagnostica e specialistica, con l'integrazione fra servizi sanitari e socio assistenziali e con il rilancio delle politiche di prevenzione sul territorio e verso la comunità.

### **IMPEGNA**

il Presidente del Consiglio Comunale a dare massima diffusione del presente Ordine del Giorno fra la cittadinanza, le associazioni e i Circoli del territorio, e ad inoltrarlo:

- Al Presidente della Repubblica;
- Al Presidente del Consiglio;
- Al Ministro della Salute;
- Al Ministro della Università e Ricerca
- Al Presidente della Camera;
- Al Presidente del Senato;
- Ai Presidenti dei Gruppi Parlamentari;
- Al Presidente della Regione Toscana;
- All'Assessore alla Salute della Regione Toscana
- Ai Capigruppo del Consiglio Regionale;
- Al Presidente della Città Metropolitana di Firenze;
- Ai Sindaci e ai Presidenti dei Consigli comunali della Città Metropolitana di Firenze
- Al Presidente della Provincia di Prato;
- Ai Sindaci e ai Presidenti dei Consigli comunali della Provincia di Prato.

Calenzano 24/11/2021

Gruppo Consiliare  
Sinistra Per Calenzano – Per la Mia Città

Marco Venturini

Giulia Romagnoli

Francesco Piacente