



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori Giuseppe ESPOSITO, PANIZZA, RIZZOTTI, MASTRANGELI, LANIECE, Maurizio ROSSI, RUVOLO, DI GIACOMO, SPILABOTTE, CONTE, ANGIONI, LIUZZI, NACCARATO e ASTORRE

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 20 LUGLIO 2017

Disposizioni per garantire la prestazione dei servizi sanitari nei comuni siti in territori montani, in aree rurali o insulari o in zone svantaggiate

ONOREVOLI SENATORI. – Questo disegno di legge contiene norme per la salvaguardia e la qualificazione dei servizi sanitari situati nelle aree montane, insulari, periferiche o economicamente disagiate. Un’inversione di tendenza che nasce dall’esigenza di valorizzare i piccoli territori e di tutelare i cittadini ivi residenti, al fine anche di fermare quella desertificazione, ormai non più solo economica, che interessa una parte tutt’altro che trascurabile del nostro Paese. Lo spopolamento di queste vaste aree è stato accompagnato, negli ultimi decenni, dalla progressiva rarefazione dei servizi ai cittadini, a cominciare da quelli sanitari.

Gli interventi in materia di sanità rappresentano, quindi, il presupposto necessario per quel «rinascimento della montagna» e delle «aree di frontiera» che sono, come sottolineato anche a livello europeo, per loro stessa natura, «luoghi di diversità» da tutelare e preservare, dando così piena attuazione al secondo comma dell’articolo 44 e all’articolo 119 della Costituzione, ma anche agli obiettivi di coesione economica, sociale e territoriale previsti dal Trattato sull’Unione europea, favorendo le pari opportunità nelle zone svantaggiate. Una nuova prospettiva che non può che mettere al centro i bisogni sanitari e il diritto alla salute dei cittadini, anche delle aree geograficamente ed economicamente svantaggiate.

Attualmente, il Servizio sanitario nazionale non garantisce la dovuta omogeneità delle cure e riducendo i finanziamenti, in particolare quelli relativi alle zone economicamente e socialmente svantaggiate, determina l’affidamento di molte prestazioni sanitarie a soggetti privati disapplicando, di fatto, il principio dell’universalismo.

A questo si deve necessariamente aggiungere l’emigrazione sanitaria dal sud verso il centro-nord con costi sociali che, ad oggi, nessuno è riuscito a calcolare e che impoveriscono il servizio sanitario regionale delle regioni già deboli. Un divario messo in luce anche nel rapporto dell’Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico «*OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014*».

Il presente disegno di legge ha quindi come finalità quella di valorizzare la rete ospedaliera pubblica, un patrimonio da tutelare e salvaguardare attraverso, prima di tutto, le professionalità. Un programma ambizioso che può essere attuato solo potenziando il sistema dell’emergenza-urgenza, investendo quindi sul potenziamento del pronto soccorso e prevedendo e garantendo gli *standard* qualitativi degli interventi nelle aree più disagiate: da una parte fissando, quindi, tempi certi per il soccorso e la stabilizzazione del paziente e, dall’altra, utilizzando l’elisoccorso, evitando, però, un utilizzo improprio di tale strumento.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità)

1. La presente legge ha la finalità di garantire la prestazione dei servizi sanitari nei territori montani, ai sensi dell'articolo 44, secondo comma, della Costituzione, nelle aree periferiche e insulari, nonché nelle zone svantaggiate, promuovendo politiche di parità sociale per i cittadini ivi residenti.

Art. 2.

(Ambito di applicazione)

1. Le disposizioni della presente legge si applicano, in particolare, ai seguenti comuni:

- a) comuni situati in aree montane, rurali o insulari;
- b) comuni situati in aree caratterizzate da una marcata arretratezza economica e da un basso livello di benessere;
- c) comuni caratterizzati dalla lontananza da grandi centri urbani, da problemi viari e da difficoltà di comunicazione;
- d) comuni che presentano squilibri nella struttura demografica dovuti alla particolare incidenza di popolazione anziana o non autosufficiente.

2. I comuni elencati al comma 1 devono altresì rispettare i seguenti requisiti:

- a) i servizi sanitari presenti nel territorio di riferimento devono essere raggiungibili in un tempo superiore a 45 minuti, da calcolare tramite mezzi di superficie;
- b) i servizi sanitari da istituire nel territorio di riferimento devono essere necessari per garantire il primo soccorso entro un'ora,

dalla località più lontana nel territorio di riferimento, rispetto al servizio sanitario stesso.

Art. 3.

(Prestazioni sanitarie)

1. Il Servizio sanitario nazionale definisce gli *standard* qualitativi delle prestazioni sanitarie e assicura la continuità assistenziale ai cittadini residenti o domiciliati nei comuni di cui all'articolo 2.

2. I livelli qualitativi di cui al comma 1 sono garantiti mediante un piano per i servizi sanitari predisposto dal Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto con il Ministro della salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, e approvato con decreto dello stesso Presidente del Consiglio dei ministri, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Art. 4.

(Presidi ospedalieri di riferimento)

1. I presidi ospedalieri dei comuni di cui all'articolo 2 sono salvaguardati valorizzando la funzione di presidio ospedaliero di base, quale riferimento sanitario della popolazione di un determinato ambito territoriale.

2. In deroga a quanto disposto dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, ai presidi ospedalieri di cui al comma 1 non si applicano le disposizioni del punto 2 dell'allegato 1 annesso al citato regolamento.

Art. 5.

(Pronto soccorso e sistema dell'emergenza-urgenza)

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce il potenziamento dei servizi di pronto soccorso e del sistema dell'emergenza-urgenza nei comuni di cui all'articolo 2, al fine di assicurare che siano rispettati i tempi del soccorso e della stabilizzazione del paziente, nonché della centralizzazione dello stesso, tenuto conto delle eventuali difficoltà determinate dalla vastità territoriale, dalle condizioni logistiche o da situazioni strutturate. A tale fine è previsto, ove necessario, anche il ricorso ai servizi di elisoccorso.

Art. 6.

(Presidi ospedalieri complessi)

1. I livelli gerarchici di complessità articolati principalmente sui bacini di utenza non si applicano ai presidi ospedalieri caratterizzati dalla presenza e dall'interazione di enti o istituzioni diversi e che hanno valenza di area vasta, regionale o extra-regionale, a condizione che esista una reale integrazione delle competenze e delle funzioni, atte a delineare come unico il presidio di riferimento.

Art. 7.

(Finanziamenti)

1. Lo Stato, attraverso il Fondo sanitario nazionale, prevede finanziamenti aggiuntivi, stabiliti secondo criteri di composizione della popolazione, dei collegamenti viari, e della rete dei presidi ospedalieri e dei servizi distrettuali presenti nel territorio, in favore delle aziende sanitarie locali situate nei comuni di cui all'articolo 2.

2. I finanziamenti di cui al comma 1, erogati al fine di assicurare la salvaguardia dei

presidi ospedalieri di riferimento e dei servizi sanitari, sono stabiliti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

