

MOZIONE

Egr. Avv. Alessandro Fermi

Presidente del Consiglio Regione Lombardia

Oggetto: rimozione dei vincoli di spesa e assunzione del personale sanitario per le regioni in equilibrio di Bilancio

IL CONSIGLIO REGIONALE DELLA LOMBARDIA

PREMESSO CHE

Nel corso degli anni, gli interventi in materia di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria hanno interessato le diverse componenti della spesa dedicata al finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale.

La riduzione delle risorse è stata fronteggiata con la rimodulazione o l'introduzione di nuovi tetti di spesa, la parziale riorganizzazione della rete ospedaliera e con un diverso sistema di acquisto e gestione dei beni e dei servizi in ambito sanitario. In questo contesto, rivestono particolare importanza le misure introdotte per il recupero dei disavanzi sanitari regionali e il monitoraggio delle politiche di risanamento.

La più incisiva modalità volta a contrastare i disavanzi sanitari delle regioni è stata disciplinata dai programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione, di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale (successivamente chiamati Piani di rientro). I programmi operativi di riorganizzazione, di riqualificazione, di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale sono nati con la Legge finanziaria del 2005 (Legge n. 311/2004) e sono legati ad accordi stipulati dai Ministri della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze e delle singole Regioni.

Il Piano di rientro si presenta come un vero e proprio piano industriale concernente la gestione del Servizio Sanitario Regionale nell'ambito della cornice finanziaria programmata garantendo l'erogazione dei LEA e finalizzato a verificare la qualità delle prestazioni sanitarie ed a raggiungere il riequilibrio dei conti dei servizi sanitari regionali.

Nell'anno 2007 sono stati sottoscritti gli Accordi per i Piani di rientro delle regioni Lazio, Campania, Liguria, Molise, Abruzzo, Sicilia e Sardegna. Il Piano di rientro del Piemonte è stato sottoscritto il 29 luglio 2010 e quello della Puglia il 29 novembre 2010 mentre Liguria e Sardegna hanno concluso il loro Piano nell'anno 2009.

È noto che qualora dalla verifica dovessero emergere dei gravi ritardi nell'attuazione del piano di rientro, il Presidente del Consiglio dei ministri diffida la regione ad adempiere entro la data riportata nella diffida. Delle regioni sotto piano di rientro, risultano commissariate fino all'anno 2019, Lazio, Campania, Molise e Calabria. La Regione Abruzzo è stata sottoposta a commissariamento dall'anno 2008 fino al 30 settembre 2016, mentre la Regione Campania è uscita dal commissariamento, iniziato nell'anno 2009, il 24 gennaio 2020 e la Regione Lazio è uscita dal commissariamento il 22 luglio 2020.

Una situazione di particolare difficoltà è stata, successivamente, affrontata dal decreto-legge 35/2019 - c.d. Decreto Calabria -, intervenuto sul contenimento della spesa del personale Servizio Sanitario Nazionale e sul blocco del *turn-over*, nonché sulle modalità di assunzione del personale medico. In materia di assunzione del personale il Decreto Calabria ha, altresì, operato una revisione della disciplina sui limiti di spesa per il personale degli enti e delle aziende del Servizio Sanitario Nazionale stabilendo che il nuovo limite non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018. Di conseguenza, i valori sono incrementati, a livello regionale, di un importo pari al 5 per cento dell'incremento del Fondo Sanitario Regionale rispetto all'esercizio precedente.

Successivamente, il decreto-legge 124/2019 (c.d. Decreto Fiscale), all'articolo 45, comma *1bis*, ha aumentato, nel triennio 2019-2021, il limite dal 5 al 10% in ciascun anno sulla base dell'incremento del Fondo Sanitario Regionale rispetto all'esercizio precedente. A questo si deve aggiungere la previsione di un ulteriore incremento del 5% che può essere previsto per ogni singola regione sulla base di una specifica valutazione di ulteriori fabbisogni di personale.

Sul contenimento della spesa per il personale sanitario ha inciso, fino all'entrata in vigore del Decreto Calabria, il blocco del *turn-over* che è stato introdotto dall'art. 1, comma 174, della legge 311/2004, (legge finanziaria 2005) per le sole Regioni in Piano di rientro. Il blocco automatico del *turn-over* è stato inizialmente previsto fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello di verifica. Successivamente la stabilità 2015 ha ridotto i termini del blocco automatico del *turn-over* al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica.

PREMESSO ANCORA CHE

Nell'ultimo Patto per la salute, stipulato il 18 dicembre 2019, e relativo al triennio 2019-2021 sono stati affrontati aspetti relativi all'organizzazione e alla regolamentazione del Servizio Sanitario Nazionale, con particolare riferimento alle politiche di assunzione del personale e al miglioramento dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. Alcuni contenuti del Patto sono stati recepiti in sede di conversione del decreto-legge 126/2019 (convertito con modificazioni dalla L. 20 dicembre 2019, n. 159) e del decreto-legge 162/2019 (convertito con modificazioni dalla L. 28 febbraio 2020, n. 8) ove si autorizzava il Ministro della Salute ad assumere personale medico e dirigenziale, entro limiti definiti.

Nell'ambito del Patto, inoltre, è stato confermato il livello del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale già stabilito dalla Legge di Bilancio 2019 per il triennio 2019-2021, rispettivamente in 114.474, 116.474 e 117.974 milioni.

CONSIDERATO CHE

Nel Documento di Economia e Finanza, approvato dal Consiglio dei ministri lo scorso 15 aprile 2021, in ambito sanitario sono stati complessivamente previsti 8,2 miliardi nel 2020, 1,3 miliardi nel 2021, 1,9 miliardi nel 2022, 1,4 miliardi annui nel 2023 e 2024. Nel dettaglio, si sono assegnate risorse al Dipartimento della protezione civile e al Commissario straordinario per l'emergenza Covid-19 per l'acquisto di dispositivi medici, di protezione individuale e di sostanze germicida, per il potenziamento della capienza delle strutture ospedaliere e per l'acquisizione di apparecchiature per i reparti di terapia intensiva e sub-intensiva (3,4 miliardi nel 2020 e 0,3 miliardi nel 2021).

Inoltre, sono state rafforzate le reti ospedaliere, quelle di assistenza territoriale pubblica in regime convenzionato e quelle domiciliari (quasi 3 miliardi nel 2020) e si sono finanziati l'assunzione e l'incremento delle prestazioni di lavoro straordinario di medici e personale sanitario anche militare e l'aumento del numero di borse di studio degli specializzandi (1,2 miliardi nel 2020).

ATTESO CHE

Il livello del fabbisogno nazionale standard determina il finanziamento complessivo della sanità cui concorre lo Stato ed è determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria. Si tratta, quindi, di un livello programmato che costituisce il valore di risorse che lo Stato è nelle condizioni di destinare al Servizio Sanitario Nazionale per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.)

A seguito dell'emergenza epidemiologica COVID-19, come confermato dal Documento di Economia e Finanza 2020, il Governo ha adottato misure che, per il 2020, incrementano il fabbisogno sanitario standard a 119.556 milioni nel 2020.

Per quanto concerne la spesa sanitaria, con riferimento al triennio 2019-2021, si include l'imputazione al 2022 dei costi per il rinnovo dei contratti per il personale dipendente non dirigente nonché l'attribuzione al 2023 degli oneri per il rinnovo dei contratti dei dirigenti e delle convenzioni relative all'assistenza medico generica e ai professionisti della medicina ambulatoriale interna. La previsione riflette, inoltre, la maggiore spesa necessaria per fronteggiare l'emergenza epidemiologica legata alla diffusione del COVID-19, inclusa quella afferente al Commissario straordinario.

La previsione sconta infine un'ipotesi di contenimento dei costi legati al COVID-19 in ragione di una presunta minore pressione sulle strutture sanitarie. Infine, in considerazione del fatto che l'aggregato di spesa sanitaria oggetto di previsione include solo le voci di spesa di natura corrente, in base ad un'ipotesi tecnica di natura preliminare, vengono inclusi i maggiori oneri correnti connessi ai progetti che programmaticamente saranno finanziati tramite il *Next Generation EU*.

VISTO INFINE CHE

All'interno delle previsioni del Recovery, all'esame del Parlamento prima dell'invio a Bruxelles previsto entro il prossimo 30 aprile, la sesta missione, "Salute", stanziava complessivamente 18,5 miliardi, di cui 15,6 miliardi dal Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza e 2,9 miliardi dal Fondo con il precipuo obiettivo di rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure.

Il Piano investe, principalmente, nell'assistenza di prossimità diffusa sul territorio e attiva 1.288 Case di comunità e 381 Ospedali di comunità. Puntando a risanare la sanità, duramente colpita dall'emergenza epidemiologica, si vuole potenziare altresì l'assistenza domiciliare, in modo da raggiungere il 10 per cento della popolazione con più di 65 anni, la telemedicina e l'assistenza remota, con l'attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali. Il Piano, inoltre, rafforza la struttura tecnologica per la raccolta, l'elaborazione e l'analisi dei dati, inclusa la diffusione del c.d. Fascicolo Sanitario Elettronico prevedendo, ancora, un programma di riforme, per facilitare la sua attuazione e contribuire alla modernizzazione del Paese e all'attrazione degli investimenti.

Tuttavia, nel testo del Piano o in altri documenti all'esame del Governo o del Parlamento, non sono previsti piani di finanziamento per le regioni in ordine alla possibilità di assunzione di personale da immettere nel comparto sociosanitario.

VISTO CHE

Dall'indagine effettuata dalla Corte dei conti, in occasione Giudizio di Parificazione del rendiconto 2019 della Regione Lombardia, relativamente alla spesa sanitaria la Magistratura contabile ha ricostruito un quadro di sostanziale stabilità delle diverse tipologie di risorse destinate alla spesa sanitaria in un contesto di complessivo equilibrio finanziario del sistema.

Tutto ciò premesso

IMPEGNA

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE E LA GIUNTA REGIONALE

1. a sensibilizzare il Governo sulla necessità che il percorso di revisione della legge regionale n. 23 del 2015, anche in considerazione delle raccomandazioni e delle prescrizioni presentate dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, in data 16 dicembre 2020, relativamente ai contenuti sperimentale della legge stessa, possa essere effettuato potendo assumere personale dipendente nelle strutture sanitarie pubbliche senza vincoli di finanza pubblica, ma esclusivamente in ragione dell'equilibrio di bilancio del sistema sanitario che da sempre la Lombardia raggiunge;

2. a sensibilizzare, altresì, il Governo sulla necessità che l'intervento previsto per il Recovery Fund possa essere accompagnato, almeno per le regioni virtuose in equilibrio finanziario di bilancio in materia sanitario, dalla possibilità di assumere personale in ambito sanitario in deroga alla normativa sul contenimento della spesa sanitaria che ad oggi ha disciplinato e vincolato il settore;

3. a sensibilizzare il Governo e le istituzioni europee affinché il disavanzo di parte corrente reso necessario da spese per l'assunzione di personale sanitario non debba essere considerato ai fini del calcolo dei rapporti finanziari previsti dagli accordi europei in tema di finanza pubblica.

Milano, 29 aprile 2021

I Consiglieri regionali

f.to Marco Fumagalli

f.to Massimo De Rosa

f.to Ferdinando Alberti

f.to Roberto Cenci

f.to Marco Degli Angeli

f.to Nicola Di Marco

f.to Raffaele Erba

f.to Andrea Fiasconaro

f.to Monica Forte

f.to Gregorio Mammi

f.to Luigi Piccirillo

f.to Simone Verni

f.to Dario Violi

**Documento pervenuto il 29 aprile 2021
ore: 10.54**