

RISOLUZIONE

L'Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna

premesse che

- l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) aveva dichiarato, il 30 gennaio 2020, lo stato emergenza di sanità pubblica, di interesse internazionale, per l'epidemia da nuovo coronavirus SARS-CoV-2 in Cina, in seguito alla segnalazione, appunto, da parte della Cina (a partire dal 31 dicembre 2019) di un *cluster* di casi di polmonite ad eziologia inizialmente ignota (poi identificata come un nuovo coronavirus Sars-CoV-2) nella città di Wuhan, capoluogo della provincia di Hubei, nella Cina Centrale;
- il 31 gennaio 2020 il Governo italiano, dopo i primi provvedimenti cautelativi adottati, già a partire dal 22 gennaio con la Circolare ministeriale n. 1997, e tenuto conto del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia, aveva proclamato lo stato di emergenza sanitaria e messo in atto le prime misure di contenimento del contagio sull'intero territorio nazionale;
- il 23 febbraio 2020 il Ministro della Salute d'intesa con il Presidente della Giunta regionale dell'Emilia-Romagna emanava la prima di una serie di ordinanze contingibili ed urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019;
- nonostante i provvedimenti cautelativi nazionali e regionali l'esplosione del Coronavirus (COVID-19) in Italia ha messo in crisi il nostro sistema sanitario pubblico, che ha raggiunto un livello di stress drammatico, a causa di una situazione d'emergenza mai verificatasi in precedenza;
- nonostante la carenza di Dispositivi di Sicurezza Individuale e un'organizzazione che ha dovuto rimodularsi in tempi brevissimi, il nostro personale sanitario, a tutti i livelli, ha dato prova costante e continuata di abnegazione e alta professionalità;
- il personale sanitario della Regione Emilia-Romagna, come quello nazionale, si è trovato ad affrontare la crisi in una situazione già carente di organico, in circostanze ordinarie, situazione dovuta, soprattutto, al blocco del *turn-over* e alla mancata pianificazione nazionale del finanziamento delle borse di studio per specializzandi in medicina, che ha trovato una prima soluzione solo a partire dal 2019;

rilevato che

- il Sistema Sanitario Nazionale ha visto, negli anni, un progressivo definanziamento, infatti, se prendiamo come riferimento il dato della percentuale rispetto al PIL, in Italia il rapporto tra spesa sanitaria pubblica e Prodotto Interno Lordo (PIL) nel 2010 era del 7% e in Europa dell'8%, nel 2016 il dato relativo al nostro Paese era sceso al 6,5% mentre quello sull'intero Vecchio Continente era lievitato all'8,3%;
- i dati OCSE, aggiornati al luglio 2019, dimostrano che l'Italia si attesta sotto la media, sia per la spesa sanitaria totale (3.428 dollari contro 3.980), sia per quella pubblica (2.545 contro 3.038), precedendo solo i Paesi dell'Europa orientale oltre a Spagna, Portogallo e Grecia e, nel periodo 2009-2018, l'incremento percentuale della spesa sanitaria pubblica si è attestato al 10%, rispetto a una media del 37%;
- nel decennio 2010-2019, il finanziamento pubblico del SSN è aumentato complessivamente di euro 8,8 miliardi, crescendo in media dello 0,9% annuo, tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua pari a 1,07%, ciò dimostra che l'incremento del finanziamento

del sistema sanitario nazionale nell'ultimo decennio non è stato neppure sufficiente a mantenere invariato il potere di acquisto delle risorse utilizzate;

- come emerge dalla cronistoria del definanziamento del SSN 2010-2019, presente nel Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019, abbiamo avuto in questo decennio i seguenti provvedimenti limitativi:
 - 17 dicembre 2012. Il Ministro Balduzzi dichiara che nel periodo 2012-2015 la sommatoria di varie manovre finanziarie relative al periodo 2010-2012 **sottrarrà al SSN una cifra prossima ai € 25 miliardi, dato corretto al rialzo dalle Regioni che stimano i tagli in circa € 30 miliardi;**
 - 23 settembre 2013. La Nota di Aggiornamento del DEF (NADEF) **2013 prevede un definanziamento che riduce progressivamente la quota di PIL destinata alla sanità pubblica dal 7,1% al 6,7%;**
 - 20 dicembre 2013. La Legge di Stabilità 2014 **riduce il finanziamento per la sanità di oltre € 1 miliardo: € 540 milioni nel 2015 e € 610 milioni nel 2016;**
 - 10 luglio 2014. L'articolo 1 del Patto per la Salute 2014-2016 fissa le risorse per il triennio 2014-2016: € 109.928 milioni per il 2014, € 112.062 milioni per il 2015 e € 115.444 milioni per il 2016 «salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico»;
 - 16 ottobre 2014. La Legge di Stabilità **2015 chiede alle Regioni un contributo alla finanza pubblica di € 4 miliardi;**
 - 26 febbraio 2015. Dopo oltre 4 mesi di consultazioni **le Regioni, incapaci di formulare una proposta concreta, rinunciano all'incremento del FSN di oltre € 2 miliardi previsto dal Patto per la Salute**
 - 2 luglio 2015. La Conferenza Stato-Regioni raggiunge l'accordo sulla proposta di intesa per i **tagli alla sanità: € 2.352 milioni per il 2015 e il 2016;**
 - 4 agosto 2015. Con il DL Enti Locali il finanziamento del SSN per gli anni 2015 e 2016 **si riduce complessivamente di € 6,79 miliardi rispetto a quanto previsto dal Patto per la Salute;**
 - 30 dicembre 2015. La Legge di Stabilità 2016 fissa in € 111 miliardi il finanziamento per il 2016 (comprensivi di € 800 milioni da destinare ai nuovi LEA) e stabilisce che **«Le Regioni e le Province autonome [...] assicurano un contributo alla finanza pubblica pari a 3.980 milioni di euro per l'anno 2017 e a 5.480 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018 e 2019, in ambiti di spesa e per importi proposti, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza»;**
 - 11 febbraio 2016. Un'intesa Stato-Regioni sancisce che il contributo alla finanza pubblica per gli anni 2017-2019 graverà quasi del tutto sulle spalle della sanità (€ 3,5 miliardi per il 2017 e € 5 miliardi per il 2018 e 2019) e determina il FSN in € 113 miliardi per il 2017 e in € 115 miliardi per il 2018;
 - 9 aprile 2016. Il DEF 2016 stima che nel triennio 2017-2019 il rapporto tra spesa sanitaria e PIL **decrenerà annualmente dello 0,1%, attestandosi nel 2019 al 6,5%.**
 - 27 settembre 2016. La revisione del DEF 2016 riporta al 6,6% del PIL il rapporto tra spesa sanitaria e PIL;
 - 21 dicembre 2016. La Legge di Bilancio 2017 ridistribuisce sul triennio 2017-2019 le risorse già assegnate dall'intesa 11 febbraio 2016 al biennio 2017-2018: € 113 miliardi per il 2017, € 114 miliardi per il 2018 e € 115 miliardi per il 2019;

- 11 aprile 2017. Il DEF 2017 prevede che il **rapporto spesa sanitaria/PIL diminuirà dal 6,7% del 2017 al 6,4% nel 2019**. • 5 giugno 2017. Il DM “Rideterminazione del livello del fabbisogno sanitario nazionale” riduce il finanziamento pubblico del SSN di € 423 milioni per l’anno 2017 e di € 604 milioni per l’anno 2018 e successivi;
- 23 settembre 2017. La NADEF 2017 stima **un’ulteriore riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL dal 6,6% del 2017 al 6,3% nel 2020**;
- 27 dicembre 2017. La Legge di Bilancio 2018 **non prevede alcun incremento del FSN** che rimane fermo a € 114.396 milioni;
- 26 aprile 2018. Il DEF 2018 conferma la **progressiva riduzione del rapporto spesa sanitaria/PIL**, estendendo al 2021 il 6,3% già stimato per il 2020 nella NADEF 2017;
- dal settembre 2018, a fronte di previsioni più che ottimistiche di crescita economica, con la Nota di aggiornamento al DEF 2018, ha inizio una inversione di tendenza, seppure l’entità é inizialmente minima, successivamente la Legge di Bilancio 2019 conferma € 1 miliardo di incremento del FSN e prevede un aumento di € 2 miliardi per il 2020 e di ulteriori € 1,5 miliardi per il 2021, subordinati alla stipula, entro il 31 marzo 2019, di un’Intesa Stato-Regioni per il Patto per la Salute 2019-2021 che preveda *“misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi”*;

rilevato inoltre che

- l’epidemia, attualmente, ha colto il sistema sanitario impreparato per un’emergenza di questo tipo, a partire dalla scarsità dei DPI per gli operatori, ma anche per criticità di natura organizzativa;
- tra le diverse criticità, emerse nella gestione della crisi sanitaria provocata dal Coronavirus, è emerso con forza come la riforma ospedaliera e delle cure territoriali non hanno dato i risultati attesi, **non c’è stata una presa in carico reale delle persone positive con sintomi, con monitoraggi costanti, ma ci si è affidati alle segnalazione dei contagiati, che spesso a seguito del senso di abbandono, si sono rivolti agli ospedali invocando il ricovero, inoltre, tra questi soggetti ci sono stati numerosi casi arrivati all’ospedale in situazioni critiche che necessitavano di ricovero già da giorni**;

evidenziato che

- questa gravissima emergenza ci costringe a rivedere le concezioni e le previsioni fatte sin qui per il sistema sanitario regionale;
- è necessario investire risorse aggiuntive reali, che ripristinino i finanziamenti man mano cessati, sul sistema sanitario pubblico nelle sue diverse articolazioni: prevenzione, rete ospedaliera, rete territoriale, formazione e ricerca;
- per il futuro occorre costruire una programmazione tale da non trovarsi impreparati di fronte a una situazione emergenziale del genere.

IMPEGNA LA GIUNTA REGIONALE

- ad adottare un nuovo *“Piano Regionale per le emergenze sanitarie”* così da essere messi nella condizione di poter rispondere in maniera celere e strutturale a eventuali future situazioni d’emergenza;

- ad attivarsi con il Governo affinché la formazione di personale sanitario diventi una priorità per i prossimi decenni, a partire dalle borse di studio per gli studenti specializzandi in medicina, dalle professioni infermieristiche e dagli OSS;
- a finanziare un numero sempre crescente di borse di studio regionali per studenti specializzandi in medicina;
- a implementare e rinnovare il piano straordinario di assunzioni di personale sanitario in per tutte le strutture sanitarie del territorio regionale;
- ad attivarsi con il Governo nazionale affinché le assunzioni straordinarie effettuate in questo periodo di emergenza possano trasformarsi in assunzioni a tempo indeterminato, evitando di disperdere le professionalità maturate, con l'attivazione di tutti i percorsi formativi e selettivi necessari;
- a prevedere azioni straordinarie per consentire un "recupero" degli esami, delle visite e degli interventi rimandati durante l'emergenza coronavirus, tenendo conto dei tempi di attese già maturati, del tipo di patologie e di altri fattori che determinano celerità e priorità nell'esecuzioni di tali esami e visite specialistiche;
- a procedere con la riorganizzazione e il potenziamento della rete ospedaliera e territoriale, incrementando i posti letto (almeno al livello precedente all'ultimo quindicennio) e i servizi sul territorio per evitare, anche in futuro, che tutto il processo di cura si concentri sugli ospedali per mancanza di cure sul territorio, potenziando in particolare le cure a domicilio e l'attenzione per le persone con disabilità grave e per gli anziani non autosufficienti.