

CAMERA DEI DEPUTATI

N. 662

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**SPERANZA, AMENDOLA, ASCANI, BERRUTO, FORATTINI, FORNARO,
FURFARO, LAI, MALAVASI, MARINO, TONI RICCIARDI, SCOTTO,
SERRACCHIANI**

Abrogazione del comma 565 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e altre disposizioni in materia di determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale

Presentata il 30 novembre 2022

ONOREVOLI COLLEGHI! — La pandemia del Coronavirus ha evidenziato molti dei limiti del Servizio sanitario nazionale (SSN), ma ha dimostrato che le risorse umane sono l'elemento cardine del sistema, da cui dipende la qualità dei servizi erogati.

Già prima dell'emergenza, il mutato contesto socio-epidemiologico, l'allungamento medio della durata della vita e il progressivo invecchiamento della popolazione hanno generato il costante incremento di situazioni di fragilità sanitaria e sociale, l'aumento della cronicità e la sempre più frequente insorgenza di multi-patologie sul singolo paziente, con la necessità di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della

salute, percorsi di presa in carico della cronicità e medicina di iniziativa.

Aumentando l'invecchiamento, aumenta la domanda di assistenza sanitaria. La popolazione italiana è una delle più vecchie al mondo: quasi il 20 per cento supera i 65 anni di età e, secondo i dati dell'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), nel 2050 circa l'8 per cento degli italiani avrà più di 85 anni. Il sistema sanitario italiano, al momento, potrebbe non essere in grado di far fronte a questi cambiamenti.

Se confrontiamo il dato italiano con quello degli altri Paesi europei, in Italia contiamo 4 medici per mille abitanti, rapporto leggermente superiore alla media europea, pari a 3,6 nel 2017. Bisogna però sottolineare come si tratti principalmente

di medici anziani: oltre la metà ha più di 55 anni e risulta anche una carenza per alcune tipologie di specialisti (medicina d'urgenza, anestesia, rianimazione e terapia intensiva, medicina interna, pediatria e chirurgia generale in particolare, ma anche medici di medicina generale). Nei prossimi anni ci si aspetta dunque un forte *turn over* del personale. Invece, il numero degli infermieri è molto inferiore alla media europea, con 5,8 infermieri per mille abitanti in Italia contro gli 8,5 in media in Europa.

Secondo i dati dell'ISTAT, i medici impiegati dal Servizio sanitario nazionale in Italia nel 2017 sono circa 110.000, ma nel 2009 erano 118.000. Un numero che negli ultimi anni è stato costantemente in calo: infatti, se tra il 2001 e il 2009 si evidenzia una crescita del 4,2 per cento, si registra una diminuzione del 5,4 per cento dal 2009 in poi.

Tale riduzione è legata alle politiche di razionalizzazione della spesa realizzate negli ultimi dieci anni, che hanno determinato una significativa riduzione del numero di unità del personale sanitario. Nonostante gli sforzi profusi e come evidenziato anche durante l'emergenza da COVID, il sistema manifesta difficoltà nel reperire personale formato e specializzato in tempi adeguati rispetto ai bisogni emergenti. Tale criticità segnala la necessità di ripensare la normativa che regola la determinazione dei fabbisogni di personale e dei fabbisogni formativi dei professionisti del Servizio sanitario nazionale (specializzazioni e corsi di laurea triennali).

Per il futuro, il ruolo del personale diventa centrale anche nel Piano sanitario di riforma e resilienza, in corso di predisposizione, che propone un modello di « sanità circolare » che, partendo dalle determinanti della salute, immagina un servizio sanitario costruito intorno alla persona e alla comunità, che mira alla riorganizzazione e al potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale, per realizzare un'effettiva integrazione socio-sanitaria e un'assistenza di prossimità, tempestiva e appropriata, in favore di tutte le persone e della comunità. Il punto di partenza dell'asse è la casa, da considerare come primo luogo

di cura, nell'ambito della quale sviluppare la riorganizzazione dell'assistenza domiciliare con il supporto dell'innovazione tecnologica e digitale, passando poi all'implementazione delle case della comunità, alla riqualificazione delle residenze sanitarie assistenziali, alla realizzazione degli ospedali di comunità, a cui sarà attribuita una funzione intermedia tra l'assistenza domiciliare e il ricovero ospedaliero. Si valorizza l'integrazione ospedale-territorio, socio-sanitaria, interdisciplinare e multiprofessionale quale presupposto per l'effettiva presa in carico della persona (dalla persona sana alla multimorbilità e cronicità complessa e alla terminalità).

Per esempio, una novità importante è stata la costituzione, con il « decreto rilancio », della figura dell'infermiere di famiglia e comunità, che è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità, con conoscenze e competenze specialistiche nelle cure primarie e nella sanità pubblica, una figura necessaria per fornire l'assistenza nei prossimi anni.

È del tutto evidente che il Servizio sanitario nazionale ha significative carenze di personale in tutto il territorio nazionale e necessita di un ammodernamento degli strumenti di formazione e valorizzazione e dello sviluppo delle competenze professionali, con particolare riferimento al personale infermieristico, una delle categorie più sottodimensionate ma anche più strategiche del sistema sanitario, come emerso nella gestione dell'epidemia sia negli ospedali che nell'assistenza territoriale.

Se consideriamo poi che, per far fronte alla pandemia, come riportato dalla Corte dei conti nella sua audizione sulla manovra finanziaria presso le Commissioni bilancio di Camera e Senato, sono stati assunti 36.335 nuovi addetti, di cui 7.650 medici, 16.570 infermieri e 12.115 altri operatori sanitari, la necessità di una riforma nel metodo delle assunzioni appare non più procrastinabile. La pandemia ha infatti determinato un'importante assunzione di personale. Rispetto al 2019 si sono registrate 52.252 unità in più tra pubblico e privato, per un totale che è arrivato 898.775. Nel-

l'anno 2020 si evidenzia un'inversione del *trend* registrato negli ultimi anni, e il personale dipendente a tempo indeterminato del Servizio sanitario nazionale è tornato a crescere. Complessivamente si registra un aumento di 14.352 unità di personale, pari a +2,3 per cento rispetto all'anno precedente, di cui 6.007 unità a tempo determinato in più rispetto al 2019.

Anche la Commissione europea, nella sua raccomandazione sul programma nazionale di riforma 2020 dell'Italia, pubblicata il 20 maggio 2020, indica che: « la risposta dei sistemi sanitari regionali alla crisi si è basata principalmente su una mobilitazione straordinaria, in particolare del personale sanitario e dei servizi sociali locali, che ha compensato i limiti dell'infrastruttura fisica, del numero di operatori sanitari e degli investimenti degli anni passati volti a migliorare le strutture e i servizi. [...] Oltre a migliorare i processi di *governance* e i piani di preparazione alle crisi, le politiche *post* COVID-19 dovrebbero puntare a colmare la carenza di investimenti pubblici nell'assistenza sanitaria. Nel medio-lungo termine lo sviluppo di un piano strategico di investimenti sarà fondamentale per migliorare la resilienza del sistema sanitario italiano e garantire continuità nella prestazione di servizi di assistenza accessibili. A fronte delle attuali proiezioni relative alla forza lavoro nel settore sanitario, dovrebbe essere data priorità all'elaborazione di politiche volte a rimuovere gli impedimenti alla formazione, all'assunzione e al mantenimento in servizio del personale sanitario. ».

L'epidemia da Coronavirus ha messo a dura prova tutto il comparto medico-sanitario, mettendo in evidenza, da una parte, la grande competenza e professionalità del personale impiegato negli ospedali e, dall'altra, la carenza numerica del personale sanitario, che dura ormai da anni, e la necessità di incrementare soprattutto il personale specializzato e preparato ad affrontare situazioni simili, investendo anche in una formazione adeguata.

Premesso quanto sopra è divenuto ormai improcrastinabile affrontare la questione della carenza strutturale del perso-

nale, superando la logica dei tetti di spesa e introducendo strumenti moderni di governo delle risorse umane, fondati su una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale. L'immissione di nuovo personale costituisce il presupposto irrinunciabile per assicurare un'assistenza territoriale di prossimità e capace di assicurare un'effettiva presa in carico delle persone fragili.

Il vincolo dei tetti di spesa, infatti, costituisce uno strumento di finanza pubblica efficace nel breve periodo, ma è al contempo un taglio lineare che non tiene nessun conto della situazione di partenza di ogni singolo servizio sanitario regionale e della necessità di affrontare le sfide future investendo sulle risorse umane. Tali vincoli hanno indotto le aziende sanitarie, spesso, a esternalizzare anche servizi « *core* » o a ricorrere al lavoro interinale non sulla base di analisi strategiche di posizionamento o comparative « *make or buy* », ma esclusivamente per rispondere al dettato normativo.

Non è più rinviabile una revisione dell'attuale assetto normativo che, fermo restando l'equilibrio economico dei diversi servizi sanitari regionali, assicuri una maggiore flessibilità ai decisori nel definire le modalità e il *mix* di fattori produttivi necessari per perseguire la finalità istituzionali.

La presente proposta di legge prevede che, a decorrere dal 2024, sono abrogati l'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e qualunque altra norma che impone limiti alle assunzioni di personale dipendente e introduce un nuovo approccio, non più focalizzato su vincoli e tetti del personale, ma su logiche di programmazione, attraverso l'adozione e la relativa implementazione della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale prevista dall'articolo 11, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, come modificato dall'articolo 1, comma 269, della legge 30 dicembre 2021 n. 234.

Tale intervento normativo da un lato rappresenta il completamento di un ampio percorso di riforma dei tetti di spesa sui diversi fattori produttivi (farmaceutica, spesa da privato), dall'altro realizza un sistema di governo della spesa per il personale non tramite limiti lineari, ma sulla base di *standard* definiti in ragione degli obiettivi di salute del servizio sanitario.

Di seguito si svolge un'analisi delle conseguenze finanziarie dell'intervento proposto.

La spesa per il reddito da lavoro dipendente in ambito sanitario è passata, nel periodo 2002-2019, da 27.618 a 35.236 milioni di euro; tale variazione equivale a un incremento medio annuo dell'1,4 per cento.

Ma se si analizza il periodo dal 2003 al 2006, l'incremento medio annuo è del 4,9 per cento, nel quinquennio successivo il tasso di crescita si abbassa all'1,6 per cento. Tale tendenza al contenimento è ancora più evidente tra il 2012 e il 2019, anni in cui il tasso di variazione media diventa negativo (-0,3 per cento).

Se si considera l'incidenza della spesa per reddito da lavoro dipendente sulla corrispondente spesa sanitaria complessiva, si registra una diminuzione che passa dal 35 per cento del 2002 al 30 per cento del 2019. Quindi, nel 2019, su una spesa corrente di 117.337.800 euro, a livello nazionale solo il 30 per cento è relativo alla spesa per il reddito da lavoro dipendente, con variabili a livello regionale (si passa dal 49,7 per cento della provincia autonoma di Bolzano, al 23 per cento del Molise e al 24,4 per cento del Lazio).

Per le regioni sotto piano di rientro, negli ultimi anni vi è stata la conferma, anche parziale, del blocco del *turn over*, in coerenza con le valutazioni dei fabbisogni del personale ai sensi dell'articolo 1, comma 541, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, mentre per le regioni non sottoposte ai piani di rientro si è assistito all'autonoma attivazione di politiche di riduzione degli organici e, negli ultimi anni, a una ripresa delle assunzioni e delle stabilizzazioni.

L'impatto netto di tali azioni è valutabile anche sulla base dei dati del conto annuale della Ragioneria generale dello Stato: tra il

2009 e il 2017 (ultimo anno disponibile) il Servizio sanitario nazionale ha osservato una riduzione del personale dipendente di 46.552 unità: si è passati dalle 693.600 unità del 2009 alle 647.048 del 2017, con un decremento del 5,2 per cento annuo. I medici registrano una diminuzione di 5.876 unità (5 per cento in meno), mentre il personale non dirigente cala del 4,8 per cento (26.073 unità in meno).

La norma proposta incrementa, a decorrere dall'anno 2024, in linea con le esigenze regionali, l'attuale tetto di spesa fino al 30 per cento, garantendo che il 30 per cento (ovvero l'attuale incidenza della spesa del personale su quella complessiva) di ogni euro aggiuntivo investito nel Fondo sanitario possa essere destinato ad assunzioni di personale. Tale norma consentirà alle regioni di poter utilizzare oltre 2 miliardi di euro per l'assunzione a tempo indeterminato di personale, consentendo di mantenere e incrementare i livelli di personale assunto durante l'emergenza; ciò renderà stabile l'attuale dotazione, recuperando parzialmente il *gap* assunzionale rispetto ai fabbisogni che si è generato negli ultimi dieci anni.

È, infatti, necessario ricostruire un sistema sanitario basato principalmente sulla sua risorsa economica più importante, recuperando i tagli lineari degli ultimi anni e adeguandosi alle sfide di assistenza che dovrà affrontare nei prossimi anni.

Nella tabella 1, si è provato a simulare l'applicazione della disciplina proposta, partendo dall'incremento del Fondo sanitario nel 2024 (121.370 milioni di euro) rispetto al 2019 (114.474 milioni di euro), che è pari a 6.896 milioni di euro, e distribuendolo per regione in base alla quota di accesso applicata al riparto del Fondo sanitario 2020. Si è proceduto con il calcolo del 30 per cento dell'incremento per regione, che si è aggiunto all'importo più alto tra la spesa del personale 2019 da consuntivo e il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191.

La spesa per il personale aumenterebbe del 7,4 per cento, passando da 35.376 a 37.953 milioni di euro.

Praticamente, su un incremento di 6,8 miliardi di euro, 2 miliardi sarebbero dedicati alla spesa per il personale e ciò consentirebbe, a solo titolo esemplificativo, l'assunzione di oltre 40.000 unità personale.

Tabella 1

Simulazione dell'effetto della proposta di legge sulla spesa del personale

	Spesa personale consuntivo 2019	Spesa personale con vincolo 1,4%	Tetto di partenza per il 2021	Quota di accesso 2020	Incremento Fondo 2024 rispetto al 2019 per regione	Incremento 30% su aumento Fondo 2024 rispetto al 2019	Nuovo tetto 2024 con incremento 30%
Regioni	a	b	c=> tra a e b	d	e=(121.370-114.474=6896,1)*d	f=e*30%	g=c+f
Piemonte	2.856	2.634	2.856	7,36%	508	152	3.008
Lombardia	5.137	4.524	5.137	16,64%	1.148	334	5.481
Veneto	2.814	2.540	2.814	8,14%	561	168	2.983
Liguria	1.097	1.102	1.102	2,68%	185	55	1.157
Emilia-Romagna	3.125	2.678	3.125	7,46%	514	154	3.279
Toscana	2.615	2.305	2.615	6,30%	434	130	2.746
Umbria	636	538	636	1,49%	103	31	667
Marche	1.032	918	1.032	2,56%	177	53	1.085
Lazio	2.674	2.869	2.869	9,68%	667	200	3.069
Abruzzo	771	706	771	2,19%	151	45	816
Molise	169	184	184	0,51%	35	11	195
Campania	2.671	2.952	2.952	9,30%	641	192	3.144
Puglia	2.085	1.962	2.085	6,62%	457	137	2.222
Basilicata	373	332	373	0,93%	64	19	393
Calabria	1.125	1.137	1.137	3,19%	220	66	1.203
Sicilia	2.829	2.718	2.829	8,16%	563	169	2.998
Sardegna	1.201		1.201	2,74%	189	57	1.258
Friuli Venezia Giulia	975		975	2,06%	142	43	1.017
Valle d'Aosta	116		116	0,21%	14	4	120
Provincia autonoma di Bolzano	630		630	0,86%	59	18	647
Provincia autonoma di Trento	445		445	0,89%	61	18	464
	35.376	30.097	35.885	100,00%	6896	2.069	37.953

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

1. A decorrere dal 1° gennaio 2024, il comma 565 dell'articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e ogni altra disposizione che prevede limiti alle assunzioni di personale da parte degli enti del Servizio sanitario nazionale sono abrogati.

2. La verifica dei fabbisogni di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale è assicurata attraverso l'adozione della metodologia prevista dall'articolo 11, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 235, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60.

3. Sulla base della metodologia di cui al comma 2, ciascuna regione e provincia autonoma approva e aggiorna annualmente il piano triennale dei fabbisogni di personale per il servizio sanitario regionale.

4. Il piano triennale di cui al comma 3 è trasmesso al Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla *Gazzetta Ufficiale* n. 105 del 7 maggio 2005; il Tavolo di verifica degli adempimenti, avvalendosi dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, verifica la coerenza del piano triennale rispetto alla metodologia di cui al comma 2.

5. Nelle regioni e nelle province autonome che non abbiano approvato il piano triennale di cui al comma 3, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2019, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui al comma 4 o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191.

PAGINA BIANCA



19PDL0014010