

Discussione delle mozioni Grillo ed altri n. 1-00767 e Miotto ed altri n. 1-00899 concernenti iniziative di competenza in merito al personale del Servizio sanitario nazionale, al fine di assicurare i livelli essenziali di assistenza (ore 18,37).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca la discussione delle mozioni Grillo ed altri n. 1-00767 e Miotto ed altri n. 1-00899 concernenti iniziative di competenza in merito al personale del Servizio sanitario nazionale, al fine di assicurare i livelli essenziali di assistenza

Avverto che lo schema recante la ripartizione dei tempi riservati alla discussione delle mozioni è pubblicato in calce al vigente calendario dei lavori dell'Assemblea (*vedi calendario*).

Avverto che sono state altresì presentate le mozioni Calabrò ed altri n. 1-00900, Nicchi ed altri n. 1-00904, Palese e Fucci n. 1-00905, Vargiu ed altri n. 1-00907 e Rondini ed altri n. 1-00908), che, vertendo su materia analoga a quella trattata dalle mozioni all'ordine del giorno, verranno svolte congiuntamente. I relativi testi sono in distribuzione.

(Discussione sulle linee generali)

PRESIDENTE. Dichiaro aperta la discussione sulle linee generali delle mozioni.

È iscritto a parlare la deputata Silvia Giordano, che illustrerà anche la mozione Grillo ed altri n. 1-00767, di cui è cofirmataria. Ne ha facoltà.

SILVIA GIORDANO. Signora Presidente, la mozione presentata da tutti i componenti della Commissione affari sociali del Movimento 5 Stelle, a prima firma Giulia Grillo, interviene su un punto strategico del Servizio sanitario nazionale, **la gestione del personale sanitario**, una questione delicata che si coniuga con la garanzia dei livelli essenziali di assistenza, anzi ne è l'architrave. Una gestione che negli ultimi anni è stata affrontata solo e unicamente con interventi tesi alla razionalizzazione, ai tagli di risorse e posti letto e al fatidico principio del contenimento della spesa.

Una gestione che sembra più essere dettata dai meccanismi numerici del Ministero delle finanze, che dal principio di tutela e garanzia della salute propria del dicastero, che ha e deve avere come unico obiettivo la piena applicazione dell'articolo 32 della Costituzione. **Una gestione che ha sacrificato esperienze professionali e umane di quanti operano nel settore sanitario, costretti a fare i conti con turni di lavoro massacranti, che, inevitabilmente e involontariamente, si ripercuotono sulla qualità dell'assistenza che sono tenuti a garantire a qualunque costo.**

Il Patto per la salute 2014-2016 con l'articolo 22 ha istituito un tavolo interistituzionale in sede di Conferenza Stato-regioni che doveva di fatto definire **una bozza di disegno di legge delega in materia di personale sanitario**, che avrebbe dovuto concludere i lavori a ottobre 2014. Oggi, al di là di bozze di lavoro, di quel tavolo nulla si sa e i tempi sembrano dilatarsi, senza affrontare una delle questioni centrali del Servizio sanitario nazionale.

In tale contesto, pare necessario segnalare che tutti i termini previsti nel Patto della salute 2014-2016 sono rimasti lettera morta. Di quello che doveva rappresentare la svolta nel sistema salute italiano, **che puntava alla necessità di individuare standard di personale al fine di determinare il fabbisogno dei professionisti dell'area sanitaria**, tenendo conto di parametri qualitativi e di efficienza di utilizzo delle risorse umane, degli obiettivi e dei livelli essenziali di assistenza indicati dal Piano sanitario nazionale e da quelli regionali, delle reti di offerta territoriale ed ospedaliera e del loro sviluppo, dei cambiamenti della domanda di salute legati in particolare alle modifiche demografiche ed epidemiologiche, dell'evoluzione tecnologica e dello sviluppo delle competenze dei professionisti sanitari, ebbene, di tutto

questo nulla si sa. E il fatto ancor più grave è che il Governo avrebbe dovuto assicurare l'aggiornamento e l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e la sicurezza delle cure, nonché specifiche misure per la stabilizzazione del personale precario attraverso concorsi, anche tenendo conto della riorganizzazione delle reti e dei servizi.

Ma ci troviamo sempre a dover combattere con i soliti ritardi del Governo che tutto ha fatto, tranne che attuare il Patto per la salute. Per questo motivo il Movimento 5 Stelle ha presentato una mozione oggi in discussione che tende a portare il Governo e il Parlamento a discutere di una questione che non può essere lasciata a veleggiare in attesa di improbabili esiti. Questo mentre continuano gli sprechi e i disservizi nel Servizio sanitario, mentre ci accingiamo infatti a registrare altri 2,3 miliardi di euro di tagli nei prossimi anni come previsto da voi, dal Documento di economia e finanze.

A fronte dell'invecchiamento della popolazione e dell'innalzamento di richieste di servizi di prevenzione e cura, dovuti anche in gran parte al peso della crisi economica, che portano i cittadini a ridurre l'accesso a servizi di prevenzione e cura, oltre tutto appesantiti da *ticket* per molti insostenibili.

A nostro dire, c'è bisogno di un'inversione di tendenza e di istituire un tavolo di confronto vero, in sede di Conferenza Stato-regioni, anche utilizzando quello già avviato, ma con tempi certi e proponendo azioni o proposte normative che aggrediscano i punti qualificanti e fondamentali per un Servizio sanitario nazionale all'altezza delle necessità, universale e pubblico. Un tavolo tecnico in sede di Conferenza Stato-regioni, finalizzato concretamente alla rivisitazione della normativa vigente in materia di personale sanitario, che sia applicabile anche alle regioni con piano di rientro. Si tratta di affrontare, di petto e senza ulteriori azioni dilatorie, nodi irrisolti ma basilari per il mantenimento e l'ulteriore sviluppo dei livelli essenziali di assistenza, senza dimenticare le prestazioni da assicurare.

Con la mozione si richiede di risolvere i nodi e i guasti provocati dal blocco del *turnover* associato ad una vasta precarietà tra i lavoratori del Servizio sanitario nazionale.

Pag. 124

È necessario quindi partire da una deroga al blocco del *turnover* e parallelamente procedere alla stabilizzazione del personale precario, una deroga al blocco del *turnover* che si deve applicare anche nelle regioni soggette a piano di rientro, in quanto il risanamento non passa certo per la limitazione del personale necessario a garantire l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza.

Non solo, il Governo deve assumere iniziative per semplificare e attuare le procedure di mobilità interregionale del personale sanitario, tenuto conto della necessità di assicurare in particolare i livelli delle prestazioni uniformi su tutto il territorio nazionale. In Campania, ad esempio, si sta consumando da anni una guerra tra poveri, i poveri da un lato sono i precari, e dall'altro gli stabilizzati, che però sono costretti a lavorare lontano dalle proprie regioni di residenza senza avere la benché minima speranza di ottenere il trasferimento. Forse il Governo non lo sa, ma è in rete una petizione per chiedere di mettere in ordine alle procedure di mobilità interregionale nel *turnover*. Forse il Premier è troppo impegnato a risolvere le guerre interne al suo partito e a cercare di far governare qualcuno che è stato dichiarato ingovernabile, che non può governare, e a occuparsi di tutt'altro piuttosto che pensare a chi lotta con tutte le armi legali per far valere un proprio diritto. Finora infatti sono state raccolte 2.700 firme in pochissimo tempo che corrispondono ad altrettanti lavoratori

sanitari che chiedono tre cose semplicissime.

Primo, lo sblocco del *turnover* e l'attivazione della mobilità extra-regionale prima di qualsiasi altra procedura concorsuale. Tutto ciò eviterebbe il ricorso a convenzioni esterne e a cooperative interinali i cui costi gravano maggiormente sulla spesa sanitaria, sebbene nascosta in bilancio sotto la voce di «acquisti di beni e servizi».

Secondo, mettere ordine nella questione mobilità e concorsi, perché chi è già vincitore di concorso non può partecipare ad un altro per ottenere il trasferimento. È contraddittorio dal punto di vista legale e paradossale da un punto di vista umano, oltre che deleterio per il buon andamento delle aziende sanitarie e ospedaliere che continuano ad essere sommerse di personale precario non stabilizzato che si aggiunge a quello già esistente, scatenando così la triste guerra tra poveri di cui ho parlato prima.

Terzo, abrogazione delle parole «previo assenso dell'amministrazione di appartenenza», comma 1 dell'articolo 4 della legge n. 114 del 2014, che nega finora al lavoratore dipendente di svincolarsi con la mobilità volontaria dal rapporto di lavoro con l'Amministrazione cedente, privato così di fatto del diritto di scegliere dove lavorare e corroso da una specie di ricatto morale e giuridico da cui non si riesce a liberare finalmente. Questa è la petizione che è *on line*, tre punti semplici che stanno chiedendo tutti, oltretutto su questo argomento ogni volta che c'è una campagna elettorale soprattutto nelle regioni soggette a piano di rientro tutti sembra che dicono che hanno chiesto lo sblocco del *turnover* in Parlamento, io ero presente proprio durante la discussione dei vari emendamenti a luglio scorso in uno dei decreti sulla pubblica amministrazione, dove era stato proposto anche lì lo sblocco del *turnover* ed è stato bocciato da tutti i partiti, ma lasciamo stare. Quello che noi adesso chiediamo al Parlamento e al Governo è di valutare. Sono punti semplicissimi, tanto che li leggo letteralmente dalla mozione.

Chiediamo e impegniamo il Governo ad istituire, in sede di Conferenza Stato-regioni, un tavolo di confronto al fine di individuare le modalità di rivisitazione, nel rispetto della programmazione come stabilito dalle normative vigenti, delle norme di gestione del personale degli enti e delle aziende del Servizio sanitario nazionale, facendo sì che i risultati del tavolo di lavoro sopra indicato siano presentati entro e non oltre il 30 aprile 2015, data di scadenza per la presentazione dei costi e dei fabbisogni standard; al fine di assicurare il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza, chiediamo e impegniamo il Governo ad assumere iniziative per una deroga al blocco del *turnover* del personale del Servizio sanitario nazionale, applicandola anche alle regioni sottoposte ai piani di rientro; ad assumere le iniziative di competenza, anche di concerto con la Conferenza delle regioni, al fine di semplificare ed attuare le procedure di mobilità interregionale del personale sanitario in relazione alle piante organiche e alla garanzia di assicurare i livelli essenziali delle prestazioni in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale.

Vede, sottosegretario, colleghi, io non sono una persona che pensa che il Movimento 5 Stelle sia l'unica forza politica a parlare con i cittadini, anzi, sono esattamente convinta del contrario, e allora, come noi, sono convinta che tutti voi anche siete stati bombardati da lettere di persone, *mail* e qualsiasi altro mezzo di informazione di persone che vi chiedevano la cortesia di provvedere a risolvere questa situazione perché vogliono tornare a casa dai propri familiari, nella propria regione di residenza, e lavorare lì perché hanno tutto il diritto di poterlo fare e noi abbiamo tutto il dovere di poter porre rimedio a questa situazione. La mozione ha questo obiettivo e tra qualche giorno la voteremo. A ognuno la propria responsabilità.

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la deputata Miotto, che illustrerà anche la sua mozione n. 1-00899. Ne ha facoltà.

[ANNA MARGHERITA MIOTTO](#). Grazie, signora Presidente. Nel presentare la mozione che, con i colleghi del Partito Democratico, portiamo alla discussione dell'Aula in materia di **politiche del personale del sistema sanitario nazionale**, corre l'obbligo di fare almeno un riferimento alla discussione, che si è sviluppata in questi ultimi mesi, sulla sostenibilità del sistema sanitario e sulle misure che sono state poste in essere per frenare l'andamento della spesa che, fino al 2009, ha visto un andamento crescente sull'ordine del 4 per cento.

Dal 2009 è iniziato un processo di stabilizzazione della spesa, che, però, nel 2013 ha segnato una riduzione dell'1,2 per cento, prima volta dal 1995. Questo risultato è stato ottenuto nonostante un oggettivo peggioramento del quadro epidemiologico, nonostante un aumento delle forme di deprivazione socio-economica, soprattutto in alcune aree del Mezzogiorno, e in presenza del procedere della crescita tecnologica e dell'innovazione nel campo farmaceutico, che generalmente sono indicati come i fattori determinanti l'aumento della spesa sanitaria.

Come è potuto, allora, accadere che si riducesse il Fondo sanitario e venisse stabilizzata la spesa, pur in presenza di fattori che ne avrebbero indotto l'aumento? Certamente è stata avviata una poderosa *spending review* e se questa azione ha consentito e consentirà di abbattere gli sprechi si sarà fatta buona amministrazione. Ma in questi anni sono state fatte anche altre scelte che hanno portato a quei risultati di natura finanziaria, scelte che riguardano il più importante dei fattori produttivi del sistema sanitario, cioè il lavoro dei professionisti.

Le retribuzioni dei dipendenti pubblici sono ferme da oltre sei anni. **La spesa del personale si è ridotta, negli ultimi tre anni, dell'1,5 per cento all'anno. Il blocco del turnover, in particolare per le regioni in piano di rientro, che sono ben sette, è proseguito. È stato introdotto il blocco dei trattamenti accessori e della retribuzione, è stata operata una riduzione delle risorse per la formazione specialistica dei medici.** Insomma, potremmo dire che questa cura dimagrante, imposta dalle misure di **contenimento della spesa pubblica, sta riguardando prevalentemente il personale del sistema sanitario nazionale.** Questo avviene in una fase nella quale, invece, si dovrebbero mettere in campo operazioni di riordino dei servizi per riallocare le risorse in un nuovo equilibrio fra ospedale e territorio, riorganizzare gli ospedali per intensità di cure, aggiornare i piani regionali di offerta dei servizi, sulla base dei nuovi standard strutturali ed organizzativi, applicare l'ambizioso patto per la salute, sottoscritto fra regioni e Governo nel 2014 e parzialmente recepito nella legge di stabilità del 2015.

Noi guardiamo con interesse le novità in particolare previste dal nuovo patto per la salute e, fra queste, il blocco del *turnover* che avrà efficacia solo fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello della verifica positiva del piano di rientro. Come va sottolineato il fatto importante che dal 2015 viene modificato il vincolo contenuto nella finanziaria 2010 del tetto di spesa per il personale pari alla spesa del 2004, ridotta dell'1,4 per cento. **Ed è altrettanto importante la costituzione del tavolo politico previsto dall'articolo 22 del patto per la definizione di una legge delega che preveda nuove norme per la valorizzazione delle risorse umane del sistema sanitario nazionale, per favorire un'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie, una nuova disciplina della formazione di base specialistica del personale, la introduzione di standard di personale per livello di assistenza, al fine di determinare il fabbisogno dei professionisti sanitari a livello nazionale, nonché la puntuale applicazione del DPCM sul precariato.**

Sappiamo però che sta crescendo la sofferenza tra i 700 mila professionisti del Sistema sanitario nazionale per il permanere dei vincoli imposti a partire dal 2010 e per l'attesa, che si protrae da troppo tempo, per l'avvento di una nuova normativa sulla responsabilità professionale, nonché per la definizione di un'autonoma area contrattuale per la dirigenza medica e sanitaria. Per accogliere queste richieste, che vengono espresse anche in queste settimane con numerosi appelli sottoscritti dalle sigle sindacali del comparto, riteniamo perciò che il Governo possa prendere in considerazione i contenuti della mozione che abbiamo presentato, nella convinzione che il Sistema sanitario nazionale tutela la salute di tutti i cittadini mediante la garanzia dell'accesso ai livelli essenziali di assistenza. Ma senza i professionisti del Sistema sanitario nazionale non sarebbe possibile erogare i LEA e in questa simbiosi tra professionisti e LEA risiede la garanzia del diritto fondamentale alla salute, previsto dall'articolo 32 della Costituzione.

PRESIDENTE. È iscritta a parlare la deputata Binetti, che illustrerà anche la mozione Calabrò n. 1-00900, di cui è cofirmataria. Ne ha facoltà.

PAOLA BINETTI. Grazie Presidente, la nostra mozione parte da un presupposto abbastanza evidente, che, se vogliamo mettere al centro dell'attenzione del Sistema sanitario nazionale i pazienti, l'unico modo per poterlo fare correttamente, l'unico modo per garantire qualità dell'assistenza, sotto il profilo della qualità delle prestazioni, ma anche sotto il profilo della qualità della relazione, significa per noi mettere al centro

dell'attenzione i bisogni e le esigenze, filtrandole in modo adeguato, del personale. **E il**

personale che si muove in sanità è un personale complesso. I numeri li facevano prima presenti i colleghi: parliamo dell'ordine di 350 mila medici, di 350 mila infermieri, pensiamo poi a quell'altra ventina di professioni sanitarie totalmente essenziali anche loro al sistema, penso ai tecnici di radiologia, ai tecnici di laboratorio, ai fisioterapisti, ai logopedisti, e penso alle mille figure

professionali; mille no, sono in realtà ventidue figure professionali molto concrete per le quali è tracciato un profilo professionale molto preciso e che compongono questo universo variegato del personale in sanità, che costituisce a oggi la fonte forse principale dell'economia che si è fatta. Proprio perché si è fatta questa sorta di economia su tre modalità concrete: in primo luogo, con il blocco del *turnover*, che significa sostanzialmente il blocco delle assunzioni; in secondo luogo, con il blocco degli stipendi, che significa sostanzialmente, come dire, legare le prestazioni di oggi, anche con i costi della vita di oggi, a quelle che erano le condizioni economiche soltanto di ieri; e in terzo luogo, ma non terzo, spingendo l'acceleratore sulla quantità di lavoro che viene richiesta a queste persone che si è improvvisamente moltiplicata proprio a fronte anche della riduzione del personale, ossia noi stiamo facendo economia. Effettivamente è vero, peccato che la stiamo facendo sulla pelle del personale sanitario. E questo secondo me richiede un momento di riflessione molto attento da parte del Ministero, perché si può chiedere molto, come il famoso aneddoto, che conosciamo tutti, del famoso asino di Buridano, che finalmente, quando aveva imparato a non mangiare e a non bere, peccato che poi ormai, quando era nel momento della massima redditività, morì. Perché dico queste cose? Le dico perché in realtà il prezzo di tutto questo non lo paga solo il personale; il prezzo di tutto questo finiscono per pagarlo, e pagarlo caramente, i pazienti.

E come lo pagano i pazienti questo prezzo ? Lo pagano per esempio con l'allungamento delle file, con l'allungamento del tempo necessario per avere una visita, con l'allungamento del tempo necessario per accedere ad una analisi.

Certo per chi dispone di risorse aggiuntive è anche molto facile, ci si può rivolgere ad una struttura, a volte una struttura convenzionata, e va ancora bene, altre volte invece ad una struttura privata, e già va meno bene perché toglie energia a quel principio fondamentale del nostro sistema sanitario nazionale che è la gratuità e l'universalità del sistema.

Noi sappiamo anche che certo le strutture ospedaliere quelle più attente, quelle più sensibili, quelle che si sono date dei modelli organizzativi più efficienti ottengono questo lavorando fino a notte fonda, le macchine come si dice in gergo – siccome due sono gli imbusti di un ospedale, come è noto, una è la radiologia e l'altro le sale operatorie – lavorano fino a tardi – a volte la gente si chiede stupita: ma davvero mi ha dato un appuntamento alle otto e mezza di sera ? Davvero le ho dato appuntamento alle otto e mezza di sera – oppure lavorano il sabato mattina, il sabato pomeriggio, ossia, tutta questa macchina che ha aumentato la sua dimensione di efficienza lo ha fatto sempre a carico del personale, e questa è una cosa di cui va tenuto adeguatamente conto perché non si è resa soddisfazione al personale di tutto questo.

Questo è il motivo per cui noi insistiamo perché veramente con questa mozione il personale sanitario occupi quel posto di eccellenza, nell'attenzione di un Ministero della salute, che merita. D'altra parte, sappiamo anche quali sono poi le altre misure compensatorie quando tu più di tanto il piede sull'acceleratore non puoi premerlo, quando le analisi più di tanto non le puoi moltiplicare, quando più di tanto non puoi intensificare i turni, allora accedi a quello che si chiama il personale in *outsourcing*, ma va benissimo, il personale *outsourcing* per carità è fatto di cooperative, è fatto di persone anche motivate, è fatto di gente che ha voglia di lavorare; peccato che spesso questo personale di *outsourcing* sia un personale non italiano, un personale che si è formato in luoghi diversi, un personale di cui non conosciamo fino in fondo i dettagli della competenza professionale raggiunti, perché ci arrivano attraverso le cooperative, non li selezioniamo direttamente, qualcuno li seleziona per noi; per carità, se non siamo contenti possiamo sempre dire: questo non me lo mandare più, ma certamente viene meno una delle motivazioni principali, che è la motivazione alla formazione del personale.

La motivazione alla formazione del personale, soprattutto in sanità, come tutti sappiamo, è una motivazione che si snoda su due binari: il primo è quello delle competenze personali; come facciamo a trasmettere a questo personale quelle competenze rese obbligatorie dal processo tecnologico di aggiornamento a cui in un certo senso l'intera struttura ospedaliera viene sottoposta ? Ma questo è soltanto un pezzo del problema, l'altro aspetto importante del problema è che l'aggiornamento si deve svolgere attraverso lo sviluppo di quelle competenze di quelle *skill* comunicative, integrative che creano il lavoro in *équipe*, che creano l'affiatamento di una macchina, che permettono che un sistema rodato funzioni adeguatamente.

Ora, quando tu ti trovi di fronte al personale in *outsourcing*, che quindi non è un personale che oggi c'è, ma domani potrebbe anche non esserci, è molto difficile per te investire su di loro, ma anche molto difficile per loro investire su di sé nelle competenze trasversali, perché le competenze trasversali sono tanto necessarie quanto apparentemente meno riconoscibili, è più facile dire questa persona sa fare queste cose che non questa persona si sa relazionare correttamente con i colleghi eccetera, eccetera, e quindi la gente preferisce investire in quelle che sono le proprie *technical skill* invece che proprio quelle che sono per esempio le *communication skill* eccetera, eccetera. Quindi, noi ci troviamo davanti peraltro a un discorso estremamente sperequativo, perché abbiamo appena approvato, ed è al Senato in discussione in questo momento, il provvedimento

sulla buona scuola, dove 100 mila precari sono stati stabilizzati a tempo indeterminato, e questo è sembrato molto poco al personale della scuola, tanto che hanno legittimamente messo in piedi, nelle diverse piazze di Roma, una molteplicità di iniziative che richiamano l'attenzione su quegli altri 50 mila precari che non sono stati stabilizzati. Ebbene, e ai nostri che ? E nella sanità ?

Pag. 133

Una misura di stabilizzazione del personale non ha trovato lo stesso accento forte perché, in un certo senso, tu compensi: quelli che sono i supplenti di là sono il personale in *outsourcing* di qua. E questo, a mio avviso, è un rischio di cui il prezzo non può che pagarla la qualità dell'assistenza che viene erogata ai pazienti.

D'altra parte, paghiamo anche un altro prezzo importante. È da poco tempo che sono in Parlamento e, se vi è un luogo comune che riecheggia costantemente e continuamente di Governo in Governo, è la necessità di spostare l'attenzione dalla politica ospedalocentrica al territorio. Peccato che le strutture di raccordo tra medici ospedalieri e medici di famiglia non siano mai state adeguatamente messe in piedi.

E, quindi, cosa succede ? Che l'economia letta all'interno della struttura ospedaliera, che porta a una riduzione dei giorni di degenza, perché i giorni di degenza ormai, anche per un intervento – ma non voglio dire intervento, perché non è un intervento – come potrebbe essere il parto, ma, dopo molti interventi che vengono fatti in laparoscopia, il paziente in tre giorni sta a casa, anche perché tutta la preparazione, tutto il cosiddetto pre-operatorio viene fatto sicuramente in modalità ambulatoriale, e non in modalità da ricovero.

I pazienti vanno a casa dopo tre giorni, perché il chirurgo sostiene che «ormai il punto è fermo» – che per lui è, ancora una volta, l'approccio tecnico – «l'intervento l'ho fatto, l'intervento è andato bene, che problema c'è ? Invece di stare ricoverato qui, il paziente può stare a casa sua, accudito dalla sua famiglia».

Peccato che anche le famiglie siano, in questo momento, in grande crisi, lo sappiamo tutti, la molteplicità delle famiglie. Conosciamo tutti il dramma della solitudine, sappiamo cosa succede quando il paziente in questione è un anziano; magari, un anziano che si è rotto un femore, è stato operato, fortunatamente, in ventiquattro ore, lo mettono in piedi, e quindi che torni a casa. Peccato che, dopo essere stata messa in piedi, questa persona non è in grado di fronteggiare tutte le altre esigenze che caratterizzano la sua autonomia nella vita di famiglia.

E a casa non c'è nessuno, perché la famosa assistenza domiciliare, che dovrebbe essere il costo ridotto, ma il costo che si integra alla luce del risparmio del costo ospedaliero, che, oggettivamente, è stato proprio ridotto all'osso, quel servizio, di fatto, non è mai partito. E questa è un po' la tragedia che i nostri malati sperimentano in questo periodo: da un lato, l'eccellenza delle prestazioni sotto il profilo tecnologico, e questo ci fa dire che noi abbiamo bisogno, in fondo, di pochi ospedali ad altissima tecnologia, in grado di fornire prestazioni di assoluta eccellenza, ma, poi, abbiamo bisogno di una rete di assistenza, che è quella che si snoda proprio nella qualità di cura, nella qualità dell'attenzione; ma questo necessita di persone, necessita di attenzione, necessita di qualcuno che guardi in faccia questi malati, che li vada a trovare a casa.

Penso alla narrazione, di alcuni giorni fa, di una giovane donna che aveva partorito, che è tornata a casa: non c'è la mamma, non c'è la suocera, vale a dire le figure di riferimento privilegiate, che sono quelle che si prendono cura di te, che ti insegnano anche come, per così dire, maneggiare il bambino, come gestirlo. Non vi è nessuno e poi ci stupiamo che vadano in depressione *post partum*: è il minimo che possano fare.

E questo è un po' il sistema. Per questo, il personale è una ricchezza straordinaria, e

risparmiare sul personale significa attivare un processo della non qualità; e a me sembra importante questo, a me sembra importante che si faccia una programmazione che leghi questi tre indici. Il primo: quanti studenti iscrivo al corso di laurea in medicina, per infermiera, per fisioterapista, per tecnico di laboratorio, per tecnico di radiologia, per dietista e così via ? Quanti ne servono ?

Questo è il numero che mi dà il Ministero della salute. E a chi lo dà il Ministero della salute ? Al Ministero dell'università ! Ma, poi, vi è l'altro numero importante: se ho deciso che questo è il fabbisogno del personale di qui a dieci anni o di qui a cinque anni, poi devo metterlo in condizione di specializzarsi. E tutti conosciamo l'annoso e drammatico scollamento che vi è tra il numero degli iscritti alla facoltà di medicina e il numero di borse che sono disponibili, che poi non sono borse, ma sono contratti di lavoro che sono disponibili per gli specializzandi.

Sappiamo che, anche quest'anno, nonostante lo sforzo fatto sia dal Ministero della salute che dal Ministero dell'università e della ricerca, vi è uno scollamento di quasi 3 mila unità. Ma poi vi è un'altra possibilità. E, dopo che ho investito dieci anni nella formazione queste persone, sei anni di laurea, quattro anni di specializzazione, quando non sono cinque, dieci anni di specializzazione, sicuramente con una partecipazione delle famiglie, ma anche, in grande misura, a carico dello Stato, poi che cosa ho ?

Ho quella drammatica sottoccupazione degli specializzati, non degli specializzandi, che non riescono ad entrare da nessuna parte e che, per bene che gli vada – i più brillanti fanno questo – migrano all'estero. Ma non è una migrazione di scarso profilo, è una migrazione che è costata un investimento di 10 anni, tutto per poi regalare questo personale a tante altre strutture che lo chiedono, che lo apprezzano e a cui, peraltro, offrono dei contratti di lavoro altamente competitivi.

Ecco, quindi, la necessità di avere quella visione d'insieme tra la programmazione sanitaria, la programmazione accademica, la prospettiva del tempo, perché a noi quello che ci preoccupa è quando leggiamo che il blocco del *turnover* deve arrivare fino al 2020. Tutto succederà nel 2020, Horizon nel 2020, il Trattato di Bologna nel 2020. Mi auguro di esserci nel 2020 per capire poi, di fatto, cosa succederà, ma anche il blocco del *turnover* è stato prolungato sino al 2020.

Questo vuol dire sei anni di prospettiva e sei anni sono una vita. I sociologi dicono che in cinque anni c'è un tale cambiamento nel sistema da, veramente, generare strutture sociali imprevedibili all'inizio del quinquennio. Noi non sappiamo cosa succederà in Italia sotto tanti punti di vista. Sicuramente stiamo assistendo, in questo momento, ad un *revival* di patologie che non avevamo visto. Ci sono ragazzi che ti dicono «io non avevo mai visto la scabbia», perché certo è difficile nei nostri ospedali, a parte fargli vedere le figure sui libri, anche mostrargli il paziente con la scabbia. Adesso, come adesso, sì certo, vedono i pazienti con la scabbia, vedono i pazienti che sono vittime di un contesto sociale, in qualche modo, trascurato, di condizioni igieniche inadeguate. Non sappiamo tra cinque anni cosa ci dirà l'epidemiologia e quali saranno le patologie emergenti.

Noi stiamo passando da quella che sembrava un'emergenza a quello che sta diventando un vero e proprio cambiamento strutturale. Quindi, veramente, potrei continuare a lungo nella Pag. 136 descrizione dei mali della sanità, ma la descrizione dei mali della sanità ci addolora tutti, perché è con questi mali che noi dobbiamo curare.

Vi sono due famosi aforismi, uno che dice «*medice, cura te ipsum*», quindi noi non potremo curare il sistema sanitario nazionale, se non abbiamo curato i medici; ma ce ne è anche un altro, che è la grande metafora del guaritore ferito; soltanto un medico che è passato anche lui per un'esperienza personale di disagio, in qualche modo, di complessità, di difficoltà, riesce a sviluppare poi quella sensibilità che lo mette in condizione di dialogare con gli altri.

Allora, quale potrebbero essere le parole chiave ? Quali, di fatto, sono le parole chiave

della nostra mozione ? Da un lato, previsione e, dall'altro, formazione. Da un lato, mobilità certamente, mobilità intraregionale e interregionale. Preferiremmo la mobilità interregionale, piuttosto che vedere andare sempre all'estero i nostri studenti, e spesso i migliori dei nostri studenti. Quello che in qualche modo è, da un lato, la flessibilità e, dall'altro, la stabilità. È chiaro che è un punto di equilibrio dinamico quello che si deve cercare, ma è il punto di equilibrio che farà la fortuna in qualche modo, di questa nostra sanità che, nonostante tutto, continua a servire, continua a curare, nonostante tutto, i nostri medici sono tra i migliori.

Ci vuole un punto di equilibrio tra i lavori usuranti che questi medici si trovano in questo momento a fare e quelle che sono le tensioni per il personale. Non vorremmo leggere sui giornali del rischio dello sciopero. Lo sciopero dei medici è una di quelle cose che ci risultano totalmente insopportabili, perché non si può far scioperare personale che deve farsi carico poi di persone in gravi difficoltà.

Quindi, la mozione punta a questo, a garantire in qualche modo la stabilizzazione del personale, la riduzione del precariato, a rilanciare la formazione, punta in qualche modo a chiedere davvero che piccole misure, come quelle della mobilità interregionale, oltre che intraregionale, possano davvero permettere a questi nostri medici di trovare la collocazione che è più dignitosa per loro, ma soprattutto più utile e più efficace per i malati.

[PRESIDENTE](#). È iscritta a parlare la deputata Nicchi, che illustrerà anche la sua mozione n. 1-00904. Ne ha facoltà.

Pag. 137

[MARISA NICCHI](#). Grazie, Presidente. Io voglio iniziare la presentazione della nostra mozione con un ringraziamento a tutti gli operatori e le operatrici sanitarie del sistema pubblico, un ringraziamento non formale, perché in questi anni di sciagurate politiche di dimagrimento del sistema e di definanziamento del sistema sanitario hanno garantito le cure in condizioni di lavoro – le loro – peggiorate e sempre più gravose, privati di prospettive professionali ed economiche.

Non mancano nel nostro sistema disfunzioni, diseconomie, fenomeni di lassismo e purtroppo non possiamo che dire che, se il sistema ancora funziona, soprattutto in alcune aree del nostro Paese, è per il carico che tanti e tanti operatori si sono sobbarcati per garantire il servizio. È un processo che è stato denunciato dai sindacati, da molte associazioni, che il professor Caricchi, per esempio, ha definito come un processo di decapitalizzazione del lavoro in sanità.

Questo è molto grave. È avvenuto – lo abbiamo detto – sotto gli occhi di tutti, attraverso il blocco dei contratti da sei anni. Ora, il blocco dei contratti non solo ha implicazioni economiche pesanti per gli operatori stessi, ma è anche un impedimento ad un uso della contrattazione come veicolo e tramite anche di nuove forme di organizzazione e di qualificazione del lavoro in sanità. Vi sono poi lo stesso blocco del *turnover* – e ci torniamo perché è il caposaldo di questa architrave di questa politica di decapitalizzazione del lavoro in sanità – oppure i processi di riduzione e compressione degli standard, finalizzati alla definizione di organici sottostimati, di organici ridotti, il ricorso al precariato, le esternalizzazioni per usare un personale a basso costo, oppure l'utilizzo di personale in convenzione. Sono tutte queste modalità che hanno prodotto questo processo di impoverimento del lavoro in sanità.

Poi vorrei usare un'altra parola, quella di demansionamento che, in questo nostro settore, nell'organizzazione sanitaria, è stato già ampiamente praticato prima ancora che arrivasse la legittimazione del Jobs Act. Infatti, il demansionamento è praticato a man bassa nel sistema sanitario pubblico ed è quel fenomeno per cui c'è un uso distorto del

lavoro per sopperire alle carenze di organico, per sopperire alle disfunzioni legate a mancanza di personale, che chiedono Pag. 138ad altri di fare dei lavori anche che non corrispondono alla loro professionalità. Infatti, i numeri lo dicono: dal 2009, con la crisi, al 2013 gli occupati nel servizio sanitario nazionale sono diminuiti di oltre 23 mila unità e, rispetto al 2012, si è registrato un calo di oltre 3 mila unità, meno lo 0,5 per cento.

Il blocco del *turnover* per il personale impedisce il ricambio generazionale. Ha fatto sì che circa un terzo del totale del personale abbia tra i 51 e i 59 anni, con carichi di lavoro sempre più usuranti, che naturalmente si ripercuotono sull'assistenza sanitaria, per esempio, in alcuni anelli del sistema molto, ma molto delicati: penso a tutto il sistema dei pronto soccorso che, per definizione, prevede un'organizzazione stressante e attiva ventiquattro ore su ventiquattro.

Insomma, siamo immersi in una politica che considera il lavoro un costo da comprimere e non un valore, che vede il lavoro sempre più come un'opportunità di risparmio e non un investimento, un'occasione di miglioramento della qualità dei servizi sociosanitari da erogare per garantire i livelli essenziali di assistenza.

La decapitalizzazione del lavoro è un importante pezzo che, insieme alla linea dei tagli al servizio sanitario nazionale, ha ridotto drasticamente gli investimenti in questo settore.

E dobbiamo sempre ricordare che la spesa sanitaria in Italia risulta inferiore a quella dei principali Paesi europei e una delle più basse nella media dell'OCSE. In fondo, questo è un tema che dobbiamo sempre avere presente, il sistema sanitario italiano rimane tra i meno costosi al mondo.

Le politiche di definanziamento del sistema, insieme alla politica dei *ticket*, che è stata abbondantemente praticata in questi anni, ha reso – e gli effetti sono evidenti – più competitive le prestazioni dei privati e ha messo in crisi i diritti alle prestazioni sanitarie di larghe fasce della popolazione, aggravando le disuguaglianze nell'accesso alle cure. Questo è uno dei problemi che si sta aggravando in modo pesante nel nostro Paese.

Una recente ricerca del Censis salute di questi giorni ha fatto emergere come gli ingolfamenti del sistema per le lunghe liste di attesa rendano, anche a fasce di popolazione medio-basse, più conveniente il ricorso al privato. Un miliardo di euro in più in un anno è uscito dalle tasche di cittadine e cittadini, per un totale di 33 miliardi nel 2014, più 2 per cento rispetto all'anno precedente. Diciamola in sintesi: pagare Pag. 139diventa per tutti, anche per le persone con redditi bassi, la condizione per accedere alle prestazioni in tempi realistici.

Noi dobbiamo affrontare questo tema. È un tema di primaria grandezza nelle scelte del Governo: il diritto alla salute e alle cure dei cittadini oggi è compromesso e rischia. Di fronte a questa sfida il documento economico del Governo cosa fa? Programma un impoverimento ulteriore, visto che ha previsto un progressivo calo del rapporto tra spesa sanitaria e prodotto interno lordo, dal 6,8 del 2015 al 6,5 dell'anno 2019, ovvero – ripeto – la programmazione di un impoverimento graduale. Poi, se aggiungiamo i tagli al fondo sanitario nazionale a decorrere dal 2015, stabilito dall'intesa Stato-regioni, e quelli all'edilizia sanitaria, è chiaro che il quadro diventa e appare in modo evidente molto, molto difficile.

Ed è chiaro anche dove si va a parare. Questo noi lo evidenziamo e ne faremo occasione della nostra battaglia. Infatti, si sta sempre di più andando verso un sistema

sanitario a due binari: uno pubblico, sempre meno efficiente, non adeguato, destinato alle fasce sociali medie e basse, ed un sistema misto, pubblico e privato, di sanità integrativa, finanziato con assicurazioni sanitarie private o di categoria e, per così dire, con prestazioni migliori destinate ai cittadini con maggiori possibilità economiche.

La stessa Corte dei conti ha ricordato come – cito la sentenza della Corte – ulteriori risparmi ottenibili da incrementi di efficienza, se non reinvestiti prevalentemente nei settori dove è più carente l'offerta di servizi sanitari, come ad esempio nell'assistenza territoriale e domiciliare, oppure nell'ammodernamento tecnologico infrastrutturale, potrebbero rendere problematico il mantenimento dell'attuale assetto dei LEA, facendo emergere nel medio periodo deficit assistenziali più marcati nelle regioni meridionali, dove sono relativamente più frequenti le carenze.

Di fronte a questo la Ministra della salute Beatrice Lorenzin – colgo quest'occasione anche per farle gli auguri per i suoi due bambini, la sua bambina e il suo bambino, appena nati – dichiara e ammette: la sanità, al di là dei risparmi di efficienza ottenibili, ha bisogno di più risorse, soprattutto su tre fronti – lei dice –, ossia innovazione, investimenti, ricerca e personale.

Pag. 140

Ecco, anche lei è entrata pienamente nella scia e nell'abitudine di questo Governo in cui si fanno grandi annunci, grandi promesse, ma la realtà dei fatti e dei dati economici è molto più dura, ossia è quella dei tagli di cui si è parlato prima e di questo processo di impoverimento del lavoro nella sanità che è oggetto della nostra discussione e delle mozioni che presentiamo. Noi indichiamo alcuni punti e vedo che molti punti sono anche unitari. Vedo che c'è un'attenzione, una tendenza a una sensibilità unitaria rispetto a questi temi. Mi auguro che dalla discussione e dopo la discussione il Governo prenda impegni precisi, anche per smentire questa pratica insopportabile degli annunci e delle promesse mancati perché si tratta di questioni serie, si tratta del diritto alla salute. Ecco, cito i punti per titoli. Innanzitutto, interrompere, anche gradualmente, ma in modo forte e determinato, il blocco del *turnover* a partire anche da quelle regioni che devono rientrare dei disavanzi, laddove prioritariamente continuare a bloccare il personale mette in discussione l'affermazione e la garanzia dei livelli di assistenza o laddove il blocco del *turnover* impedisce processi di riorganizzazione e di qualificazione dei servizi.

L'altro punto è una stabilizzazione del personale precario perché la stabilizzazione del personale in sanità è fondamentale, è una condizione per avere prestazioni di qualità. E anche qui credo che si debba assumere la stessa giusta attenzione che è stata posta alla stabilizzazione del personale della scuola pubblica perché sanità pubblica e scuola pubblica sono architravi di due diritti fondamentali. Altro tema è la riqualificazione della spesa sanitaria prevedendo un obbligo che è quello che tutti i risparmi conseguiti attraverso la *spending review*, attraverso questa azione mirata di risparmio, rimangano nel sistema sanitario, vengano investiti per la valorizzazione del lavoro nel sistema sanitario pubblico. Altro tema è quello di favorire una migliore mobilità regionale, una mobilità concertata e condivisa con i lavoratori e le lavoratrici, e razionalizzare e riformare la rete ospedaliera contestualmente affiancata da un reale e convinto sviluppo dell'assistenza territoriale, affinché l'assistenza territoriale abbia le risorse fondamentali, a partire dal personale, perché possa realizzarsi pienamente e possa, quindi, rispondere ai bisogni di assistenza domiciliare integrata, residenziale e semiresidenziale e garantire i livelli essenziali di assistenza.

Ma tutto questo sarà possibile se fin dalla prossima legge di stabilità si individueranno concretamente le risorse necessarie per consentire una ripresa dei finanziamenti del sistema sanitario nazionale che, come sono stati ben descritti, hanno avuto un taglio

pesante. Più investimenti per le politiche sociali perché i nostri indici sono al di sotto della media europea e dell'OCSE. Insomma, noi oggi affrontiamo questo tema e mi auguro che la presente discussione parlamentare possa fare davvero dei passi concreti in avanti per superare questo depauperamento progressivo e pesante del nostro sistema sanitario nazionale ed affermare pienamente il diritto alla salute.

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il deputato Palese, che illustrerà anche la mozione Palese e Fucci n. 1-00905. Ne ha facoltà.

ROCCO PALESE. Grazie signora Presidente, è occasione per il Parlamento di fare una ricognizione sul problema della gestione del Servizio sanitario nazionale.

Non c'è dubbio che è stata una grande ricchezza la scelta politica che fu fatta nel 1978, con la legge n. 833, con cui si è determinata per il nostro Paese una grande attuazione della Costituzione su un bene primario che è la salute: l'accesso universalistico. Quindi il nostro grande obiettivo è cercare di puntare veramente sul mantenimento di questa grande conquista, di questa grande scelta politica. Così pure è fin troppo evidente che nel contesto dei trentasette anni da questa scelta politica, noi come Paese dal punto di vista gestionale non solo per motivi esclusivamente finanziari, perché influirono anche i motivi finanziari e di razionalizzazione della spesa pubblica, ma anche rispetto alla finalità di un nuovo modello organizzativo e funzionale di *governance* della sanità, nel 1992, a seguito della legge delega n. 421 del 1991 del Governo Amato con cui riformava la previdenza, la sanità, il pubblico impiego e anche la finanza territoriale, sulla sanità si decise una grande riforma che puntava in particolare a quale modello organizzativo? All'aziendalizzazione della sanità. Uno dei grandi problemi è che questa aziendalizzazione è stata sempre un ibrido, sempre attuata a metà, aziendalizzazione sulla carta ma poi tutte le regole dalla parte della pubblica amministrazione. Quindi di aziendalizzazione poi alla fine non c'è stato molto. E per quello che riguarda gli altri elementi fondamentali si puntava molto anche rispetto alle possibilità di accesso non solo alle prestazioni ma anche al sostenimento del servizio sanitario con le risorse pubbliche ma anche con la costituzione di fondi integrativi e anche qui per motivi ideologici non se ne è mai parlato, sono rimasti sulla carta. L'altro elemento è il sistema di accreditamento degli erogatori di prestazioni senza che, una volta avuti i requisiti istituzionali standard, vi fossero distinzioni sull'erogazione delle prestazioni rispetto ai soggetti accreditati poi per la stragrande maggioranza – oltre il 96 per cento – a gestione pubblica, il resto a gestione privata.

L'altra innovazione non di poco conto per quello che riguarda i cittadini l'abbiamo avuta per legge con il comma 34 dell'articolo 1 della legge n. 662 del 1996, con Ministro della salute Bindi e Presidente del Consiglio Prodi. Qui cambia il mondo, perché cambiano i criteri di reparto del Fondo sanitario nazionale con una penalizzazione che c'è stata di fatto perché, a parità di abitanti, alcune regioni del sud come la Puglia presero 900 miliardi di vecchie lire in meno rispetto ad altre regioni del nord come l'Emilia Romagna grosso modo a parità di abitanti e, da quel momento, di fatto e nei fatti in maniera inevitabile furono costituiti nel nostro Paese ventuno sistemi sanitari diversi tra di loro.

L'altra innovazione che c'è stata, anche questa di forte impatto sui cittadini, è la riforma Bindi, il decreto legislativo n. 229 del 1999. Non entro nelle polemiche che poi ha comportato anche rispetto al modello organizzativo, ma mi soffermo su un'altra scelta che ha avuto un grande valore politico, certamente da me non condiviso e dai cittadini non condiviso, quale? Si certifica e si legifera per la prima volta nel nostro ordinamento legislativo che il Servizio sanitario nazionale è sostenuto da risorse pubbliche e dalla compartecipazione dei cittadini con i *ticket*. Questa non è stata una modifica di poco conto, come è stato sempre sostenuto, e di grande solidarietà, perché poi alla fine ognuno deve fare i conti con quelli che sono i costi e quant'altro.

La legge finanziaria del 2001 innova ulteriormente, perché si toglie il vincolo di destinazione del Fondo sanitario nazionale, tutto diventa bilancio delle regioni e, quindi, se si va in disavanzo, bisogna pagare con il patto dell'8 agosto del 2001, che fu l'ultimo ripiano in quota parte da parte dello Stato e poi le regioni hanno dovuto provvedere esclusivamente da sole a sostenere il servizio sanitario regionale. In pratica, c'è stato il trasferimento, a seguito del riparto del Fondo sanitario nazionale, e poi, se c'erano disavanzi e quant'altro, le regioni hanno dovuto provvedere con un *ticket* e con l'aumento esponenziale delle addizionali regionali.

In tutto questo quadro, penso che sia veramente abbastanza difficile dire che nel nostro Paese, oggi, sono assicurati, in maniera uniforme, per tutto il territorio nazionale, i livelli essenziali di assistenza. Si dice da più parti che il Fondo sanitario nazionale rispetto al prodotto interno lordo non è adeguato, così come d'altra parte si parla molto della spesa sanitaria; sicuramente c'è un grande problema, che si è avuto negli anni, nell'acquisizione soprattutto di beni e servizi all'interno del Servizio sanitario nazionale, che, stando ai rapporti degli enti preposti, riguarda tutte le regioni. Mi riferisco allo sviluppo molto forte, così come forse quello della salute e dell'innovazione tecnologica, che c'è stato all'interno della gestione delle ASL e quant'altro della corruzione. Ci sono tanti casi – prendo quelli della regione a cui appartengo –, in cui ancora oggi il procuratore generale della Corte dei conti regionale si chiede come sia possibile che una ASL acquisti il taglia aghi, cosa che si faceva trent'anni fa, e pure per prezzi molto sostenuti, oppure che ci sia una differenza di costo su alcuni beni e servizi addirittura di oltre 200 volte.

Davanti a una situazione del genere è fin troppo evidente che si sta inventando un'altra favola e la favola è quella dei costi standard. Attenzione, perché, se noi individuiamo dei costi standard e facciamo credere alla gente che la matita o la TAC o l'ecografo devono costare «x» euro a Lecce così come a Milano, così come a Torino e quant'altro, siamo d'accordo, ma non sono quelli i costi standard. Per fare questo è sufficiente il centro unico di acquisti ed è sufficiente Consip.

Io penso, invece, che sulla situazione dei costi standard bisogna riflettere, perché, se noi avessimo la possibilità di fare una ricognizione su tutto quello che c'è all'interno della sanità, avremmo sicuramente delle sorprese. Ci sono delle regioni dove, a distanza di 37 anni, per esempio, i distretti sociosanitari di base sono una specie di poesia; c'è poi da risolvere il problema che riguarda l'edilizia sanitaria, con i fondi che non vengono sfruttati affatto nella situazione generale di molte, molte regioni.

Non c'è dubbio che nelle ultime scelte di finanza pubblica, cioè sulla spesa che, rispetto al bilancio dello Stato, è la seconda – noi abbiamo al primo posto la previdenza, al secondo posto, con 110 miliardi di euro, la sanità, al terzo posto la quota per interessi del debito pubblico, e così via – non possiamo considerare come spesa solo i 110 miliardi di euro di risorse pubbliche, perché sarebbe un errore. Qui c'è da aggiungere almeno la cifra che si stima intorno ad altri 50 miliardi di euro di risorse che la gente, i cittadini sono costretti a pagare da soli per quello che riguarda le prestazioni a cui provvedono per conto proprio, soprattutto nel contesto dei farmaci, ma non solo dei farmaci, perché vi sono anche le prestazioni specialistiche e quant'altro, che non sono contemplate nei livelli essenziali di assistenza e, peggio ancora, vi sono alcune innovazioni che non sono state ancora introdotte nell'elenco dei livelli essenziali di assistenza. In questo senso penso che una ricognizione generale vada fatta.

Vi sono, poi, regioni con i piani di rientro.

Anche qui sulle regioni con i piani di rientro bisogna che ci sia qualche elemento più forte di controllo al loro interno, perché ci sono i *ticket* sui farmaci, sulle ricette, sulla specialistica e sui pronti soccorsi, come le addizionali regionali e così via. Ogni regione è

un mondo a sé e poi alla fine succede che per quello che riguarda i beni e i servizi la quota annuale di spesa non diminuisce, ASL per ASL, così come ci dicono i dati ISTAT ed il rapporto nella relazione sulla finanza pubblica preparata dall'ISTAT. E così pure c'è anche la parte riguardante il personale dove c'è il blocco dei contratti per 6 anni e poi anche il blocco del *turn over*. Quest'ultimo non è che sia assoluto, visto che c'è il blocco del *turn over* in maniera diretta, ma poi ci sono le società *in house*, e quant'altro, le società partecipate: si fa di tutto all'interno della sanità. Pag. 145

Secondo me c'è da fare una ricognizione – signora Presidente, mi rivolgo, in particolare, al rappresentante del Governo – molto ferrea, anche rispetto alla riforma costituzionale che è in discussione. Infatti, gran parte delle difficoltà sono presenti, soprattutto, per fortuna, in alcune regioni. Infatti bisogna ammettere che molte regioni hanno gestito, tutto sommato, in maniera virtuosa le risorse pubbliche trasferite dallo Stato e non solo in maniera virtuosa, ma hanno prodotto assistenza di qualità, basta vedere l'altra stortura che c'è nel nostro paese, quella della mobilità passiva. Ci sono invece altre regioni, in particolare quelle con piano di rientro, dove non solo c'è un problema economico-finanziario e gestionale, ma soprattutto c'è un problema di modelli organizzativi che vanno seguiti in maniera appropriata. Ecco perché penso che, al di là degli impegni che il Governo potrà assumere, al di là del patto della salute che dovrà essere fatto, non si può continuare a dire che per ogni legge che si fa, in ogni intervento di finanza pubblica del Governo, vuoi decreti correttivi, vuoi legge di stabilità, c'è sempre dentro la parte riguardante la spesa sanitaria, per cui alla fine poi non si riesce ad avere un punto fermo.

L'altro elemento è che nella costituzione di un modello organizzativo che dovrebbe essere abbastanza innovativo, mi riferisco ai rappresentanti di Governo, vanno tenuti presenti due aspetti fondamentali. Il primo è che non si può continuare con l'aziendalizzazione che sta solo sulla carta. Si deve prendere il coraggio a quattro mani, con la politica fuori veramente dalla gestione della sanità, per tirare fuori i manager che gestiscono veramente la sanità in maniera manageriale e aziendale.

L'altro aspetto riguarda soprattutto le regioni che sono in grande ritardo con l'innovazione e l'edilizia sanitaria. In questo senso, il Governo deve pensare a qualche intervento sostitutivo perché queste regioni tengono ferme le risorse e i soldi per l'edilizia sanitaria che non vengono per niente spesi nella maniera giusta per poter realizzare le strutture innovative. Penso che questo impegno, al di là della mozione riguardante senza dubbio il personale e i nuovi modelli organizzativi e gestionali che devono essere rivisitati in un contesto di sostenibilità della situazione, pure rispetto ai livelli essenziali di assistenza da assicurare in maniera uniforme sul territorio nazionale, il Governo dovrebbe assumere una iniziativa molto forte di ricognizione generale e tirar fuori una proposta organica complessiva che riguarda la sostenibilità finanziaria, il modello organizzativo e il sistema sanitario stesso di tutte le regioni, in particolare di quelle meridionali, dove qualità, mobilità passiva e non solo questo, anche altre situazioni molto più discutibili dal punto di vista dell'erogazione delle prestazioni in riferimento al rispetto della Costituzione, debbano essere senza dubbio rivisitate.

Pag. 147

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il deputato Monchiero, che illustrerà anche la mozione Vargiu ed altri n. 1–00907, di cui è cofirmatario. Ne ha facoltà.

GIOVANNI MONCHIERO. Signora Presidente, credo di interpretare il sentimento dei colleghi che con me hanno firmato questa mozione dicendo che noi non abbiamo nessuna intenzione di surrogare le rappresentanze sindacali, le quali peraltro non hanno neanche bisogno di particolari stimoli a fare la loro attività, perché è di queste ore la notizia che il

maggior sindacato dei medici, il più rappresentativo, l'ANAAO, sta minacciando lo sciopero e i motivi di questa protesta sono pur sempre gli stessi: il rinnovo del contratto, fermo da moltissimi anni; la calendarizzazione di una legge sulla responsabilità professionale dei medici e del personale sanitario; poi naturalmente interventi per lo sblocco del *turnover* e la stabilizzazione dei precari.

Ora, lasciando al sindacato il suo mestiere, è indubitabile tuttavia che il malessere che il sindacato segnala è lo stesso malessere che rivelano anche le associazioni dei cittadini e i centri di ricerca universitari oppure centri di ricerca sociale piuttosto noti come il Censis, che non da oggi osservano come le politiche di contenimento della spesa attuate prevalentemente attraverso il blocco del *turnover* del personale sanitario abbiano prodotto una probabilmente indesiderata – ma questa è un'aggravante – riduzione nel volume di attività e in molti casi anche una crescente significativa carenza sul piano della qualità.

Di questi problemi si occupa la nostra mozione, riprendendo anche i temi toccati da molti colleghi – non voglio assolutamente pensare che la nostra sia del tutto originale, tutti più o meno riprendiamo gli stessi concetti –, ma la nostra si allarga e pone l'attenzione anche su alcune condizioni generali di contesto caratterizzate dall'invecchiamento del personale sanitario, dal presumibile picco di pensionamenti frutto, da un lato, di invecchiamento e, dall'altro, dell'abbassamento dei limiti dell'età pensionabile disposto credo con un pizzico di incoerenza da misure recenti adottate dal Governo.

Lamentiamo anche e vorremmo che il Governo assumesse soluzioni definitive in materia di accesso alle scuole di specializzazione, che è incomprensibilmente compresso e non rapportato alla domanda di laureati che devono specializzarsi, perché il nostro sistema normativo glielo impone. Naturalmente i medici, come osservava adesso citando l'ANAAO, chiedono che venga finalmente vagliato un nuovo insieme normativo sulla responsabilità propria del personale sanitario in materia di responsabilità civile e penale.

Inoltre, evidenziamo anche un tema che ha sollevato or ora il collega Palese, cioè quello delle logiche di organizzazione del sistema, con particolare riferimento alle logiche di finanziamento delle aziende sanitarie, logiche che non sono spesso trasparenti, ma che in ogni caso non sono produttive di quel miglioramento dell'efficienza che, invece, il processo di aziendalizzazione avrebbe voluto.

Allora, noi nella nostra mozione chiediamo alcune cose. La prima è che il Governo dia notizia esatta della situazione e della dotazione organica delle varie aziende, delle singole aziende sanitarie. Credo che, rapportando la dotazione organica ai volumi di prestazioni prodotte, avremmo delle sorprese clamorose, così come le abbiamo ogni volta che confrontiamo il finanziamento *pro capite*, pesato naturalmente in base all'età della popolazione e fra un'azienda e l'altra, spesso anche all'interno della medesima regione.

Noi chiediamo che, dopo aver assunto questa fase cognitiva, il Governo ne tragga le conseguenze logiche e quindi promuova uno sblocco del *turnover* o almeno un'attenuazione dei vincoli, tarata e misurata in base alle esigenze reali, che rilanci il processo di promozione del personale sanitario e che soprattutto programmi meglio, assieme al Ministero dell'università e della ricerca, il processo di specializzazione dei medici.

Infine, chiediamo un'accelerazione anche dell'applicazione del Patto della salute.

Per ottenere questi risultati, però – e qui penso che sia anche una parziale originalità della nostra proposta –, noi sottolineiamo, ancora una volta, signor sottosegretario, la necessità di promuovere una reale autonomia delle singole aziende sanitarie, autonomia

troppo compressa, in questi Pag. 149ultimi anni, da politiche di accentramento regionale, che hanno reso inutile, anzi dannosa, l'efficienza all'interno delle singole aziende.

Noi dobbiamo rivedere le logiche di governo complessivo del sistema e mettere in essere un processo che rilanci l'autonomia delle aziende e valorizzi di più innanzitutto la responsabilità del *management* di queste aziende, ma anche di tutti coloro che nelle aziende lavorano e collaborano. Noi dobbiamo fare questo e costruire un sistema che a cascata consenta alle aziende di chiedere maggiore efficienza alle strutture interne, che devono tutte essere motivate al raggiungimento dell'obiettivo, ma per ottenere questa motivazione è ineludibile che dall'essere efficiente l'azienda ne tragga un beneficio (l'azienda e non il direttore o i singoli professionisti). L'azienda più efficiente deve essere valorizzata. Le misure di contenimento, che abbiamo registrato in questi anni, invece vanno nella direzione opposta, così come le misure adottate in materia di personale.

Signor sottosegretario, delle due l'una: l'azienda deve essere responsabilizzata e solo in questo caso possiamo abbandonare le da tutti lamentate politiche di tagli indiscriminati, i famosi tagli lineari che tutti osteggiamo e che poi, però, sistematicamente quando legiferiamo traduciamo in norme cogenti. Se vogliamo abbandonare il sistema dei tagli lineari non c'è altra via – anche per quanto riguarda le politiche del personale – rispetto alla responsabilizzazione dell'azienda.

Noi auspichiamo un mondo sanitario italiano nel quale ogni singola azienda possa decidere autonomamente i livelli di *turnover*, secondo risorse che le siano assegnate attraverso criteri trasparenti e simili a quelli di tutte le altre aziende (*Applausi dei deputati del gruppo Scelta Civica per l'Italia*).

PRESIDENTE. È iscritto a parlare il deputato Fossati. Ne ha facoltà.

FILIPPO FOSSATI. Grazie, Presidente. Le mozioni in discussione, in particolare quella a cui io mi riferisco, che è presentata dalle colleghe Lenzi, Miotto e Gelli per il PD, propone al Governo di intervenire non fuori dal contesto delle politiche che il Governo stesso sta conducendo, ma nel contesto; nel contesto, cioè, di una politica di contenimento Pag. 150della spesa, di recupero del debito delle regioni che lo hanno prodotto e di una politica attuata assicurando i livelli essenziali di assistenza e facendo uno sforzo intenso e rapido di qualità nelle prestazioni del sistema, di qualità e di appropriatezza, cosa che si è fatta utilizzando lo strumento della *spending review*. I colleghi l'hanno già detto e non ci ritorno. Il tentativo è stato quello di intervenire su tutti quei fattori che producono spesa senza produrre risultati di miglioramento nelle condizioni di salute dei cittadini.

L'operazione ha avuto, tuttavia, una dimensione quantitativa importante e pesante per il sistema. È stata, per alcuni versi, una cura da cavallo che il sistema ha ricevuto e non solo nelle regioni in piano di rientro fino all'anno 2013, l'anno in cui c'è stata una diminuzione della spesa sanitaria. Sappiamo che, quando il segno diventa meno, diventa meno al netto dell'inflazione sanitaria, che, essendo determinata anche da riflessi internazionali, non è una variabile del tutto controllabile o affrontabile dal sistema e, quindi, il segno meno è un segno «meno meno», che aumenta la negatività del trasferimento di risorse.

Pag. 151

Nel 2014 si registra un aumento lieve. Nel 2015, con la legge di stabilità, è già previsto un taglio di 2,6 miliardi, che dovrà essere discusso operativamente – e ancora questa discussione non è conclusa – nell'ambito della Conferenza Stato-regioni dentro il quadro del Patto per la salute.

Noi abbiamo fatto questa operazione mantenendo e attestando la spesa sanitaria del

Paese sotto il 7 per cento del PIL, ma con un PIL in calo, e questo è un altro punto; è un assestamento doloroso anche percentualmente rispetto al PIL.

Sono usciti, pochi giorni fa, i dati della Banca d'Italia che ci danno un quadro sulla redistribuzione di questo sacrificio abbastanza pesante. Ci dicono che il peso del risanamento è stato in gran parte sopportato dal personale sanitario. Dal 2006 al 2014, due quadriennali, il potere di acquisto degli stipendi del personale sanitario è passato, anche in valori assoluti, da 19,7 euro l'ora a 17,4, quindi un taglio del 13,4 per cento in termini reali. E questo è un dato molto pesante e molto indicativo dell'operazione che abbiamo fatto.

Teniamo presente che questo andamento non sarà toccato – non è stato toccato nemmeno nel 2014, che è l'anno in cui è risalita appena la spesa dello 0,6 per cento –, perché questo aumento di spesa si è concentrato non sugli stipendi, ma sul valore dei beni e dei servizi acquistati dal Servizio sanitario. Opportunamente qualche collega prima ha ricordato che beni e servizi non vogliono dire le famose garze, che costano da una parte 3 e da una parte 300, e quindi c'è da vedere tutto quello su cui giustamente ci siamo esercitati e ci dobbiamo esercitare, ma vuol dire in grandissima parte la spesa per i convenzionamenti, e quindi per i servizi sanitari convenzionati.

Dicevo che, oltre al peso economico, per il personale sanitario c'è il peggioramento delle condizioni di lavoro, l'uso forte, qualche volta, in qualche situazione, estremo del lavoro straordinario. Il blocco del *turnover* è un'operazione abbastanza efficace nel ridurre la spesa, ma è un'operazione che sbilancia i servizi, perché non si programma l'uscita del personale. Sbilancia i servizi e provoca un ricorso quindi eccessivo, perché i servizi vanno in qualche modo riequilibrati, Pag. 152 se si vogliono garantire i LEA, agli straordinari, di cui ho già detto, ma è un lavoro precario più oneroso e negativo per quello che riguarda la qualità dell'offerta.

E poi c'è un dato più generale che non dobbiamo sottovalutare: tra gli operatori, tra i medici, tra gli infermieri, si riducono fino ad azzerarsi in molte parti del sistema i margini per l'aggiornamento professionale e per i progetti di ricerca. È un po' la motivazione della formazione di cui parlava la collega Binetti, ma è in generale una caratteristica fondamentale del nostro sistema, ed è un sistema che non ha rinunciato ad essere competitivo in termini di qualità anche nella ricerca scientifica applicata nelle nostre sedi ospedaliere, nel nostro territorio. Adesso noi abbiamo gli operatori che avvertono che non si investe più su di loro e questo, in un sistema in cui la motivazione è fondamentale, fa male al sistema.

La stessa Banca d'Italia ci dice che le regioni in piano di rientro hanno dei risultati importanti di risparmio senza cedere sul piano dei servizi, ma poi, quando si va a leggere, la stessa Banca d'Italia conferma la distanza dalla media nazionale per i risultati del sistema delle regioni in piano di rientro e il prodursi di flussi di fuga verso altre regioni. È importante collegare questi dati ai dati del Censis, perché noi siamo in grado di calcolare bene nelle regioni in piano di rientro la produzione di flussi di fuga verso gli altri sistemi sanitari regionali.

Ma quello che fa abbastanza impressione è l'aumento anche nel 2014 di quello che i cittadini spendono da sé, del proprio bilancio familiare, che è 33 miliardi, un miliardo di aumento, 5,6 milioni di persone che sono ricorse a prestazioni private in sanità, tutte a carico del proprio bilancio familiare; e di questi 5,6 milioni, 2,8 milioni quindi la metà, sono meno abbienti. Si produce, si dovrebbe dire «sanità *divide*», che è basato purtroppo sul non avere le risorse insieme a non avere le informazioni necessarie per accedere al sistema, che è un tratto particolarmente fastidioso della disuguaglianza in sanità.

Quindi, siamo adesso in grado, dati questi numeri e dato il successo dell'opera di risanamento, siamo nelle condizioni di operare un intervento deciso sulla variabile capitale umano, dando agli operatori un segnale di attenzione e di condivisione delle

problematiche che da tempo ci pongono.

In realtà, i tre punti sono stati ripetuti, li cito per titoli, in conclusione di intervento. Si tratta di: governare il *turnover* senza blocchi, utilizzando la strategia già messa in piedi con la legge di stabilità, ridando spazio ad una programmazione dell'offerta da parte delle aziende sanitarie e delle dimensioni regionali; bisogna bloccare con molta attenzione e con fermezza la spesa per servizi esterni e privilegiare, invece, l'intervento di assunzione a tempo indeterminato, soprattutto sui settori sensibili (l'emergenza-urgenza e alcuni reparti ospedalieri, alcune dimensioni socio-sanitarie sul territorio); terzo punto, bisogna andare verso il rinnovo del contratto del comparto e, in particolare, mentre facciamo questo, costruendo una sede contrattuale della dirigenza medica, che è l'80 per cento – se non ricordo male – dell'intera dirigenza statale, che più che avere diritto, esprime un punto di ragionevolezza quando chiede una sede contrattuale autonoma.

Se il Governo, come sta facendo, si incammina rapidamente su questa strada, dà un segnale a questi operatori che anche in questi anni, anni di vacche magre e spesso molto magre, hanno reso un servizio importante per un diritto costituzionale come il diritto alla salute.

[PRESIDENTE](#). Non essendovi altri iscritti a parlare, dichiaro chiusa la discussione sulle linee generali.

Il Governo mi pare intenda intervenire successivamente, il seguito della discussione è rinviato ad altra seduta.