

Resoconto stenografico dell'Assemblea

Seduta n. 444 di mercoledì 17 giugno 2015

Pag. 1

PRESIDENZA DELLA VICEPRESIDENTE MARINA SERENI

Seguito della discussione delle mozioni Grillo ed altri n. 1-00767, Miotto ed altri n. 1-00899, Calabrò ed altri n. 1-00900, Nicchi ed altri 1-00904, Palese e Fucci n. 1-00905, Vargiu ed altri n. 1-00907 e Rondini ed altri n. 1-00908 concernenti iniziative di competenza in merito al personale del Servizio sanitario nazionale, al fine di assicurare i livelli essenziali di assistenza (ore 11,35).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione delle mozioni Grillo ed altri n. 1-00767 (*Vedi All. A*), Miotto ed altri n. 1-00899 (*Vedi All. A*), Calabrò ed altri n. 1-00900 (*Vedi All. A*), Nicchi ed altri 1-00904 (*Vedi All. A*), Palese e Fucci n. 1-00905 (*Vedi All. A*), Vargiu ed altri n. 1-00907 (*Vedi All. A*) e Rondini ed altri n. 1-00908 (*Vedi All. A*) concernenti iniziative di competenza in merito al personale del Servizio sanitario nazionale, al fine di assicurare i livelli essenziali di assistenza (*Vedi l'allegato A – Mozioni*).

Ricordo che nella seduta di lunedì 15 giugno 2015 si è conclusa la discussione sulle linee generali.

Avverto che in data odierna è stata presentata la mozione Gigli ed altri n. 1-00909 (*Vedi l'allegato A – Mozioni*)(*Vedi All. A*). Il relativo testo è in distribuzione.

(Intervento e parere del Governo)

Pag. 32

PRESIDENTE. Ha facoltà di parlare il rappresentante del Governo, che esprimerà altresì il parere sulle mozioni all'ordine del giorno.

VITO DE FILIPPO, *Sottosegretario di Stato per la salute*. Presidente, onorevoli, il tema posto nelle mozioni oggetto di discussione è un tema molto rilevante, che ha visto negli ultimi mesi una serie di importanti iniziative, sia legislative sia all'interno nel Patto per la salute, che cambiano anche la prospettiva rispetto ad una consolidata normativa soprattutto di verifica, di controllo e di blocco, puntando, nel corso del tempo, anche a processi di valorizzazione di questo mondo, che è quello del personale del sistema sanitario nazionale, che è uno degli *asset* che permette che il nostro sistema produca nel futuro ulteriori elementi di innovazione e di cambiamento. Quindi, non soltanto una difesa della sostenibilità del nostro sistema ma anche processi di valorizzazione del personale del sistema sanitario. In quasi tutte le mozioni, per le quali darò immediatamente il parere, sono contenuti elementi che vanno nella direzione che ho sinteticamente descritto e per

questa ragione il Governo si appresta a dare un parere diffusamente favorevole su quasi tutti i punti delle mozioni.

Presidente, procedo. Sulla mozione Grillo ed altri n. 1-00767 (*Vedi All. A*), il parere del Governo è favorevole se viene accolta la seguente riformulazione: nel primo impegno della mozione, la data «30 aprile 2015», indicata nel primo impegno, deve essere sostituita con le seguenti parole: «entro il corrente anno». Il parere è favorevole se viene accolta questa riformulazione; tutto il resto va bene. Sulla mozione Miotto ed altri n. 1-00899 (*Vedi All. A*), il parere del Governo è favorevole, a condizione che venga accolta la seguente riformulazione: al primo impegno della mozione, l'*incipit* deve essere sostituito con le parole «a valutare di predisporre...», eccetera. Sulla mozione degli onorevoli Calabrò ed altri n. 1-00900 (*Vedi All. A*) il parere del Governo è favorevole, sia sulle premesse che sugli impegni contenuti.

Sulla mozione Nicchi ed altri il parere del Governo è favorevole se i proponenti sono disposti le seguenti riformulazioni: devono essere espunti il terzo capoverso delle premesse indicante il sistema sanitario a due binari, il sesto capoverso indicante le riduzioni per i servizi ed il personale, il nono capoverso indicante la politica dei tagli al Servizio Pag. 33 sanitario nazionale, il diciannovesimo capoverso che tratta della dequalificazione del lavoro come conseguenza della politica di blocco del *turnover*, per quanto riguarda gli impegni si dovrebbe inserire all'*incipit* del terzo capoverso le parole «valutare di avviare iniziative per una reale riqualificazione», mentre al sesto ed ultimo impegno sempre all'*incipit* inserire le parole «a valutare la possibilità di». Con queste riformulazione il Governo esprimerebbe parere favorevole.

Sulla mozione Palese e Fucci il parere è favorevole a condizione che ai due impegni proposti venga inserito l'*incipit* « a valutare di», mentre il terzo capoverso delle premesse deve essere espunto.

Sulla mozione Vargiu ed altri il parere è favorevole a condizione che nelle premesse sia espunto il nono capoverso riguardante la crisi del processo di aziendalizzazione e che nel primo impegno siano inserite all'inizio le parole « a valutare di».

Sulla mozione Rondini ed altri il parere è favorevole a condizione che venga espunto il settimo capoverso delle premesse relativo al blocco del *turnover*, che all'inizio del primo e del secondo capoverso degli impegni siano inserite le parole «a valutare la possibilità di» e che il terzo impegno venga espunto.

Da ultimo sulla mozione Gigli ed altri, presentata questa mattina, il parere è favorevole con una riformulazione del primo impegno: dopo le parole «ad assumere iniziative» aggiungere le parole «nel rispetto delle disposizioni vigenti».

(Dichiarazioni di voto)

PRESIDENTE. Passiamo alle dichiarazioni di voto.

Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto il deputato Gigli. Ne ha facoltà.

Pag. 34

GIAN LUIGI GIGLI. Signora Presidente, quello del personale delle strutture sanitarie sta diventando un problema di grande drammaticità in alcune zone. Il blocco del *turnover* e l'invecchiamento della popolazione medica, stanno portando alcune strutture in oggettive difficoltà sul piano operativo e questo si traduce ovviamente in carenze dal punto di vista della efficienza dei servizi. I cittadini lamentano queste difficoltà, gli operatori lamentano lo *stress* che si sta determinando e tutto questo richiede ormai un metodo diverso di affronto che non può essere semplicemente quello di dire conteniamo la spesa bloccando le assunzioni. Occorre avere il coraggio di contrarre la spesa, eliminando gli sprechi,

programmare i servizi, ma, una volta programmati, occorre avere il coraggio di dire che determinate cose, come la sostituzione del personale per un servizio programmato, devono essere effettuate in condizioni di automatismo per evitare appunto di danneggiare sia gli operatori della salute che i cittadini.

Ora, noi auspichiamo che, attraverso queste mozioni, che sono state presentate da diversi gruppi, compreso il nostro, e che il Governo ha ritenuto opportuno di accogliere sia possibile effettivamente cambiare strada, sia nel senso di garantire le risorse al sistema sanitario, sia nel senso di evitare di fare finti risparmi attraverso il ricorso all'*outsourcing*, che è un metodo indegno di aggirare il problema della limitazione del personale, sia evitando quello che per alcuni versi era stato paventato, cioè di ricorrere alla manovalanza a buon mercato degli specializzandi per tappare i buchi del personale di ruolo della dirigenza medica.

Noi ci auguriamo che gli impegni presi dal Governo possano tradursi in realtà efficaci e riteniamo che, se si accompagnano ad una minore invasività della politica, portando finalmente a piena applicazione le modalità di selezione per gli apicali della dirigenza medica, previste dal decreto Balduzzi e ancora sottoapplicate, e poi, in prospettiva, con la riforma Madia, arrivando ad una selezione dei *manager* delle aziende sanitarie che non sia più quella dell'occhietto strizzato alla politica, noi riteniamo che queste modalità possano contribuire a far sì che Pag. 35ci sia un risanamento generale e che soprattutto nelle regioni che hanno sfondato e che sono sottoposte a piani di rientro a pagare le spese non debbano essere i cittadini e non debbano essere gli operatori della salute.

Quindi, da parte nostra voteremo a favore non solo a favore della nostra mozione, ma a favore anche delle altre per le quali il Governo ha espresso parere favorevole, ma ci auguriamo soprattutto che gli impegni oggi assunti dal Governo possano andare al di là della carta che depositiamo e possano tradursi in realtà operosa a favore del Servizio sanitario nazionale, il quale certamente ha bisogno di una continua manutenzione e ne avrà bisogno ancora di più per i cambiamenti legati all'invecchiamento della popolazione e al mutamento della epidemiologia e che, tuttavia, noi continuiamo a immaginare come un servizio universalistico, del quale il nostro Paese deve andare fiero e che deve mettere in condizione di non essere qualcosa che costringe la gente a emigrare da una regione all'altra per quanto riguarda l'offerta sanitaria o, peggio ancora, a dover ricorrere a prestazioni esterne, perché di fatto quelle del Servizio sanitario non sono accessibili.

Auspichiamo che questo sia un momento, quindi, di ripensamento e di rivalutazione corale.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto il deputato Rondini. Ne ha facoltà.

MARCO RONDINI. Grazie, Presidente. Molto brevemente, preannuncio che accettiamo la riformulazione proposta dal Governo, anche se non possiamo non soffermarci su almeno un paio di passaggi che abbiamo sottolineato con la nostra mozione e anche sull'impegno che, per accettare la nostra mozione, il Governo chiede di stralciare.

Noi sappiamo – e ce lo dicono i rapporti della Ragioneria generale dello Stato e della Corte dei conti – che le spese della sanità hanno avuto lievi contrazioni, ma i numeri attestano che, per raggiungere tali risultati, si è operato spesso sul blocco del *turnover* e degli incrementi retributivi che hanno agito pesantemente sul contenimento della spesa per il personale dipendente, mentre le spese relative, magari, ai farmaci ospedalieri hanno registrato tassi di crescita sostenuti. Pag. 36

Ora, riteniamo che questo agire sul *turnover* per contenere la spesa vada a discapito della qualità che il Servizio sanitario può offrire ai cittadini e in più noi sappiamo ancora

che i dati presentati da tutti gli organismi interessati dimostrano come siano in difficoltà anche le regioni virtuose, in particolare le regioni virtuose i cui conti in ambito sanitario sono sempre stati in ordine, razionalizzando i costi della spesa del personale e riuscendo a garantire livelli di assistenza di assoluta eccellenza, a tal punto che il blocco del *turnover* comporta un inesorabile peggioramento dei livelli assistenziali.

Ecco che noi, allora, chiedevamo al Governo, anche in particolare con la parte di impegno che è stata stralciata, di valutare la necessità di assumere iniziative per rafforzare l'autonomia regionale in merito alle assunzioni del personale, salvaguardando però gli equilibri di bilancio ed assumendo iniziative per rivedere le norme che oggi, invece, tenderebbero ad uniformare la sanità regionale, di fatto penalizzando le regioni virtuose.

Ci auguriamo e speriamo che basti, per andare incontro alle richieste di quelle regioni virtuose, l'aver accolto la parte precedente dell'impegno, e cioè quella che impegna il Governo, in qualche modo, ad assumere iniziative per la rimozione del blocco *turnover* per quelle regioni i cui bilanci in materia sanitaria raggiungono obiettivi di sostenibilità e di efficienza, invece di penalizzarle con costanti tagli finalizzati al ripiano dei deficit dei bilanci di regioni che, per gestioni poco oculate, rischiano il dissesto finanziario.

Per questo, come dicevo all'inizio, accettiamo comunque la riformulazione del Governo, sperando che il Governo voglia presto adottare, magari, il principio del meccanismo dei costi standard per uniformare la spesa in ambito sanitario da parte delle regioni, e valuti veramente il Governo delle iniziative per andare incontro a quelle regioni virtuose che, invece, purtroppo, spesso, come dicevo, vengono penalizzate per ripianare, magari, i debiti accumulati da quelle regioni che in materia sanitaria operano un'azione poco curata.

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto il deputato Vargiu. Ne ha facoltà.

PIERPAOLO VARGIU. Grazie, Presidente. Chiedo scusa, non ho assistito ai primi interventi che ci sono stati per quanto Pag. 37 attiene alle mozioni che oggi sono in discussione in Aula, ma credo che sia utile dare comunicazione all'Aula del motivo per cui non l'ho fatto.

Nella sala delle conferenze stampa, oggi veniva presentato il *report* di un'attività di prevenzione che è stata ieri fatta, qui, alla Camera, e che non è neutra rispetto al ragionamento che ci accingiamo a fare: era l'attività di prevenzione nei confronti del melanoma e dei tumori alla pelle.

Ci sono stati degli illustri dermatologi che, per tutta la giornata di ieri, sono stati a disposizione dei colleghi parlamentari per un'attività di *screening* sui tumori della pelle.

Pag. 38

In particolare, sul melanoma che, come forse molti di voi sanno, è un tumore che, se non diagnosticato precocemente, è un tumore *killer*.

Ebbene, circa cento parlamentari si sono sottoposti, a seguito anche di pressanti richieste per essere *testimonial* dell'iniziativa, a questa attività. È possibile immaginare che, se cento parlamentari si sottopongono a un'iniziativa di *screening* apparentemente semplice, come quella legata alla valutazione dei tumori della pelle, ci siano cento casi negativi. Purtroppo, abbiamo riscontrato, anzi, i colleghi dermatologi che hanno svolto quest'attività hanno riscontrato tre casi di melanoma, tra i cento parlamentari che si sono sottoposti all'attività di *screening*, e altri due casi di tumori della pelle.

Questo lo voglio dire perché anche tra una popolazione, che è quella dei parlamentari, particolarmente sensibile, certamente particolarmente raffinata culturalmente e anche con

facilità totale di accesso alle attività di prevenzione, si riscontrano dei numeri che sono davvero impressionanti e che, nella loro complessità, ci segnalano quanto oggi il nostro sistema sanitario abbia delle sofferenze. Ha delle sofferenze sicuramente nelle attività di *screening* e di prevenzione, che oggi sono molto sottodimensionate rispetto alle esigenze, molto al di sotto di quel 5 per cento rispetto al totale del Fondo sanitario nazionale che l'organizzazione mondiale della sanità auspica essere il *benchmark* di riferimento economico per le dotazioni di riserva per le attività di prevenzione.

Ma è in sofferenza in mille altri settori come, ad esempio, in quello che è stato oggetto della mozione odierna e, cioè, quello del personale del sistema sanitario nazionale, personale che, colleghi parlamentari, non è una palla al piede del sistema per il suo consumo di risorse, ma è una delle risorse fondamentali del sistema, perché la presenza di una competenza scientifica, di una competenza assistenziale, di una competenza diretta alla soluzione dei problemi del paziente, con un trasferimento di *know-how* che sia costante tra le generazioni che sono venute prima e quelle che sono destinate a succedere nella gestione dei servizi sanitari è, a detta di tutti e comprensibilmente, uno dei momenti fondanti e uno dei momenti più importanti del funzionamento del sistema. Pag. 39

La domanda è: oggi in Italia questo funziona bene? Sicuramente no! Gli ospedali italiani sono ormai pieni di risorse umane, di personale sanitario, che con la sua abnegazione tiene elevato il livello qualitativo della risposta sanitaria, ma che anagraficamente inizia ad avere un'età che non aiuta a pensare che possano essere un investimento per il futuro. Nella nostra mozione abbiamo dato i numeri: noi abbiamo un insieme di professionisti che sta tra i cinquanta e i sessantacinque anni che è pari quasi ai due terzi dei professionisti che oggi sono ancora al lavoro all'interno del sistema pubblico italiano.

È evidente che questo comporta che se, da una parte, si sta esaurendo l'attività professionale della gran parte dei medici che vengono da quella che era un tempo definita «la *plethora medica* del sistema sanitario italiano», dall'altra parte, è necessario programmare in maniera adeguata, concreta e puntuale, l'accesso delle nuove risorse.

A questo punto, dunque, entra prepotentemente in gioco tutto il ragionamento sugli accessi universitari che riguardano le professioni sanitarie non mediche, quelle delle cosiddette lauree brevi, con i successivi *master* di specializzazione. Ma si tratta soprattutto dell'accesso nel mondo medico e, in particolare, dell'accesso alle scuole di specializzazione, dove oggi si entra soltanto con un contratto di formazione e l'accesso e il termine della scuola di specializzazione sono le precondizioni indispensabili per poi potere accedere al sistema sanitario nazionale.

È ovvio, allora, che non potremmo mai più fare, dentro questo Parlamento, il ragionamento sul numero dei contratti di formazione insufficienti, perché se noi sappiamo che ogni anno le facoltà di medicina fanno uscire 8 mila medici e sappiamo che la precondizione per l'accesso al sistema di questi medici è la specializzazione, non possiamo tarare il numero delle scuole di specializzazione e dei contratti nelle scuole con unità che sono la metà o che sono i due terzi rispetto al numero degli studenti che escono dalla facoltà di medicina.

E sul tipo di specializzazione dobbiamo porci ulteriormente dei problemi. Perché? Intanto perché ci sono alcune scuole di specializzazione che iniziano ad essere desertificate.

Parlo, in particolar modo, delle scuole chirurgiche e, in particolar modo, delle scuole chirurgiche complesse, laddove il Pag. 40 rischio sanitario è diventato elevatissimo e dove l'impegno professionale di chi lavora è pesante. Chi svolge attività chirurgica, infatti, sa bene quanto importante sia il suo ruolo, ma anche quanto faticoso dentro le sale sia il solo ruolo. Ebbene, in questi casi in Italia la presenza di un'alea, di rischio e di un sistema che non protegge in alcun modo né il paziente né chi esercita la sua attività sul paziente

stanno determinando la desertificazione di specializzazioni, a partire da neurochirurgia, cardiocirurgia, ma anche otorinolaringoiatria, ortopedia, ginecologia, e se non vi è un numero sufficiente di specialisti diventa un problema per l'intero Paese. In secondo luogo, il sistema di centralizzazione dei concorsi, anch'esso utilissimo, determina, tuttavia, come conseguenza il fatto che, nelle scuole di specializzazione, entrino con più facilità concorrenti che provengono da quelle parti del Paese in cui il livello scolastico e universitario è più elevato e, per contro, ritornino in quelle aree del Paese in cui la remunerazione dell'attività del professionista è più elevata e le opportunità professionali per il professionista sono più elevate. E anche in questo caso arriviamo alla desertificazione, per specialità e per area geografica, proprio di quelle parti del Paese che soffrono di più della loro marginalità. Io ho bene in mente il caso della Sardegna, dove l'assenza di contratti di formazione dedicati a medici che poi operano in Sardegna anche dopo la specializzazione sta creando un vero e proprio collasso di alcune specialità, in particolare chirurgiche, e sta creando delle mancanze settoriali di professionalità, che saranno ancora più gravi man mano che i colleghi più anziani vanno in pensione. Ma non è il caso solo della Sardegna, basta ricordare la regione Puglia, dove la ASL di Brindisi, dopo aver tentato per due volte un concorso per specialisti in pronto soccorso e in rianimazione, ha inviato il bando successivo alle ambasciate dei Paesi dell'Albania, della Libia, dell'India, ad indicare che il futuro del Paese, per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, rischia, come già si è visto in altri Paesi europei (abbiamo l'Inghilterra come punto di riferimento) di passare attraverso una formazione professionale medica che non è transitata nelle nostre università, ma è passata attraverso altri canali ben più difficili da verificare dal punto di vista della qualità dell'offerta formativa. Io credo siano questi i problemi principali che le mozioni all'ordine del giorno pongono all'attenzione, con sottolineature – lo dico come Pag. 41 ultima sottolineatura – sulla premialità dell'attività aziendale, nel senso che tutte queste azioni e tutte queste attività si sostengono se questo Parlamento crede sul serio nell'aziendalizzazione, nello spirito che l'aziendalizzazione ha retto; quindi, se crede sul serio nel fatto che le *best practice*, le attività positive delle aziende sanitarie e delle professioni sanitarie debbano in qualche modo essere riconosciute e, in qualche modo, essere premiate. Senza meritocrazia, la nostra sanità non va da nessuna parte. È bene che ciascuno di noi ce l'abbia in testa, perché questa è la sfida della sostenibilità e della qualità del nostro sistema (*Applausi dei deputati del gruppo Scelta Civica per l'Italia*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto la deputata Nicchi. Ne ha facoltà.

MARISA NICCHI. Grazie Presidente, affrontiamo nella discussione di queste mozioni un punto critico del sistema sanitario pubblico, che è il costante disinvestimento nel lavoro che si è affermato nel corso degli ultimi anni, disinvestimento sul fattore principale della sanità. Allora, questo intervento lo inizio, ringraziando tutte le operatrici e gli operatori sanitari del sistema pubblico, che, in questi anni di sciagurate politiche di definanziamento del sistema sanitario, hanno garantito comunque le cure in condizioni di lavoro peggiorate e sempre più gravose, privati di prospettive professionali ed economiche. Non mancano certo nel sistema disfunzioni, diseconomie, fenomeni di lassismo e, pur tuttavia, se il sistema ancora funziona, soprattutto in alcune aree del Paese, è per il carico in più che in tanti e tanti operatori si sono sobbarcati per garantire il servizio.

Un processo denunciato dai sindacati, dalle associazioni. Un processo perseguito con il blocco dei contratti da sei anni (blocco dei contratti che non ha solo implicazioni economiche, ma impedisce la possibilità di contrattare anche nuove forme di organizzazione e di qualificazione dei servizi), con il blocco del *turnover*; con la compressione degli standard per la definizione di organici più ridotti, con il ricorso al precariato, alle esternalizzazioni, per usare personale a basso costo e con l'utilizzo del personale in convenzione. Una parola si può introdurre in modo più familiare in questo mondo, la parola «demansionamento», legittimato dal *Jobs act* e già ampiamente praticato nel sistema sanitario pubblico, quando, per sopperire alle carenze di organico e anche alle disorganizzazioni, si ricorre, si fa un uso improprio o distorto della professionalità, oltre ogni ragionevole flessibilità, per far fronte alle cure, per dare assistenza, perché è un dovere che molti operatori ed operatrici sentono al di là della loro stretta mansione, della loro stretta professionalità. Questo per l'evidente dimagrimento del personale sanitario. Dal 2009, con la crisi, al 2013, gli occupati del servizio sanitario nazionale sono diminuiti di oltre 23 mila unità rispetto al 2012 e si è registrato un calo di 3 mila unità, meno 0,5 per cento. Il blocco del *turnover* per il personale impedisce il ricambio generazionale e ha fatto sì che circa un terzo del totale del personale abbia tra i 51 e i 59 anni, mentre i carichi di lavoro, sempre più usuranti, si ripercuotono ovviamente sull'assistenza sanitaria, in particolare in alcune aree più esposte, penso al pronto soccorso, che per definizione sono attività stressanti e, comunque, da garantire ventiquattr'ore su ventiquattro. Siamo davanti a linee di dequalificazione del lavoro, visto sempre più come un costo, come un'opportunità di risparmio e non come un investimento, come occasione di cambiamento e di riforma dell'organizzazione del lavoro, per migliorare la qualità dei servizi sociali e sanitari erogati. È un impoverimento che investe tutte le figure professionali, per i turni massacranti, per la burocratizzazione di tante mansioni e tutto questo ha ricadute negative sempre più evidenti sulla possibilità di garantire i livelli essenziali di assistenza. La «decapitalizzazione» del lavoro, così è stata definita, è un importante pezzo Pag. 43 dei tagli al sistema sanitario nazionale, la cui spesa risulta inferiore a quella dei principali Paesi europei. Il nostro sistema in sanitario è uno di quelli che costa meno, ma questo non ha disinnescato politiche di disinvestimento del sistema sanitario che, insieme ai *ticket*, rendono competitive le prestazioni private e mettono in crisi i diritti alla cure sanitarie per larghe fasce della popolazione. Cito la ricerca recente del Censis che individua l'ingolfamento delle liste di attesa come un fattore che rende più conveniente il ricorso al privato. Alla conclusione di questa ricerca, si dice «pagare diventa per tutti, anche per le persone con redditi bassi, la condizione per accedere alle prestazioni in tempi realistici» Si può dire che il diritto alla salute nel nostro Paese, seppure con tanti obiettivi centrati, oggi è messo a rischio, anche perché le stime dicono che almeno 9 milioni di persone escono, per ragioni economiche, dalle cure pubbliche.

Nel documento economico del Governo per i prossimi anni si è previsto che la spesa sanitaria sia inferiore a quella del PIL, con un progressivo calo del rapporto tra spesa sanitaria e prodotto lordo, che passa da 6,8 per cento del 2015 al 6,5 del 2019. Lo ribadisco, si sta programmando l'impoverimento del sistema sanitario. E poi aggiungiamo i tagli: i tagli al Fondo sanitario nazionale stabilito dall'intesa Stato-regioni e quelli al Fondo per l'edilizia sanitaria.

È chiaro dove si va a parare, e non più silenziosamente, siamo di fronte ad un'evidente manifestazione. Vede, mentre lei ci chiede di togliere alcuni pezzi della nostra premessa, che ho riassunto nel mio intervento, c'è chi parla con naturalezza, direi con spudoratezza, di rilanciare il sistema sanitario a universalismo selettivo.

Io credo che invece bisogna ribadire quello che il sottosegretario ha chiesto a questo gruppo, di togliere dalle premesse della nostra mozione: in realtà si sta sempre più andando verso un sistema sanitario a due binari, uno pubblico sempre meno efficiente e

non adeguato, destinato a chi non è abbiente, ed un sistema misto pubblico e privato, compreso il privato sociale ridisegnato dalla delega in discussione oggi al Senato a questo scopo, una sistema misto pubblico e privato finanziato con assicurazioni sanitarie private e di categoria e con prestazioni spesso qualitativamente e quantitativamente migliori per la parte più abbiente del nostro Paese. Questo è il disegno e noi, lo ribadiamo, lo contestiamo. Pag. 44

La Ministra della salute, Beatrice Lorenzin, rispetto a questi dati così duri invece annuncia – perché questa è una tendenza del Governo, il Governo degli annunci – che c'è bisogno nel sistema sanitario di più innovazione, di più investimenti in ricerca e personale, ci dà ragione. Noi siamo d'accordo con questa affermazione della Ministra Lorenzin e allora siamo coerenti e non fermiamoci.

Io credo che con queste mozioni, che centrano in modo unitario alcuni obiettivi, si possa modificare questa tendenza, che comunque noi teniamo a ribadire, perché vogliamo denunciare questo disegno di riorganizzazione silenziosa e qualche volta annunciata. I punti sono: sblocco del *turnover* prioritariamente, laddove il blocco mette in discussione la garanzia dei LEA, i livelli essenziali di assistenza, oppure impedisce una riorganizzazione che migliora qualitativamente i servizi; stabilizzazione del personale precario. È stato giustamente posto, anche se in modo contraddittorio dal Governo, il tema della stabilizzazione del personale della scuola, e questo è un giusto diritto. Noi vogliamo aggiungerci la stabilizzazione del personale sanitario, perché diritto alla scuola pubblica e diritto alla salute sono due diritti fondamentali che sono garantiti dalla nostra Costituzione.

Vogliamo ribadire la riqualificazione della spesa sanitaria prevedendo che quei risparmi perseguiti con la *spending review* rimangano nel sistema sanitario per investimenti sul personale e sui servizi. Vogliamo favorire la mobilità regionale contrattata e condivisa dal personale, razionalizzare la rete ospedaliera ed individuare, questo sì, migliori e maggiori risorse nella prossima legge di stabilità. Chiediamo una inversione di rotta perché, e concludo, i lavoratori e le lavoratrici del sistema sanitario sono una risorsa su cui investire e non comprimere (*Applausi dei deputati del gruppo Sinistra Ecologia Libertà*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto il deputato Calabrò. Ne ha facoltà.

RAFFAELE CALABRÒ. Grazie, Presidente. La necessità di rivedere le norme sul blocco del *turnover* è uno di quei pochi temi che in questo Paese mette d'accordo gruppi politici diversi e istituzioni varie.

Pag. 45

In questi anni si sono moltiplicate indagini nei rapporti che hanno dedicato interi capitoli al tema, quello sanitario, che in questi anni ha dovuto soprattutto razionalizzare e subire tagli lineari, che in alcune realtà hanno penalizzato l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e, soprattutto, tutto questo, per le carenze del personale.

La Corte dei conti nel rapporto 2015, pubblicato recentemente, ha sottolineato che i conti della sanità pubblica sono migliorati, ma la vera sfida è garantire la sostenibilità dei servizi, perché un nuovo *welfare* sarà possibile solo riscrivendo le regole, senza rischiare di aggravare le ripercussioni che il risanamento finanziario sta producendo in termini di qualità dei servizi resi.

La scorsa settimana è toccato alla Commissione salute del Senato, nell'indagine sulla sostenibilità del Sistema sanitario nazionale, votata peraltro all'unanimità, ricordare che i molteplici vincoli imposti alla spesa e alla dotazione del personale stanno indebolendo il

servizio sanitario in tutte le regioni, demotivando e destrutturando la principale risorsa su cui può contare un sistema di servizi alla persona. Preoccupa l'uso intensivo della forza lavoro, con turni sempre più massacranti, largo impiego di precariato, penalizzazioni economiche e di carriera, fenomeni rilevati anche dall'Europa e dalla Corte di giustizia europea.

Persino l'ISTAT, nel rapporto del 20 maggio scorso, ha evidenziato che il processo di rientro dal debito, cui hanno dovuto fare fronte numerose regioni, associato alla difficile congiuntura economica, ha avuto come conseguenza una riduzione dell'equità nell'accesso alle cure, a cui si ispira il nostro sistema sanitario. Il fatto che alcune delle regioni sotto piano di rientro non riescano ad assicurare i livelli essenziali di assistenza, erogando volumi di prestazione al di sotto degli standard ritenuti adeguati, testimonia la difficoltà del settore. Cito ancora l'ISTAT: è stato effettuato un confronto tra la geografia della salute, la mappa della dotazione del personale sanitario e la mappa del finanziamento al sistema sanitario e il confronto mette in luce lo squilibrio e il gradiente esistente. Pag. 46 tra nord e sud, tra i bisogni potenziali di assistenza sanitaria, i criteri allocativi delle risorse adottate e le risorse umane impiegate.

Relazioni, rapporti ed indagini che si possono sintetizzare in due frasi: da una parte, la sanità non può più essere pronunciata soltanto con una logica contabile; dall'altra, senza personale adeguato non c'è qualità nell'assistenza sanitaria. E ciò vale ancora di più per le regioni sottoposte al piano di rientro dal disavanzo sanitario.

Ciò premesso veniamo al nocciolo della mozione. Noi chiediamo un impegno al Governo, un impegno molto realistico. Avremmo preferito forse lo sblocco totale del *turnover*, ma senza soldi – si sa – non c'è sblocco possibile. Ma poniamo una questione di metodologia, che rappresenta senz'altro un buon inizio. Criteri stabiliti a livello nazionale consentirebbero di agevolare regioni e aziende nelle assunzioni, ponendo fine ad uno sfiancante iter burocratico che vede un rimbalzo tra regioni ed aziende sanitarie, da un lato, e tra Governo e regioni dall'altro. Decidere una volta per tutte, anche alla luce del regolamento sugli standard ospedalieri, di quanto personale ha bisogno un'unità operativa in rapporto al volume di attività, ai posti letto e alla tipologia dei servizi offerti, è un primo e decisivo passo.

Soltanto se ci saranno criteri chiari e certi, il personale da assegnare ad un'unità operativa risponderà esclusivamente ai bisogni del paziente, ai bisogni epidemiologici. Solo così non ci saranno diseguaglianze o preferenze nell'assegnazione della dotazione organica. Un reparto, un'azienda, avrà le risorse umane necessarie a garantire il diritto alla salute dei propri utenti, a prescindere dalle conoscenze e pressioni del direttore o del primario di turno. Questa è l'organizzazione sanitaria efficiente che i cittadini ci chiedono.

Certo, l'uniformità e la parità che tutti auspichiamo devono tenere conto delle differenze o meglio di alcune specificità. Non si può trattare in maniera uguale ciò che è diverso. Non è sufficiente ragionare sulle specialità in generale, ma bisogna sapere entrare nelle sottospecialità, nelle specificità di alcuni settori. Le pongo un esempio. Un'unità di radiologia ad alta specificità tecnologica, che garantisce TAC, radiografie, ecografie, PET, radiologia interventista e quant'altro, avrà bisogno senz'altro di medici e personale sanitario e tecnico su cui contare. Sono differenze giustificate, che naturalmente il Pag. 47 Governo deve monitorare e valutare, facendo sì che ci sia omogeneità e uniformità anche nella correttezza delle scelte compiute a livello regionale, perché non ci siano più disuguaglianze e preferenze tra i diversi reparti o aziende ospedaliere, perché la salute è un bene di tutti.

Onorevoli colleghi c'è un altro impegno che chiediamo con forza al Governo, ovvero quello di adottare misure volte a realizzare la mobilità interregionale del personale sanitario.

Non è più pensabile costringere i nostri medici e i nostri infermieri a lavorare e a vivere

lontani dalle proprie famiglie, con gravi conseguenze familiari ed economiche. Bisogna identificare forme che facilitino la mobilità interregionale del personale, cercando di limitare il peso del diniego o dell'assenso da parte delle aziende di provenienza. È un problema di equilibrio di risorse, ma è anche un problema di equilibrio sociale e di equilibrio familiare.

Il nostro è un convinto «sì» anche alle altre mozioni accolte dal Governo, che vanno tutte in un'unica direzione positiva per il personale del nostro sistema sanitario e per i nostri pazienti (*Applausi dei deputati del gruppo Area Popolare (NCD-UDC)*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Palese. Ne ha facoltà.

ROCCO PALESE. Grazie, signor Presidente. Onorevoli colleghi, il Parlamento oggi è chiamato di nuovo, in questa sede, a discutere e ad esprimersi su mozioni che riguardano il Servizio sanitario nazionale. Si tratta di mozioni che, in maniera specifica, pongono un problema in riferimento all'assicurazione che dovremmo dare, come Servizio sanitario nazionale, di garantire lo stesso livello di prestazioni sanitarie sull'intero territorio nazionale, nelle varie regioni.

Ed è fin troppo evidente – e questa è l'ennesima dimostrazione – che il Parlamento, spesso e volentieri anche con altri provvedimenti e decreti-legge e quant'altro, ma anche con altre mozioni, periodicamente torna su questo argomento. Il Parlamento è stato impegnato di recente anche in un'indagine conoscitiva, che ha visto coinvolte, con un lavoro di diversi mesi, sia la Commissione salute sia la Commissione bilancio, in riferimento al rapporto che riguardava risorse e sostenibilità stessa del Servizio sanitario nazionale, sempre relativamente Pag. 48 all'assicurazione di livelli di assistenza e di prestazione uniformi sull'intero territorio nazionale.

Ed è fin troppo evidente che la scelta politica principale del nostro Paese in merito a tutto ciò è stata effettuata con la legge n. 833 del 1978 – una grande conquista di civiltà per il nostro Paese –, che riguarda l'accesso universalistico alle prestazioni sanitarie da parte di tutti. Ora, a trentasette anni dall'introduzione e dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale, noi ci troviamo in grande difficoltà rispetto alla gestione della sanità. Ci troviamo in grande difficoltà nonostante l'attuazione di numerose leggi. Mi limito a quelle specifiche che riguardano la grande riforma che c'è stata a partire dalla legge n. 833 del 1978, cioè il decreto legislativo n. 502 del 1992, a seguito della legge delega n. 421 del 1992, che riformò, nel nostro Paese, i quattro assi portanti collegati direttamente al bilancio dello Stato e alla finanza pubblica (la sanità, la previdenza, la finanza territoriale e il pubblico impiego).

Ora, davanti a una situazione del genere, io penso che è fin troppo evidente che, nonostante l'articolazione che c'è stata con il decreto legislativo n. 229 del Ministro Bindi e poi, a seguire, con tantissime altre riforme, sia arrivato forse il momento di mettere un punto fermo sul Servizio sanitario nazionale. Infatti, non esiste più provvedimento che riguarda la finanza pubblica che non tratti le restrizioni anche rispetto al Fondo sanitario nazionale, non esiste più provvedimento, decreto-legge, riforme e quant'altro, sulla pubblica amministrazione che non riguardi anche il personale all'interno del Servizio sanitario nazionale, vuoi per blocchi, vuoi per trasferimenti, vuoi per mobilità, vuoi anche per la situazione previdenziale, come di recente è stata varata, e così via.

In riferimento alle tante e tante leggi, si parla del personale. C'è da porre una domanda: ma il Servizio sanitario nazionale solo adesso è in blocco rispetto al *turnover*? La risposta è «no», non è che è in blocco solo adesso. È stato il primo settore all'interno della pubblica amministrazione, tra i dipendenti pubblici, a subire un blocco totale.

Infatti, dopo l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, la legge n. 12 del 1982 partì proprio con il blocco delle assunzioni di ogni ordine e grado, anche di quelle temporanee, delle unità sanitarie locali. Successivamente, poi, con l'articolo 19, ultimo comma, della legge n. 730 del 1983 si iniziò con le deroghe al blocco delle assunzioni. Noi siamo in un contesto in cui la spesa sanitaria, solo di risorse pubbliche, rappresenta la seconda voce nel bilancio dello Stato. Infatti, noi abbiamo la prima che è la previdenza, la seconda è la sanità e la terza è poi il servizio del debito, che riguarda pure una grande fetta, che per fortuna che negli ultimi tempi si è ridotta. Ma la sanità rappresenta 110 miliardi di euro all'anno di risorse pubbliche. Ma non è solo questo il finanziamento, questo è solo una parte, la parte pubblica, perché se noi poi aggiungiamo la parte privata, dei *ticket*, delle addizionali e quant'altro, noi arriviamo a circa 160 miliardi di euro all'anno.

Il problema è come viene gestita questa grande partita, come vengono spesi i soldi in riferimento al finanziamento dei servizi sanitari regionali. Intanto, noi abbiamo troppi centri decisionali. Ecco perché, rappresentante del Governo, sottosegretario e caro Presidente, è giunto il momento forse di fare il punto. Nella sanità una delle cose che sicuramente crea disagio e dispersione del contesto delle decisioni è che ci sono troppi centri decisionali, non solo quelli di spesa, ma proprio troppi centri decisionali. C'è il Governo, c'è il Parlamento, che rivendica la sua autonomia e legifera; ci sono le regioni, che rivendicano la loro autonomia e legiferano; ci sono i direttori generali delle ASL, che fanno le loro scelte e decidono. Poi anche qui noi abbiamo il *clou del clou*: ci sono i TAR, il Consiglio di Stato, la Corte costituzionale, la Cassazione e, poi, si è aggiunto adesso il giudice ordinario e quant'altro, e chi più ne ha più ne metta. Alla fine, il problema è che la tasca è sempre una ed è quella della ASL che eroga le prestazioni. Ma i pagatori delle prestazioni sono i cittadini italiani.

In riferimento, poi, anche alla spesa sanitaria, io concordo con il problema che è stato posto quasi al centro di tutte le mozioni: blocco del *turnover* che deve essere superato, la mobilità intraregionale e interregionale che deve essere attivata, le regioni sul piano di rientro che hanno maggiori Pag. 50 difficoltà nel cercare di assicurare i servizi e quant'altro. Ma noi abbiamo mai monitorato il livello delle regioni, il livello di riorganizzazione e di modello organizzativo funzionale che hanno del sistema sanitario? L'hanno veramente ottimizzato tutto questo? Questo, infatti, è un grande problema. È vero o non è vero che anche all'interno della gestione della sanità esiste un altissimo grado di fenomeni di corruzione con gravissime colpe anche nell'ambito della mancanza di controlli a livello regionale? È vero o non è vero che la politica ha le mani in pasta all'interno della gestione della sanità come in nessun'altra parte del mondo? Così com'è vero pure che molte regioni hanno il blocco delle assunzioni per legge, soprattutto per la parte finanziaria, per responsabilità nei confronti della Corte dei conti, e un pò meno rispetto alla paura e alla deterrenza della parte penale. Infatti, rispettano il blocco perché altrimenti ne rispondono direttamente per danno erariale. Ma è pur vero che all'interno della sanità nascono partecipate, nascono società *in house* e quant'altro dove poi si fa un doppio danno: il danno di assunzioni a livello clientelare, ma peggio ancora senza meritocrazia perché non c'è selezione, né niente.

Sono tutte queste le cose che non vanno e chi ne fa le spese? A farne le spese è la parte qualificata: gli operatori all'interno delle corsie, gli infermieri professionali, il personale specializzato di pronto soccorso e dei settori di urgenza, i medici. Quelli sì che sono messi sotto *stress* perché per tutto il resto l'acquisizione di beni e servizi continua ad essere fuori controllo, totalmente fuori controllo dappertutto. E ci sono un Parlamento e un Governo che a tutt'oggi non riescono a stabilire almeno l'obbligatorietà di Consip e l'obbligatorietà delle centrali uniche di acquisto. Dobbiamo guardare tutti insieme se vogliamo veramente assumere una posizione che possa assicurare, sì livelli di prestazione essenziali di assistenza un pò dappertutto, ma anche e soprattutto l'ottimizzazione

dell'utilizzo delle risorse della sanità.

Accolgo con favore la riformulazione proposta dal Governo per quello che riguarda la nostra mozione. Noi voteremo tutte le mozioni perché sono tutte da votare dal momento che riguardano la denuncia di un problema ma mi auguro che, così com'è stato fatto nel 1978 con la legge n. 833, con il decreto legislativo n. 502 del 1992 con l'aziendalizzazione, che è tutta da rivedere ed è sostanzialmente fallita, con il Pag. 51 regionalismo che non riesce a gestire per bene questo grande settore, il Governo si faccia carico di questo bene pubblico che è la salute con tutto il resto per mettere un punto fermo e per cercare di mettere ordine e di pensare di più ad una sanità che curi la salute e non la politica e i partiti, come avviene quasi in tutte le regioni indipendentemente dal colore politico (*Applausi del gruppo Forza Italia – Il Popolo della Libertà – Berlusconi Presidente*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Grillo. Ne ha facoltà.

GIULIA GRILLO. Grazie, Presidente. Oggi parliamo di salute e di sanità. In due anni di Parlamento questa è praticamente la prima mozione che tratta questo tema. Allora poco fa, mentre ascoltavo gli interventi dei colleghi, mi sono chiesta come mai si parla così poco di sanità in un'Aula del Parlamento e secondo me ci sono due ordini di motivi. Il primo motivo è molto pratico, molto semplice: si parla poco di sanità perché le persone veramente competenti in materia di sanità sono pochissime, quelle veramente competenti ed oneste sono pochissime e quelle competenti, oneste e senza conflitti di interessi in sanità sono praticamente inesistenti e questo è il problema di ordine pratico.

Poi c'è un problema di ordine politico che riassumo in questa parola: non è vero che la sanità sia una spesa. La sanità è un bancomat e lo è per la troika, è un bancomat per i partiti, ed è un bancomat per i corrotti e adesso vi spiego perché. È un bancomat per la troika perché la ricetta della troika, quella che ha ucciso il paziente Grecia, è una ricetta che si basa sulla riduzione della spesa pubblica, sulla svalutazione dei salari e sulla privatizzazione. La riduzione della spesa pubblica ovviamente colpisce la sanità e la colpisce in una maniera, secondo noi, da totali incompetenti perché riduce i costi della sanità principalmente con due manovre: riduzione dei posti letto e blocco del *turn over*. Mi sono chiesta se il Ministro Balduzzi, quando ha voluto ridurre il numero dei posti letto, avesse fatto un conteggio economico relativo a quanto corrispondeva ridurre i posti letto ovviamente riducendo i servizi e i diritti ai cittadini e non ho trovato questo dato da nessuna parte. Quindi è giusto che i cittadini italiani oggi sappiano che Pag. 52i loro ospedali stanno chiudendo perché un Ministro della Repubblica, il Ministro Balduzzi, per obbedire a Monti, che ha ubbidito alla troika, ha deciso che uno degli strumenti doveva essere il taglio dei posti letto senza neanche calcolare quanto questo risparmio avrebbe inciso sulla famosa *spending review*. E questa è la competenza che sta dietro a queste scelte (*Applausi dei deputati del gruppo MoVimento 5 Stelle*) come quella sul blocco del *turn over*. Ed è una scelta incompetente quella del blocco del *turn over* tanto che è che ci ha sanzionato anche la Commissione europea perché i nostri medici e i nostri infermieri ovviamente, siccome sono pochi, sono costretti a fare il lavoro che avrebbero voluto fare altri medici e altri infermieri che avrebbero dovuto essere assunti. Ed infine incompetenza anche perché, quando si parla di soldi, questi emissari della troika che poi vengono in qualche modo inseriti all'interno dei Governi sono pure scadenti perché, quando noi abbiamo un'incidenza nella spesa italiana per i morti e per i malati da inquinamento di 97 miliardi di dollari che sono quasi quanto costa il Servizio sanitario nazionale, mi chiedo: ma una politica efficiente, onesta e che lavora al servizio dei cittadini non avrebbe dovuto incidere su quella risorsa, su quella spesa invece di prevedere semplicemente tagli lineari,

riduzione dei posti letto, blocco del *turn over*, blocco di tutto ? Ovviamente no, ma siamo il bancomat della troika.

Siamo anche il bancomat dei partiti perché dal 1992 si è deciso che le figure apicali delle aziende sanitarie dovevano essere di nomina politica e i risultati di questa lottizzazione politica della sanità li stiamo vedendo perché, signori, bloccare il *turn over* e bloccare la mobilità interregionale significa che i direttori generali possono fare i contratti, possono fare contratti ai medici, possono fare i contratti agli infermieri, possono fare contratti alle cooperative e, guarda caso, ogni volta prima delle elezioni c'è una valanga di contratti. Quindi è chiaro che c'è un'attenzione ad attingere dal punto di vista elettorale a tutti questi bei contratti (*Applausi dei deputati del gruppo MoVimento 5 Stelle*).

Pag. 53

Poi è un Bancomat dei partiti, ovviamente, anche sulla partita degli appalti e, in particolare, sulla partita dell'edilizia sanitaria. Allora, io ho girato, ultimamente, in occasione di queste elezioni, tutta l'Italia e ho visto una cosa assurda. Da una parte chiudiamo gli ospedali, però, dall'altra parte ne costruiamo di nuovi, senza risorse. Allora, come li facciamo i nuovi ospedali ? Li facciamo in *project financing* e, così, spuntano otto ospedali in Veneto in *project financing*, spuntano quattro ospedali in Toscana in *project financing*, ma anche in Puglia, poverini, anche loro vanno a costruire nuovi ospedali, mentre chiudono quelli vecchi, perché, ovviamente, la sanità è il Bancomat della politica che fa affari con le aziende e quindi è giusto finanziare (*Applausi dei deputati del gruppo MoVimento 5 Stelle*), perché, poi, quando vai a Mestre e vedi un megaospedale bellissimo, costruito come se fosse un bel centro commerciale, poi scopri che nella rete di imprese c'è il consorzio Venezia Nuova, quelle del Mose, quindi, il cerchio si chiude.

È poi il Bancomat dei corrotti perché – lo dobbiamo dire, ovviamente non lo ha detto nessuno – ieri c'è stata un'altra retata della guardia di finanza per rimborsi indebiti al San Raffaele, primari e dirigenti indagati per truffa, leggo *online*: ospedale San Raffaele, fondi per oltre 28 milioni di euro – lo ripeto, 28 milioni di euro – coinvolte nove persone tra cui Alberto Zangrillo, il medico di Berlusconi – qua c'è scritto – e l'amministratore delegato del gruppo Nicola Bedin. Quindi, abbiamo completato l'operazione di Bancomat.

Adesso, oltre che parlare di Bancomat, voglio parlare di diritti, perché questa mozione parte proprio dai diritti e parte dai diritti dei cittadini che hanno il diritto di vedere garantito il proprio Servizio sanitario nazionale e il proprio diritto alla salute. Non esiste l'universalismo selettivo, De Filippo, perché o è universalismo o è selettivo; quindi, o diamo il servizio sanitario a tutti oppure non lo diamo, non è che ci può essere un'esenzione; poi facciamo come per i pazienti con l'epatite C che vanno avanti solo quelli che hanno i medici nei centri che gli fanno somministrare i farmaci, ma quello è un altro aspetto. I cittadini hanno diritto a essere curati, hanno diritto a trovare medici in ospedale che li curino, che non abbiano Pag. 54 fatto 48 ore di servizio e che, magari, dopo 48 ore devono cominciare a fare un intervento alla testa, come fanno i neurochirurghi che non hanno colleghi che gli diano il cambio.

E hanno diritto i medici, perché i medici li avete fatti diventare, veramente, dei tappetini per i piedi, perché questi medici che una volta si facevano i loro bei concorsi – c'erano pure i raccomandati –, che entravano ed erano legittimati a lavorare in quella maniera, adesso, si devono zerbinare per avere un posto di lavoro al politico di turno, ovviamente, con il venire meno del merito, perché poi non è che vanno avanti i più bravi, vanno avanti quelli che si zerbinano meglio, da una parte, e, dall'altra, quelli che hanno vinto i concorsi e che se ne sono andati lontani dalle loro famiglie, non possono ritornare perché quei furbastrì dei direttori generali non accettano le procedure di mobilità, perché guai a liberarsi di un posto che possono far occupare con un contratto che poi gli serve per avere

lo scambio elettorale, questa è la verità (*Applausi dei deputati del gruppo MoVimento 5 Stelle*) !

Ma noi non possiamo assistere a questo scempio, ed è assurdo che il Ministro Lorenzin faccia i *tweet*: istituimo il tavolo di questo, istituimo il tavolo di quest'altro, ma tavoli di che cosa ? Guardi che gli unici tavoli che si istituiscano qui sono quelli delle aziende che si stanno spartendo gli appalti in tutta Italia, da quelli delle protesi per i nomenclatori a quelli dell'edilizia sanitaria, quelli sì che li fanno i tavoli, mentre noi stiamo a chiacchierare (*Applausi dei deputati del gruppo MoVimento 5 Stelle*). Allora, sottosegretario De Filippo, io le chiedo, veramente, che questa non rimanga una delle ennesime mozioni carta straccia che, poi, magari, ci potremo rivendere in televisione come abbiamo fatto con quella sull'immigrazione, dove abbiamo dimostrato il nostro impegno e la nostra serietà, ma qui ci sono i diritti di medici, di infermieri, di cittadini e questo Parlamento deve difendere i diritti di tutti i cittadini, non solamente di quelli associati a varie congreghe e che sono amici più o meno vostri o più o meno di altri.

Quindi vi chiediamo l'impegno di sbloccare il *turn over* perché non ha una *ratio* economica, a meno che lei non mi fornisca i numeri e i dati, vi chiediamo di sbloccare la mobilità interregionale, perché questo atteggiamento papistico dei direttori generali non è più tollerabile e vi chiediamo di sbloccare la mobilità e lo sblocco del *turn over*, perché i cittadini hanno bisogno di tutela dei diritti (*Applausi dei deputati del gruppo MoVimento 5 Stelle*).

PRESIDENTE. Ha chiesto di parlare per dichiarazione di voto l'onorevole Federico Gelli. Ne ha facoltà.

FEDERICO GELLI. Grazie Presidente, colleghi, oggi stiamo parlando di un grande patrimonio dell'intera collettività del nostro Paese, il sistema sanitario pubblico.

Il sistema sanitario pubblico italiano viene considerato a livello internazionale uno dei migliori sistemi sanitari pubblici, rispettando classifiche scientifiche, non valutazioni di natura politica; un sistema sanitario pubblico che sicuramente è il frutto di un lavoro importante della storia repubblicana, della storia di questo Paese, di un percorso che ha visto battaglie importanti per l'affermazione di un diritto che è sancito appunto dalla Costituzione. Ma questo grande patrimonio si incentra prevalentemente sulla ricchezza delle competenze e delle professionalità dei tanti operatori che lavorano in questo sistema. Noi abbiamo bellissimi ospedali, abbiamo grandi centri clinici, ma la vera ricchezza e il vero patrimonio stanno nelle competenze e nelle professionalità che in questi anni si sono affermate e si sono accresciute nel nostro Paese. Sono oltre 700 mila questi operatori: sono medici, infermieri, operatori sociali; sono 1 milione complessivamente, considerando anche gli operatori delle strutture convenzionate e dell'indotto che si muove intorno alla sanità. Vogliamo considerare tutto questo grande patrimonio, che garantisce un diritto fondamentale, che è il diritto alla salute, solo come spesa, oppure vogliamo considerarlo, invece, come un grande patrimonio di investimenti, di occupazione, di sviluppo e di dinamismo per questo Paese ? Perché oggi stiamo parlando proprio di questo, stiamo parlando proprio di questa grande opportunità. Eppure, l'asse fondamentale su cui si regge il nostro sistema è proprio il personale, gli operatori, che in questi anni purtroppo sono stati bistrattati, umiliati, potremmo dire anche offesi, perché si è pensato giustamente a razionalizzare i costi, a risparmiare, a rendere più efficiente il sistema. Giusto ! Giusto unificare i centri di acquisto, giusto razionalizzare la rete ospedaliera, giusto efficientare il sistema, giusto eliminare gli sprechi, giusto eliminare le decisioni della politica in un settore dove la politica deve restare molto lontana, ma purtroppo è stato colpito anche questo grande cuore del nostro sistema. È stato risparmiato negli ultimi anni intorno a 1 miliardo di euro, grazie ad operazioni sul blocco del *turnover*, in maniera particolare nelle

sette regioni con piano di rientro, a un blocco dei trattamenti accessori della retribuzione, a un blocco delle procedure contrattuali. Insomma, tutto questo è stato in qualche modo ottenuto, purtroppo, penalizzando quello che appunto dicevo prima: una delle grandi ricchezze del nostro Paese. Tutto questo che cosa ha prodotto e che cosa potrà produrre nel prossimo futuro? Una riduzione e una diminuzione alla risposta dei bisogni della popolazione, una riduzione, purtroppo, della qualità della risposta che noi potremmo dare ai nostri cittadini, al bisogno della domanda di salute di questo Paese.

Allora, la politica a questo punto deve intervenire, non può rimanere a considerare e valutare il sistema sanitario del nostro Paese solo come fonte di spesa; deve guardare con atteggiamento diverso, deve porsi in un atteggiamento diverso rispetto al prossimo futuro. Ecco perché noi proponiamo nella nostra mozione – ed è una proposta comune anche ad altre mozioni – una revisione dei vincoli imposti per la gestione del personale del sistema sanitario, perché possano favorire un giusto ricambio generazionale; perché solo attraverso un corretto percorso formativo e un corretto ricambio generazionale possiamo dare prospettive e futuro alla nostra qualità dei servizi. Siamo per garantire quelle assunzioni a tempo indeterminato in strutture molto sensibili del sistema, a partire dai pronto soccorso, dai centri trapianti, dalle terapie intensive, insomma in tutti quei luoghi dove non è ammissibile che si possa far ricorso al precariato, perché il precariato, che è ovviamente una risorsa importante quando c'è da sostituire un titolare, non può essere la risposta definitiva; può essere una soluzione tampone e certo non utilizzabile in questi settori particolarmente delicati. Ovviamente invitiamo il Governo a far sì che ci sia una limitazione del blocco del *turnover*, proprio per limitare l'uso di forme di precariato e di esternalizzazione delle risposte ai bisogni, perché sappiamo che alla fine questo ricorso e questa risposta producono ugualmente un Pag. 57costo, che è molto simile e paragonabile al costo effettivo del personale titolare, del personale ovviamente a contratto a tempo indeterminato; ed è qui l'elemento di sostanza sul quale noi vorremmo che il Governo intervenisse.

Pag. 58

Insomma, rimuovere tutti quei lacci e laccioli, quegli ostacoli che in questi anni sono stati un elemento di risparmio e che oggi possono diventare elemento di impoverimento e di difficoltà del sistema. Abbiamo ovviamente inserito anche il tema della mobilità regionale, perché non è spiegabile come ancora oggi si possano considerare i confini di una Azienda sanitaria in una logica ormai di pianificazione e programmazione che è almeno su base regionale.

Dobbiamo allora concedere altre possibilità e altre opportunità, perciò abbiamo inserito un altro tema fondamentale che ci viene richiesto con forza dagli operatori. Ad esempio, una iniziativa importante potrebbe essere quella di inserire una distinta area negoziale della dirigenza del sistema sanitario pubblico. D'altronde nell'idea della riforma del decreto Madia si parla di un ruolo unico della dirigenza delle regioni e allora, visto che l'ottanta per cento della dirigenza delle regioni è composta proprio dal comparto sanitario, non si capisce perché all'interno non si possa pensare ad un'area contrattuale e negoziale autonoma, vista anche la specificità del settore e le modalità di reclutamento.

Tutte queste risposte, a nostro avviso, sono solo all'inizio di un percorso difficile che dovremo fare nei prossimi mesi. Con il nuovo patto della salute sono inseriti argomenti importanti di risposta. Ad esempio, lo sblocco del *turnover* nelle regioni con piani di rientro che dimostrano una capacità di verifica e di uscita dal blocco e dal piano di rientro. È questo un primo segnale di attenzione, una prima possibilità di risposta in quelle regioni dove questo tema è ancora più importante rispetto alle altre. Una valorizzazione del ruolo del personale sanitario è inserita nell'articolo 22 del patto della salute, dove si definisce la

possibilità di una legge delega che possa aiutare a valorizzare e, in qualche modo, migliorare il lavoro interdisciplinare tra le varie figure professionali del sistema.

Stiamo discutendo da anni della responsabilità professionale, è un altro nostro punto importante. In XII Commissione, insieme alla Presidente, stiamo lavorando su questo in maniera proficua, perché sappiamo che questa risposta non è solo una risposta da dare agli operatori professionali, per arrivare ad un contingentamento delle risorse e a risparmi sul tema della Pag. 59 medicina difensiva che alcuni stimano addirittura in decine di miliardi e che a nostro avviso riguarda non solo la sicurezza degli operatori, ma anche quella dei cittadini.

Insomma, insieme ad altre misure, questo Governo e questa maggioranza stanno cambiando la pelle di questo sistema, garantendo le radici profonde del sistema sanitario pubblico, ma valorizzando le grandi importanti novità. Siamo noi, questa maggioranza e questo Governo, ad aver introdotto ad esempio la impossibilità del Presidente di regione a continuare a svolgere il ruolo di commissari nei piani di rientro. Un messaggio importante per dare una forza più rilevante al Governo, al ruolo centrale, nel sostegno e nell'aiuto ad uscire dalle condizioni di difficoltà. Attraverso il decreto Madia abbiamo inserito il tema dell'albo nazionale dei direttori generali. Veniva detto prima dal rappresentante del Movimento 5 Stelle, come la politica sia invasiva anche nel mondo della sanità, io non credo che il sistema sanitario pubblico possa essere considerato alla stessa stregua di un luogo del malaffare o dove tutti i nostri 700 mila operatori sono stati assunti perché amici di qualche politico di turno. Sarebbe un'offesa all'intelligenza di tanti bravi professionisti che operano in maniera dignitosa e hanno fatto i loro concorsi pubblici per poter essere assunti (*Applausi dei deputati del gruppo del Partito Democratico*). Credo allora che in risposta a questo noi dobbiamo operare in profondità, ecco perché l'albo nazionale dei direttori regionali, l'albo dei direttori regionali e amministrativi. Un albo trasparente, fruibile da tutti i cittadini, dove sappiamo quali saranno i manager che verranno scelti dai Presidenti delle regioni.

Infine, noi crediamo che questa battaglia debba in qualche modo dare una risposta alle migliaia di giovani specializzandi, precari, operatori sanitari che tutti i giorni, senza guardare il proprio orologio o l'ingresso e l'uscita, ma mettendosi al servizio con lo spirito grande, che anima tutti gli operatori sanitari, di offrire un servizio verso il prossimo che soffre. A questi operatori dobbiamo una risposta.

Lo abbiamo pensato per la scuola, dobbiamo pensarlo ora per il nostro sistema sanitario pubblico (*Applausi dei deputati del gruppo del Partito Democratico*).

PRESIDENTE. Sono così esaurite le dichiarazioni di voto.

Pag. 60

(Votazioni)

PRESIDENTE. Passiamo ai voti.

Come da prassi, le mozioni saranno poste in votazione per le parti non assorbite e non precluse dalle votazioni precedenti.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sulla mozione Grillo ed altri n. 1-00767 (*Vedi All. A*), come riformulata su richiesta del Governo, su cui il Governo ha espresso parere favorevole.

Dichiaro aperta la votazione.

(Segue la votazione).

Su colleghi che abbiamo diverse votazioni. Santelli.
Dichiaro chiusa la votazione.
Comunico il risultato della votazione:

Presenti	449
Votanti	445
Astenuti	4
Maggioranza	223
Hanno votato sì	444
Hanno votato no	1

La Camera approva (*Vedi votazioni*).

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sulla mozione Miotto ed altri n. 1-00899 (*Vedi All. A*), riformulata su richiesta del Governo, su cui il Governo ha espresso parere favorevole.

Dichiaro aperta la votazione.
(*Segue la votazione*).

Polidori. Russo. Lomonte. Piccoli. Chimienti. Onorevole Bragantini, provi a votare.
Dichiaro chiusa la votazione.
Comunico il risultato della votazione:

Presenti	446	
Votanti	442	
Astenuti	4	Pag. 61
Maggioranza	222	
Hanno votato sì	442	

La Camera approva (*Vedi votazioni*).

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sulla mozione Calabrò ed altri n. 1-00900 (*Vedi All. A*), per quanto non assorbita da precedenti votazioni, su cui il Governo ha espresso parere favorevole.

Dichiaro aperta la votazione.
(*Segue la votazione*).

Bolognesi, Dall'Osso. Colonnese. Costantino. Maestri. Provi a votare con il dito: le garantisco che è un'esperienza bellissima; funziona. Onorevole Dorina Bianchi, la aspettiamo.

Dichiaro chiusa la votazione.
Comunico il risultato della votazione:

Presenti	454
Votanti	415
Astenuti	39
Maggioranza	208
Hanno votato sì	414
Hanno votato no	.1

La Camera approva (*Vedi votazioni*).

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sulla mozione Nicchi ed altri n. 1-00904 (*Vedi All. A*), su cui avverto che i presentatori non hanno accettato le riformulazioni proposte dal Governo e pertanto il parere del Governo s'intende essere contrario sulla mozione nella sua interezza.

Dichiaro aperta la votazione.

(*Segue la votazione*).

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione:

Presenti	450	
Votanti	426	
Astenuti	24	Pag. 62
Maggioranza	214	
Hanno votato sì	144	
Hanno votato no	282	

La Camera respinge (*Vedi votazioni*).

Pag. 63

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sulla mozione Palese e Fucci n. 1-00905 (*Vedi All. A*), come riformulata su richiesta del Governo e per quanto non assorbita dalle precedenti votazioni, con il parere favorevole del Governo.

Dichiaro aperta la votazione.

(*Segue la votazione*).

Piepoli, Cozzolino, Tancredi, Ciraci...

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva (*Vedi votazioni*).

(*Presenti 449*
Votanti 368
Astenuti 81
Maggioranza 185
Hanno votato sì 368).

Passiamo alla votazione della mozione Vargiu ed altri n. 1-00907 (*Vedi All. A*). Il MoVimento 5 Stelle ne ha chiesto la votazione per parti separate, nel senso di votare il secondo capoverso del dispositivo distintamente dalla restante parte della mozione.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sulla mozione Vargiu ed altri n. 1-00907 (*Vedi All. A*), ad eccezione del secondo capoverso del dispositivo, come riformulata su richiesta del Governo e per quanto non assorbita dalle votazioni precedenti.

Dichiaro aperta la votazione.

(*Segue la votazione*).

Bueno, Marti, Colletti, Alberti, Archi...

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva (*Vedi votazioni*).

(Presenti 453
Votanti 425 Pag. 64
Astenuiti 28
Maggioranza 213
Hanno votato sì 364
Hanno votato no 61).

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sulla mozione Vargiu ed altri n. 1-00907 (*Vedi All. A*), limitatamente al secondo capoverso, con il parere favorevole del Governo.

Dichiaro aperta la votazione.
(*Segue la votazione*).

Cozzolino, Pilozzi...

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva (*Vedi votazioni*).

(Presenti 451
Votanti 448
Astenuiti 3
Maggioranza 225
Hanno votato sì 360
Hanno votato no 88).

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sulla mozione Rondini ed altri n. 1-908, come riformulata su richiesta del Governo, sulla quale il Governo ha espresso parere favorevole.

Dichiaro aperta la votazione.
(*Segue la votazione*).

Piepoli, Archi, Di Lello, Gigli...

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva (*Vedi votazioni*).

(Presenti 450
Votanti 385
Astenuiti 65
Maggioranza 193
Hanno votato sì 361 Pag. 65
Hanno votato no 24).

Passiamo alla votazione della mozione Gigli ed altri n. 1-00909 (*Vedi All. A*). Avverto che il gruppo del Movimento 5 Stelle ne ha chiesto la votazione per parti separate, nel senso di votare il primo capoverso del dispositivo distintamente dalla restante parte della mozione.

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sulla mozione Gigli ed altri n. 1-00909 (*Vedi All. A*), ad eccezione del primo capoverso del dispositivo, sul quale il Governo ha espresso parere favorevole.

Dichiaro aperta la votazione.
(*Segue la votazione*).

Dall'Osso.

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva (*Vedi votazioni*).

(Presenti 451
Votanti 417
Astenuti 34
Maggioranza 209
Hanno votato sì 415
Hanno votato no 2).

Indico la votazione nominale, mediante procedimento elettronico, sulla mozione Gigli ed altri n. 1-00909 (*Vedi All. A*), limitatamente al primo capoverso come riformulato su richiesta del Governo, con il parere favorevole del Governo.

Dichiaro aperta la votazione.

(Segue la votazione).

Colonnese, Ragosta, Malpezzi. Prego, onorevole Malpezzi, esperisca un tentativo di voto; bene, è andato a buon fine.

Dichiaro chiusa la votazione.

Comunico il risultato della votazione: la Camera approva (*Vedi votazioni*).

(Presenti 455
Votanti 433 Pag. 66
Astenuti 22
Maggioranza 217
Hanno votato sì 364
Hanno votato no 69).

Sospendo la seduta, che riprenderà alle ore 15 con lo svolgimento di interrogazioni a risposta immediata.