

Mozione Nicchi e altri

La Camera,

premessi che:

con la legge n. 833 del 1978, il nostro Paese ha istituito il Servizio sanitario nazionale. A 37 anni dalla sua istituzione il Servizio sanitario nazionale continua, nonostante tutto, a rappresentare un pilastro fondamentale del sistema di *welfare*;

per poter continuare a garantire l'universalità e l'equità, la sanità pubblica ha però bisogno di un rafforzamento capace di garantire effettivamente a tutti il diritto alla salute e alle cure, l'equità di accesso ai servizi, l'universalità e il finanziamento pubblico;

in realtà, si sta sempre più andando verso un sistema sanitario a due binari: uno pubblico sempre meno efficiente e non adeguato, e destinato alle fasce sociali medie e basse, e un sistema misto pubblico-privato di sanità integrativa, finanziato con assicurazioni sanitarie private o di categoria, e con prestazioni spesso quali-quantitativamente migliori destinate ai cittadini con maggiori possibilità economiche. Le politiche del definanziamento al Servizio sanitario nazionale e dei *ticket* intraprese in questi anni stanno quindi rendendo competitive le prestazioni private e mettono in crisi i diritti alle prestazioni sanitarie di larghe fasce di popolazione;

a confermare la strada intrapresa, che, di fatto, conduce a soluzioni privatistiche di uscita dalla crisi, è la ricerca Censis-Rbm Salute, presentata proprio nei giorni scorsi a Roma, dalla quale emerge come il servizio sanitario pubblico è sempre più ingolfato per le lunghe liste d'attesa e per gli italiani diventa più conveniente ricorrere alle strutture private. La scelta del privato spesso diventa un obbligo per accorciare i tempi. Così si ha un miliardo di euro in più in un anno uscito dalle tasche degli italiani, per un totale di 33 miliardi nel 2014 (+2 per cento rispetto all'anno precedente). A tanto ammonta la spesa sanitaria «*out of pocket*», mentre la spesa sanitaria pubblica supera i 110 miliardi di euro;

il rapporto Censis, evidenzia come «pagare diventa per tutti, anche per le persone con redditi bassi, la condizione per accedere alla prestazione in tempi realistici». Oltre 9 milioni di italiani hanno effettuato visite specialistiche nell'ultimo anno nel privato a pagamento intero (2,7 milioni di questi sono persone a basso reddito);

le risorse per i servizi e il personale del Servizio sanitario nazionale si sono ridotte e si vanno sempre più riducendo, tanto da compromettere il diritto stesso alla salute e alle cure dei cittadini;

lo stesso Documento di economia e finanza 2015, presentato dal Governo e approvato dal Parlamento nell'aprile 2015 non prevede alcuna inversione di tendenza nella riduzione di risorse, ma anzi stima una crescita per i prossimi anni della spesa sanitaria inferiore a quella del prodotto interno lordo, con un progressivo calo dal 6,8 per cento del 2015 al 6,5 per cento dell'anno 2019, nel rapporto fra spesa sanitaria e prodotto interno lordo;

il Documento di economia e finanza prevede un taglio di 2,352 miliardi di euro al Fondo sanitario nazionale a decorrere dal 2015, con conseguente riduzione di pari importo del livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale. In realtà, il totale dei tagli è di 2,637 miliardi di euro, in quanto ai 2,352 miliardi di euro di minore stanziamento del fondo sanitario, stabilito dall'intesa Stato-regioni del 26 febbraio 2015, si sommano i 285 milioni di euro in meno per l'edilizia sanitaria, previsti anch'essi dall'intesa di febbraio 2015;

il Governo prosegue con la politica dei tagli al Servizio sanitario nazionale, senza ricordare che la spesa sanitaria pubblica italiana risulta inferiore a quella dei principali Paesi europei: poco meno di 2.500 dollari *pro capite* nel 2012, a fronte degli oltre 3.000 dollari spesi in Francia e Germania. Il servizio sanitario pubblico italiano rimane quindi tra i meno costosi al mondo. Nelle statistiche internazionali, l'Italia si presenta con una spesa più bassa della media Ocse e della media dell'Unione europea;

la stessa Corte dei conti, nella sua recente «Relazione sulla gestione finanziaria per l'esercizio 2013 degli enti territoriali», ha ricordato come «Ulteriori risparmi, ottenibili da incrementi di efficienza, se non reinvestiti prevalentemente nei settori dove più carente è l'offerta di servizi sanitari, come, ad esempio, nell'assistenza territoriale e domiciliare oppure nell'ammodernamento tecnologico e 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 tali carenze»;

in un'intervista al *quotidianosanita.it* dell'8 maggio 2015, il Ministro della salute, Beatrice Lorenzin, dichiarava, tra l'altro, che «la sanità, al di là dei risparmi di efficienza ottenibili, ha bisogno di più risorse soprattutto su tre fronti: innovazione, investimenti, ricerca e personale. (...) Implementeremo con azioni specifiche per dare finalmente fiato al personale del SSN che da anni ha il contratto e il turn over bloccati»;

è auspicabile che il Ministro della salute Lorenzin, coerentemente con le sopraddette dichiarazioni, intervenga

per superare l'insostenibilità delle restrizioni imposte al personale del Servizio sanitario nazionale in questi anni;

i contratti per il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale sono bloccati da 6 anni, con condizioni di lavoro peggiorate e sempre più gravose e con lavoratori privati di prospettive professionali ed economiche, e tutto questo con ricadute negative sempre più evidenti, a cominciare dalla capacità di garantire i livelli essenziali di assistenza;

non c'è bisogno di attendere la sentenza della Corte costituzionale in calendario a partire dal 23 giugno 2015, chiamata a decidere sulla legittimità del blocco degli stipendi degli impiegati statali, per capire che il blocco per i dipendenti della pubblica amministrazione, protrattosi per troppi anni, sia una misura intollerabile e ingiusta, e questo forse ancora di più laddove questo blocco colpisce un settore fondamentale quale quello della sanità pubblica;

dal 2009, con la crisi, al 2013 gli occupati nel Servizio sanitario nazionale sono diminuiti di oltre 23 mila unità. Rispetto al 2012 si è registrato un calo di oltre 3mila unità (-0,5 per cento);

il blocco del *turnover* per il personale impedisce il ricambio generazionale, con carichi di lavoro sempre più pesanti che si ripercuotono ovviamente sull'assistenza sanitaria, e, di più, nell'attività del pronto soccorso, per definizione più stressante e comunque attiva 24 ore su 24;

come ricorda il documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, approvato dalle Commissioni parlamentari V (Bilancio) e XII (Affari sociali) della Camera dei deputati il 4 giugno 2014, le politiche di contenimento del costo del personale dovrebbero tener conto dell'usura del personale medesimo, anche in considerazione del fatto relativo all'aumento dell'età media dei medici del Servizio sanitario nazionale. Il blocco del *turnover* ha fatto sì che circa un terzo del totale abbia un'età tra i 51 e i 59 anni. Da qui la propensione a supplire alla carenza di personale anche attraverso esternalizzazioni dei servizi sanitari e non sanitari e utilizzo di personale in convenzione;

il medesimo documento conclusivo sottolinea come le «perduranti restrizioni all'ingresso di nuovi medici, potrebbe tradursi nel prossimo futuro in una riduzione dell'offerta sanitaria. In tale contesto sono state segnalate alcune criticità da parte dei giovani medici, che ritengono di trovarsi in una situazione di precarietà lavorativa e sotto tutela previdenziale, con un percorso formativo troppo lungo»;

una delle conseguenze di politiche che continuano da anni a puntare al blocco dei contratti e del *turnover* è quello di dequalificare il lavoro, visto sempre più come opportunità di risparmio e non come investimento e occasione di miglioramento della qualità dei servizi socio-sanitari erogati. È evidente così il rischio di un aumento dei fenomeni diffusi di demansionamento, dove organici carenti obbligano chi lavora a dover spesso svolgere il lavoro anche degli altri, e di incremento del ricorso al precariato;

devono essere programmate risorse aggiuntive per lo sviluppo della rete territoriale finalizzata principalmente alla prevenzione e alla deospedalizzazione e a garantire in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale l'appropriatezza delle prestazioni. Occorre investire oggi sul personale, sull'assistenza domiciliare e territoriale, nella consapevolezza che questi ambiti possono davvero consentire nel prossimo futuro importanti risparmi al Servizio sanitario nazionale, oltre che evidenti benefici alla collettività e un ritorno occupazionale indispensabile,

impegna il Governo:

ad assumere iniziative volte a rivedere le politiche che limitano le assunzioni di personale del Servizio sanitario nazionale, anche per le regioni sottoposte ai piani di rientro dai disavanzi sanitari, con particolare riguardo a quelle che manifestino criticità nell'erogazione delle prestazioni proprio a causa del blocco del *turnover*, al fine di garantire la piena erogazione dei livelli essenziali di assistenza e consentire la riorganizzazione e riqualificazione del Servizio sanitario nazionale;

ad avviare le opportune iniziative volte ad avviare un condiviso e graduale percorso di stabilizzazione del personale precario degli enti e delle aziende del Servizio sanitario nazionale;

ad adoperarsi per una reale riqualificazione della spesa sanitaria, prevedendo che i risparmi conseguiti all'interno del Servizio sanitario nazionale siano reinvestiti all'interno del medesimo sistema sanitario, anche al fine di consentire una nuova politica occupazionale, quale premessa indispensabile per il potenziamento qualitativo e quantitativo dell'offerta sanitaria nel nostro Paese;

ad assumere le iniziative di competenza volte a favorire una migliore mobilità regionale e interregionale, concertata con il lavoratore, del personale sanitario;

a garantire che l'avviata razionalizzazione della rete ospedaliera sia contestualmente affiancata da un reale e convinto sviluppo dell'assistenza territoriale, affinché la riduzione/riconversione delle strutture ospedaliere avvenga in

presenza di una contemporanea maggiore offerta a garanzia dei livelli di assistenza sociosanitaria distrettuale (centri aperti 24 ore su 24, assistenza domiciliare integrata, residenziale, semiresidenziale ed altro), anche a garanzia degli attuali livelli occupazionali;

ad individuare, fin dal prossimo disegno di legge di stabilità, le risorse necessarie per consentire una ripresa dei finanziamenti al Servizio sanitario nazionale e alle politiche sociali, entrambi al di sotto della media dell'Unione europea e dell'Ocse.

(1-00904) «Nicchi, Airaudo, Placido, Scotto, Franco Bordo, Costantino, Duranti, Daniele

Farina, Ferrara, Fratoianni, Giancarlo

Giordano, Kronbichler, Marcon, Melilla, Paglia, Palazzotto, Pannarale, Pellegrino, Piras, Quaranta, Ricciatti, Sannicandro, Zaccagnini, Zaratti».