

VITO DE FILIPPO, Sottosegretario di Stato per la salute. Grazie, Presidente. Non vi è dubbio che, negli ultimi anni, nel settore sanitario si è registrata la carenza di diverse figure professionali per effetto proprio dei vincoli assunzionali che sono stati riferiti anche poc' anzi dall'onorevole interpellante. In tale contesto, la maggior parte delle realtà regionali ha segnalato la carenza di personale sanitario per la difficoltà di assicurare la programmazione dei turni di lavoro secondo standard minimi, come la copertura delle assenze per malattie, per gravidanza, eccetera.

Questa problematica ha assunto connotati ancora più rilevanti all'indomani dell'entrata in vigore della nuova disciplina sull'orario di lavoro applicabile al personale delle aree dirigenziali del ruolo del Sistema sanitario, in virtù delle modifiche introdotte proprio dall'articolo 14 della legge n. 161. In particolare, come è noto, quella disposizione ha definito l'abrogazione, a decorrere dal 25 novembre 2015, delle norme contenute nel comma 6-bis dell'articolo 17 del decreto legislativo del 2003, che stabilivano la disapplicazione, nei confronti del personale del ruolo sanitario, del sistema sanitario, delle disposizioni in materia di durata massima dell'orario di lavoro e di riposo giornaliero.

Al riguardo, per consentire alle aziende sanitarie di superare le difficoltà che incontrano nell'organizzazione dei servizi e nell'erogazione delle prestazioni sanitarie ai pazienti, anche a causa delle criticità che sono state evidenziate, sono state inserite nella legge di stabilità per il 2016 specifiche disposizioni volte a favorire un processo straordinario di assunzioni nel Servizio sanitario nazionale, al fine di assicurare, attraverso una più efficiente collocazione delle risorse umane, la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari e dei livelli essenziali di assistenza, anche nel rispetto delle disposizioni europee in materia di articolazione dell'orario di lavoro.

In particolare, il più volte citato comma 541, e a seguire, dell'articolo 1 della legge di stabilità, la n. 208 del 2015, ha disposto che le regioni definiscano i propri fabbisogni di personale, tenendo conto sicuramente della cornice finanziaria programmatica e delle disposizioni vigenti in materia del costo del personale, facendo riferimento a tutte le professionalità sanitarie per le quali abbiano rilevato effettive esigenze assunzionali. Laddove sulla base del piano del fabbisogno del personale emergano criticità, gli enti del Sistema sanitario nazionale possono indire, entro il 31 dicembre 2016 e concludere entro il 31 dicembre 2017, procedure concorsuali straordinarie per l'assunzione di personale medico tecnico-professionale e infermieristico

necessarie a far fronte alle eventuali esigenze assunzionali che sono emerse proprio da questa ricognizione.

Nell'ambito delle medesime procedure concorsuali, gli enti del Sistema sanitario – prevedemmo in quel comma – possono riservare i posti disponibili, nella misura massima del 50 per cento, al personale medico tecnico-professionale e infermieristico in servizio al 1° gennaio 2016, che abbia maturato, alla data di pubblicazione del bando, almeno tre anni, anche non continuativi, negli ultimi cinque anni, non solo con contratti a tempo determinato – questa fu la novità – ma anche con contratti di Cococo o con altre forme di rapporto di lavoro flessibile che i medesimi enti, nel corso della storia degli stessi, avevano utilizzato.

In particolare, relativamente alla valutazione dei fabbisogni definiti dalle regioni, la stessa è stata demandata dal legislatore al tavolo di verifica degli adempimenti e al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, nonché al tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del regolamento, di cui al decreto del Ministero della salute 2 aprile 2015, n. 70, che è quello sugli standard della rete ospedaliera. Mi consentirà l'onorevole Giordano, più che chiedere – ed è anche quello utile, probabilmente – soldi in più, ci sono situazioni di ridondanza, di duplicazione e, anche, sicuramente, di non programmazione della rete ospedaliera che il decreto n. 70 sugli standard prevede e che potrebbero consentire una riallocazione sicuramente straordinaria, in molte parti del Paese, di personale.

Quindi, bisogna guardare la riorganizzazione, la proposta, anche alla luce della riorganizzazione della rete territoriale, della rete ospedaliera, perché il decreto n. 70, condiviso, valutato, ampiamente condiviso, lungamente condiviso anche dalle regioni, è ancora ampiamente non applicato in molte parti del nostro Paese. I tavoli congiunti – non a caso la norma richiama i tavoli congiunti, quella del rispetto dei livelli essenziali di assistenza e anche il decreto n. 70 – hanno già avviato la relativa attività istruttoria, nell'ambito della quale sono state già rese alcune indicazioni operative e, attualmente, si sta procedendo proprio alla disamina di tutti i documenti trasmessi dalle regioni che riassumerò in conclusione della mia risposta, ovviamente sinteticamente.

Occorre, peraltro, evidenziare che la Commissione europea ha richiesto, sicuramente, nuovi elementi informativi all'Italia, al fine di conoscere l'attuazione sul territorio delle norme sull'orario di lavoro del personale

sanitario, proprio relative alla comunicazione EU Pilot n. 8414 del 2016. Al riguardo, il Ministero della salute ha provveduto a richiedere alle regioni e alle province informazioni in ordine al quadro giuridico e alle prassi adottate a livello locale, in particolare, quelle concernenti la durata settimanale massima di lavoro e i relativi periodi di riferimento, il calcolo delle ore lavorative prestate in regime di attività libero-professionale e di riposo giornaliero. Dalle informazioni che abbiamo acquisito è emerso che le regioni hanno provveduto ad adottare atti di indirizzo finalizzati ad assicurare l'uniforme attuazione sul territorio di riferimento delle prescrizioni previste dalla normativa europea e da quella nazionale di recepimento. Non ci sembrano, ad oggi, pertanto, sussistere casi generalizzati di violazione delle disposizioni sull'orario di lavoro e, pertanto, eventuali ipotesi che si potrebbero accertare nel corso dei prossimi mesi di una non corretta applicazione sono verosimilmente circoscritte a casi isolati sul territorio nazionale.

Inoltre, sempre sulla tematica in argomento, in attuazione di quanto disposto dalle disposizioni normative sopra riferite, il Ministero della salute, sulla base delle risultanze del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti del comitato LEA, col supporto dell'istruttoria condotta dal tavolo e per il monitoraggio dell'attuazione del regolamento del decreto ministeriale n. 70, ha trasmesso formalmente a tutte le regioni le modalità operative attraverso quella apposita circolare che è stata citata e che è stata diramata proprio il 25 febbraio del 2016, che bisognerebbe commentare in tutta la sua articolazione, come circolare. Nel rispetto della cornice finanziaria e programmatica e delle disposizioni vigenti in materia del costo del personale, è stato richiesto alle regioni e alle province autonome esattamente entro il 29 febbraio 2016, attraverso un apposito flusso documentale, il piano di definizione del fabbisogno del personale, di cui al citato comma 541 della legge di stabilità, lettera b), dando evidenza alle seguenti informazioni: la prima, fabbisogno di personale necessario all'applicazione della direttiva n.161, con particolare riferimento, soprattutto, alle aree di emergenza urgenza e della terapia intensiva; seconda, il fabbisogno del personale correlato alla riorganizzazione della rete ospedaliera e dell'emergenza urgenza effettuata ai sensi proprio del decreto ministeriale n. 70, il piano deve essere corredato dalle relative metodologie di calcolo; alle regioni e alle province autonome è stato, inoltre, richiesto di comunicare, ai sensi dell'articolo 1, comma 542, della legge di stabilità, entro sempre la stessa data, l'eventuale ricorso alle forme di lavoro

flessibili, dettagliando il numero di unità reclutate, il profilo ricoperto e la tipologia di contratto con la relativa durata.

Inoltre, ai fini di effettuare l'istruttoria di cui all'articolo 1, comma 541, della stessa legge e per l'eventuale applicazione di quanto previsto dal comma 543, è stata anche comunicata la tipologia dettagliata di informazioni che le regioni dovranno predisporre a corredo del proprio piano di fabbisogno del personale. La mancanza della trasmissione della soprariportata documentazione non permetterà l'avvio dell'istruttoria di cui all'articolo 1, comma 541, ai fini dell'eventuale applicazione di quanto previsto proprio dal successivo comma 543 che prevede alcune iniziative nel caso della non comunicazione. Nella circolare inviata a tutte le regioni e alle province autonome è stato anche stabilito che in considerazione della necessità di definire gli standard di personale ospedaliero e territoriale a livello nazionale, entro il 30 settembre 2016, le stesse dovranno trasmettere le dotazioni di personale, alla data del 31 dicembre 2014, entro il 31 marzo proprio del 2016. La documentazione acquisita è attualmente in istruttoria presso il tavolo per il monitoraggio dell'attuazione del regolamento di cui al decreto ministeriale n. 70 del 2015.

Lascio anche a disposizione degli onorevoli interpellanti la tabella che riporta nel dettaglio la tipologia di documentazioni che, ad oggi, le regioni hanno trasmesso. Per citarle: la regione Emilia Romagna, la Basilicata, la Sicilia, il Friuli Venezia Giulia, il Veneto, il Molise, la Puglia, il Lazio, le Marche, il Piemonte e l'Umbria hanno trasmesso il piano di determinazione del fabbisogno del personale. Il Molise, la Liguria e la Campania hanno trasmesso la richiesta di assunzione di personale con forme di lavoro flessibile; l'Emilia Romagna, la Sicilia, la Toscana, la Lombardia, il Veneto, il Molise, la Puglia, la Liguria, il Lazio, le Marche, il Piemonte e l'Umbria hanno trasmesso la rilevazione della consistenza del personale in quelle regioni.