

**COMMISSIONE XII  
AFFARI SOCIALI****RESOCONTO STENOGRAFICO****INDAGINE CONOSCITIVA****4.****SEDUTA DI GIOVEDÌ 13 MARZO 2014**PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE **EUGENIA ROCCELLA****INDICE**

	PAG.
<b>Sulla pubblicità dei lavori:</b>	
Roccella Eugenia, <i>Presidente</i> .....	2
<b>INDAGINE CONOSCITIVA SULL'ORGANIZAZIONE DELL'ATTIVITÀ DEI MEDICI CHE SVOLGONO GLI ACCERTAMENTI SANITARI PER VERIFICARE LO STATO DI SALUTE DEL DIPENDENTE ASSENTE PER MALATTIA</b>	
<b>Audizione di rappresentanti della Conferenza delle regioni e delle province autonome:</b>	
Roccella Eugenia, <i>Presidente</i> .....	2, 3, 6, 8
Burtone Giovanni Mario Salvino (PD) .....	2, 6
Lenzi Donata (PD) .....	5
Lusenti Carlo, <i>Assessore alle politiche della salute della Regione Emilia-Romagna</i> .....	2, 6
Miotto Anna Margherita (PD) .....	4
Monchiero Giovanni (SCpI) .....	4
Murer Delia (PD) .....	3

**N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: Partito Democratico: PD; MoVimento 5 Stelle: M5S; Forza Italia - Il Popolo della Libertà - Berlusconi Presidente: (FI-PdL); Scelta Civica per l'Italia: SCpI; Sinistra Ecologia Libertà: SEL; Nuovo Centrodestra: (NCD); Lega Nord e Autonomie: LNA; Per l'Italia (PI); Fratelli d'Italia: FdI; Misto: Misto; Misto-MAIE-Movimento Associativo italiani all'estero-Alleanza per l'Italia: Misto-MAIE-ApI; Misto-Centro Democratico: Misto-CD; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling; Misto-Partito Socialista Italiano (PSI) - Liberali per l'Italia (PLI): Misto-PSI-PLI.**

PRESIDENZA DEL VICEPRESIDENTE  
EUGENIA ROCCELLA

**La seduta comincia alle 12.10.**

**Sulla pubblicità dei lavori.**

PRESIDENTE. Avverto che, se non vi sono obiezioni, la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso l'attivazione di impianti audiovisivi a circuito chiuso.

*(Così rimane stabilito).*

**Audizione di rappresentanti della Conferenza delle regioni e delle province autonome.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sull'organizzazione dell'attività dei medici che svolgono gli accertamenti sanitari per verificare lo stato di salute del dipendente assente per malattia, l'audizione di rappresentanti della Conferenza delle regioni e delle province autonome.

Nel dare il benvenuto ai nostri ospiti, ricordo che sono presenti il dottor Carlo Lusenti, assessore alle politiche della salute della regione Emilia-Romagna, e il dottor Paolo Alessandrini, dirigente responsabile dei rapporti con il Parlamento della Conferenza.

Do la parola al dottor Lusenti per lo svolgimento della relazione.

CARLO LUSENTI, *Assessore alle politiche della salute della Regione Emilia-Romagna*. Ringrazio il presidente e voi tutti dell'attenzione. Quello posto dall'audizione è un tema che ha una lettura e un'inter-

pretazione specifiche di dettaglio e una lettura e un'interpretazione più generali di sistema, su cui mi concentrerò.

Esaurisco la parte più specifica e di dettaglio per dire che quello dell'attività dei medici che svolgono accertamenti sanitari sullo stato di salute dei dipendenti, da un punto di vista di mappatura — chi sono i medici, che rapporto di lavoro hanno — è un tema « sindacale » e ci consegna una fotografia assolutamente eterogenea, non tra regione e regione, ma all'interno di ciascuna regione e tra azienda e azienda.

Possiamo avere aziende che hanno medici dipendenti a cui affidano queste attività o che hanno medici contrattisti, a gettone, medici con un rapporto libero professionale a prestazione, aziende che affidano alla guardia medica il compito di svolgere i controlli, quindi una realtà molto frammentata, poco organizzata e molto eterogenea.

Quest'epifenomeno, però, è la rappresentazione, come punta dell'iceberg, del fenomeno sotteso al tema più generale che la Commissione salute e la Conferenza delle regioni, che ha approvato il documento che vi ho consegnato e che raffigura il quadro, descrive. Il quadro generale si può rappresentare sulla base di due punti fermi in quanto incontrovertibili, definiti in sentenze della Corte costituzionale, in documenti della Conferenza Stato-Regioni, quindi elementi cardine insindacabili.

Il primo elemento è che le visite fiscali sullo stato di salute dei dipendenti assenti per malattia non fanno parte dei livelli essenziali di assistenza, non sono compiti del Servizio sanitario nazionale, non riguardano la tutela individuale e collettiva della salute, ma la lotta all'assenteismo, che è altro compito, sul quale non mi

esprimo con alcun aggettivo, ma che non compete al Servizio sanitario nazionale. Su questo ci sono chiarezza e univocità di fonti assolutamente solide.

Il secondo punto su cui fondano il ragionamento e la visione generale che vi descrivo è che i costi diretti e indiretti che riguardano l'espletamento di queste attività di controllo fiscale da parte dei medici, da parte di chiunque eserciti questa funzione, non grava sui bilanci pubblici, ma è a carico del datore di lavoro. Anche su questo, dalla Corte Costituzionale in giù c'è chiarezza.

A fronte di questo quadro, basato su questi capisaldi, la realtà è andata nella direzione esattamente opposta: da un lato, storicamente per i dipendenti pubblici è stata accettata di fatto l'organizzazione e l'effettuazione di queste visite da parte del Servizio sanitario nazionale, contravvenendo al principio che non è un suo compito e non appartiene ai livelli essenziali di assistenza; dall'altro, i costi non sono stati, se non in maniera molto parziale ed episodica, ristorati e sostenuti da parte dei datori di lavoro pubblici perché sono oneri gravati sul Servizio sanitario nazionale, che non aveva ne neanche il compito. Già solo la valutazione di costi diretti e indiretti degli ultimi due anni è quantificata dalle regioni in 70 milioni di euro.

Naturalmente — non vale la pena neanche ricordarlo — esiste il costo diretto della retribuzione unitaria o contrattuale del medico, ma anche uno indiretto di organizzazione del sistema delle visite, della loro trasmissione dal datore di lavoro, della ricezione della domanda, quindi un costo di organizzazione.

Aggiungo un ultimo elemento che sostiene insieme agli altri la conclusione e il punto che sostengono e che sosterranno da qui in avanti le regioni: poteva avere una sua *ratio*, per quanto parziale, il fatto che il datore di lavoro pubblico, che aveva i dipendenti assicurati a un ente previdenziale autonomo, Inpdap, si rivolgesse al Servizio sanitario, a differenza del datore

di lavoro privato che, storicamente, si rivolgeva all'INPS perché seguiva quel canale assicurativo.

Anche questa condizione, però, non esiste più perché l'Inpdap, com'è noto, è stata assorbita dalla cosiddetta grande INPS, per cui la conclusione che sostengono le regioni è che rimetteranno questo compito.

Da qui in avanti, le regioni useranno le risorse, poche o tante affidate al Servizio sanitario, per i compiti propri di quest'ultimo, ossia la tutela della salute dei cittadini, e non per opporsi, cosa meritoria, a qualsiasi forma individuale o generale di certificazioni fraudolente, di assenze per malattia non legittime e per sistemi di verifica che si dedichino, appunto, a combattere un fenomeno che va sotto il nome generico di assenteismo.

Questo non è un compito del Servizio sanitario e gli oneri non possono essere a suo carico, per cui la scelta delle regioni è, da qui in avanti, di lasciare all'INPS ciò che compete all'INPS, ovvero la completa organizzazione di questo sistema di controllo, utilizzando le forme contrattuali di remunerazione che in modo univoco, indipendentemente dal fatto che il datore di lavoro sia pubblico o privato, riterrà di utilizzare nei confronti dei medici ai quali affiderà l'espletamento di quest'attività fiscale di controllo.

Da un piccolo tema parziale, quindi, quali sono i medici che svolgono quest'attività per conto del Servizio sanitario, si arriva a un tema molto più grande e significativo che riguarda i compiti delle istituzioni, del Servizio sanitario e come e per quali fini si utilizzano le risorse che gli sono affidate.

**PRESIDENTE.** Ringrazio il dottor Lussenti per l'estrema chiarezza e sintesi del suo intervento.

Do ora la parola agli onorevoli colleghi che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

**DELIA MURER.** La posizione assunta dalla Conferenza mi sembra molto precisa, la definirei drastica. Cosa significa nell'im-

mediato che la Conferenza delle regioni intende dismettere questo compito? È in corso o si aprirà un tavolo, c'è un atto formale anche nei confronti del Governo rispetto a quest'elemento? Ovviamente, un'attività in essere non scompare all'improvviso, quindi vorrei capire se esista un atto formale della Conferenza, un confronto in essere coi ministeri e col Governo su questo punto.

Inoltre, lei ha descritto un panorama molto variegato da ASL ad ASL o forse anche all'interno delle stesse ASL: esiste un dato sul numero di dipendenti utilizzati solo per questo dal Servizio sanitario? Citava diverse forme di contratto: vorrei capire se esistono dei numeri in merito e se la Conferenza ha mai valutato anche l'ipotesi del polo unico o lo ritiene già superato, mantenendo compiti che mi pare, invece, non ci sia nessuna intenzione di mantenere.

Vorrei capire che tipo di percorso si ipotizza e che atti formali sono fatti arrivare a questa scelta. Siccome abbiamo avuto una discussione con voi, ma anche con i medici fiscali dell'INPS, con tutte le organizzazioni sindacali e da parte di molti era indicato il polo unico come una possibile soluzione, vorrei capire, benché lo intuisca, cosa ne pensa e come lo valuta.

**GIOVANNI MONCHIERO.** In realtà, il dottor Lusenti ha già risposto alla domanda che avevo intenzione di porre. Vorrei quindi rivolgermi alla Commissione. Se non erro, questa è l'ultima delle audizioni e a questo punto si pone, presidente, un problema grave, il solito problema senza soluzione.

Abbiamo scritto norme abbastanza contraddittorie, giustamente il Servizio sanitario nazionale non intende continuare una prassi antica perché quei costi non sono ristorati da nessuno, l'INPS ha un servizio organizzato nel modo descritto. Non ero a conoscenza che fossero quelli i suoi livelli, ma sono terrificanti, con una contrattualistica verso questi malcapitati medici che fanno i medici legali — in senso lato, per la verità, perché spesso non sono neanche medici legali — inaccettabile nel

2014. Esiste, quindi, un problema grave. Non penso tuttavia che lo Stato possa rinunciare a svolgere questa funzione.

Poiché l'organizzazione delle ASL è capillarmente diffusa sul territorio, essa consente anche delle economie di scala. Se per una vista legale un medico impiega dieci minuti, è un conto; se invece impiega due ore di viaggio, è totalmente diverso. I medici dell'INPS collocati solo nelle sedi provinciali ovviamente non riescono a svolgere questa funzione con la medesima economicità con cui la gestirebbero le ASL.

La soluzione più semplice è che le ASL, che il Servizio sanitario nazionale siano ristorati in una funzione che non competerebbe loro, ma forse, avendo i medici, tra l'altro legali, e quindi con ben altre professionalità rispetto a quelli che abbiamo audito nelle settimane scorse, è necessario un intervento da parte del Governo che risolva questo problema, che oggi non avrebbe nessuna soluzione.

Scusate l'intervento non molto pertinente, ma credo che l'assessore Lusenti possa dire che, a fronte di un ristoro, il Servizio sanitario nazionale sarebbe anche disposto a svolgere una funzione che non gli competerebbe. Questa è una domanda, assessore, che rivolgo a lei.

**ANNA MARGHERITA MIOTTO.** Assessore, per tre problemi, a mio avviso, è necessaria la collaborazione delle regioni, ancorché non possa essere attribuito ad esse un compito primario perché, come lei ha detto, non si tratta di un LEA e, pertanto, alle aziende sanitarie non può essere affidato il compito di garantire questo servizio.

Anzitutto, le regioni ritengono che la responsabilità organizzativa e gli oneri connessi competano all'INPS, ma non ho sentito che ci sia una sorta di mutamento nelle autorizzazioni al proprio personale dipendente di svolgere questo servizio per conto dell'INPS rivolto a visite fiscali, non solo verso i dipendenti pubblici, ma anche verso i dipendenti privati.

Presumo — per questo le faccio la richiesta — che, da questo punto di vista,

possa continuare, secondo le regioni, l'attuale prassi, una sorta di accordo, convenzionamento, iscrizione in liste di medici, che sono di medicina generale, di varie tipologie, che operano all'interno del Sistema sanitario e che, fuori dal normale orario di lavoro, sono autorizzati a svolgere queste funzioni per le quali ricevono incarico dall'INPS.

Se fosse così, sotto il profilo del numero dei medici fiscali che operano sul territorio nazionale, non cambierebbe assolutamente nulla rispetto alla situazione attuale per effetto dell'orientamento che sta maturando. Questa è una prima conferma che le chiedo.

Se, come penso possa essere, è così, il problema è di natura organizzativa e riguarda prevalentemente i dipendenti pubblici. Per i dipendenti privati, infatti, sono i datori di lavoro a pagare la prestazione, per cui il problema si porrebbe per i dipendenti pubblici.

Su questo, forse occorrerebbe una norma — non sono sicurissima, per questo chiedo conferma — per la quale, se un dipendente dell'ASL deve essere controllato, l'ASL paga la prestazione all'INPS, che la rimanda al medico dell'ASL al quale è stato affidato l'incarico di effettuare la visita di controllo.

Se il dipendente è del comune, quindi pubblica amministrazione, ex Inpdap, oggi INPS, l'onere è a carico del comune che ha richiesto la visita per il proprio dipendente e il medico fiscale può essere dipendente dall'INPS o medico autorizzato dall'ASL, a seconda del programma di visite, secondo le modalità che abbiamo sentito, organizzato dall'INPS.

Si tratterebbe, in questo caso, di stabilire una procedura che non so se abbia bisogno di una norma — può essere verificato successivamente — su come addossare l'onere della visita in maniera più precisa anche per le aziende sanitarie, senza addossare oneri impropri alle regioni.

Abbiamo, infine, una situazione in cui oramai i medici INPS, per scelte dell'INPS di contenimento dei costi, hanno visto i propri compensi ridursi in maniera ecces-

siva, fino a 300-400 euro al mese. Sono medici di 50 anni d'età, non possono più accedere alla specializzazione, non possono fare nient'altro. Nel Sistema sanitario non possono nemmeno essere utilizzati per altre funzioni. Abbiamo, quindi, anche un problema di questa natura da affrontare. Non so come penserà di risolverlo il Governo, ma noi abbiamo promosso un'indagine conoscitiva. Tutto nasce da una situazione, anche da un punto di vista sociale, davvero di un certo rilievo.

Una soluzione possibile potrebbe essere quella di stabilire una precedenza per questi ultimi rispetto ai medici che sono già alle dipendenze del Servizio sanitario nazionale che svolgono queste attività fuori dal proprio orario di lavoro: cosa pensa di un'ipotesi di questa natura?

È chiaro che questo ha qualche effetto anche sul Sistema sanitario perché sono medici di medicina generale o altri professionisti, specialisti ex SUMAI e così via che svolgono anche questa funzione. In questo caso, le regioni potrebbero cooperare affinché sia garantito un certo volume di attività tra quelle programmate dall'INPS e che consentano un trattamento economico dignitoso, naturalmente spostando attività di lavoro oggi svolte da alcuni su questi 400 medici circa che hanno subito gli effetti di una *spending review* eccessiva?

DONATA LENZI. Vorrei tornare alle competenze della Conferenza Stato-Regioni. A noi risultava, ma chiedo conferma, un pagamento onnicomprensivo per coprire il costo di questo servizio che si è tradotto, dopo tagli progressivi, in un trasferimento di 70 milioni di euro. L'abbiamo appreso dall'INPS, che naturalmente ritiene che, se decidessimo che tutte le funzioni sono accentrate all'INPS, vorrebbe anche il corrispondente trasferimento di risorse.

Inoltre, addentrandoci in questa nicchia, dove — come succede nelle nicchie perché nessuno ci guarda mai — proliferano le cose più strane, abbiamo scoperto che esiste una serie di normative e di incompatibilità stratificate con atti succes-

sivi nel tempo. Interessa più a noi, ovviamente, come tema; almeno un paio di questioni toccano il Servizio sanitario. Una è l'incompatibilità tra funzione di medico di famiglia e quella di medico fiscale, al momento limitata alla dimensione territoriale. Siccome, però, il tema medici di famiglia interessa moltissimo il Servizio sanitario, mi interessa capire meglio.

L'altra è quella dell'incompatibilità tra chi è medico dipendente del Servizio sanitario e non è nei servizi di prevenzione, cui spetterebbero eventualmente le funzioni di controllo, e potrebbe « arrotondare » svolgendo anche questa funzione. Sempre andando a fondo, infatti, abbiamo scoperto che ad alcuni è vietato fare qualsiasi altra cosa, e quindi sono sotto il livello di sopravvivenza, mentre altri, non si sa come, riescono a farne tante.

È necessario mettere ordine, come anche sui medici che sono nelle commissioni di certificazione di inabilità, invalidità, legge n. 104 e altro, che in qualche misura, appartenendo tutti alla grande categoria dei medici legali, potrebbero essere ulteriormente coinvolti, un po' meno perché hanno più funzioni specifiche: esiste un tema di incompatibilità? Quale sarebbe il vostro orientamento?

**GIOVANNI MARIO SALVINO BUR-TONE.** Intervengo con una battuta perché le colleghe hanno messo il dito nella piaga.

In questa Commissione abbiamo posto l'attenzione a un problema che in certe realtà è diventato drammatico. Un numero, però limitato, di medici legali che lavorano nell'INPS è veramente al di sotto della soglia della povertà sotto il profilo del guadagno mensile. Ci sono medici fiscali che ormai, pur svolgendo alcune attività lavorative, guadagnano al mese 400 euro perché hanno una serie di incompatibilità per cui non possono espletarne altre.

In altre sedi INPS, alcuni medici di famiglia sono anche medici fiscali e questi subiscono meno la decurtazione a cui si è proceduto, ma abbiamo, per esempio, il

caso specifico di alcune realtà, come quella di Catania, che conosco, veramente molto gravi.

Nel contempo, però, dobbiamo dire che alcune funzioni fiscali svolte dalle aziende sanitarie, in raccordo anche con l'INPS — che rimane il terminale della n. 104, delle pensioni di invalidità — sono organizzate e definite dalle ASL, non soltanto indicando i medici fiscali delle aziende, ma anche inserendo medici ospedalieri, del territorio.

Non è semplice, ma si chiede se sia possibile determinare una condizione per cui, in questo caso specifico — si accennava, però, all'eventualità di una norma — attività legate alla definizione di alcune patologie invalidanti possano essere delegate pienamente all'INPS, in modo da evitare la condizione assai grave, in alcune realtà, di medici che lavorano in un ente quale l'INPS, ma con livelli di guadagno assolutamente minimi, quindi con condizioni inaccettabili.

**PRESIDENTE.** Do ora la parola al dottor Lusenti per la replica conclusiva.

**CARLO LUSENTI,** *Assessore alle politiche della salute della regione Emilia-Romagna.* Attingo anche a mie competenze precedenti rispetto al ruolo di assessore e, ulteriormente, rispetto al ruolo che ho attualmente, di portavoce della commissione della Conferenza, non per dare delle risposte, ma per provare a inquadrare alcuni temi.

Le regioni non hanno adottato alcun atto formale se non il documento che vi abbiamo segnalato, che si conclude con un'affermazione perentoria. Non hanno adottato alcun atto formale perché abbiamo un atteggiamento responsabile e vorremmo contribuire a trovare delle soluzioni. La nostra analisi è stata prodotta per quest'audizione, ma ha alle spalle anni di sollecitazioni da parte di ciascun assessore, della Commissione salute, della Conferenza delle regioni, al Ministero dell'economia e all'INPS.

Non abbiamo mai ricevuto i 70 milioni di euro. Se vanno all'INPS, siamo contenti.

Questo è il punto e non è economico, ma molto più grave. I costi sostenuti dal Servizio sanitario, pochi o tanti che siano, per una funzione che non gli è propria di controllo e fiscale, sono devianti delle funzioni proprie, ossia la tutela della salute dei cittadini. Questo ha un peso molto significativo. Il tema non è solo quello della sostenibilità ai bilanci, ma anche che con 70 milioni si assume un certo numero di infermieri, di medici, si pagano medicine — scusate la banalità — che vanno ai nostri cittadini e che non ci sono andati.

Procederemo, quindi, con cautela nel togliere l'autorizzazione alle aziende che sino adesso hanno svolto quest'attività. Nulla lo impone. Dobbiamo soltanto dire alle aziende di non farlo più perché non c'è nessuna norma che le vincola a farlo, al contrario.

Non vorrei mai che qualche sezione della Corte dei conti volesse capire perché usiamo soldi del fondo Sanitario nazionale per un'attività di controllo fiscale che non ci compete. Non vorrei che arrivasse quel giorno. Procederemo, quindi, con cautela, ma affermiamo un punto di principio, che se ne porta dietro un altro, che — permettetemi — è davanti alle dinamiche organizzative, gestionali, contrattuali, sindacali e retributive, che ci sono tutte: a chi compete? Non compete al Servizio sanitario: si può capire a chi compete?

Vediamo poi l'organizzazione conseguente, che deve tenere conto di una serie di fini: la capillarità, la tempestività, la sostenibilità, la competenza specifica, i livelli retributivi, la contrattazione. Non si tratta di medicina legale poiché sono controlli fiscali effettuati da medici, ahinoi e ahi loro, privi di competenza. Li conosco e li conoscete anche voi. Si sono costruiti una carriera senza sbocchi, per svolgere un'attività banalissima di controllo fiscale, in cui non si esercita neanche il ruolo di diagnosi e terapia perché non si può cambiare la diagnosi né la prognosi, se non in senso riduttivo.

Allora, poniamoci anche quel tema, che viene comunque dopo quello sulla competenza. Penso che dovrebbe essere affermata la chiara competenza dell'INPS: se

dispone del sistema capillare per i controlli fiscali per i datori di lavoro privati, che non sono concentrati nei capoluoghi, non si vede perché non debba avere o rafforzare, costruire, implementare un sistema di controllo fiscale per tutti i datori di lavoro, avendo anche la responsabilità sull'assicurazione dei lavoratori pubblici.

Quando si sarà chiarito quest'aspetto, ci si occuperà degli aspetti organizzativi. Questi temi mi sono cari, ma bisogna elencarli tutti. Ci si accorge che bisognerebbe analizzare le politiche contrattuali e retributive di INPS negli ultimi venti anni con i suoi dipendenti, non solo medici. Non sono contratti del Servizio sanitario, ma dell'INPS per i suoi dipendenti.

In questi venti anni, li ha pagati poco tutti, non solo i medici fiscali. Ciò che vige, per esempio, per i dipendenti del Servizio sanitario nazionale, l'indennità di esclusività, non vige per i dipendenti di INPS, ma sono parimenti vincolati a un rapporto esclusivo: qualcuno si è occupato di questi temi in questi vent'anni? Questi problemi vanno affrontati, individuando una chiara attribuzione di responsabilità e di ruolo. In seguito, si possono affrontare anche gli altri problemi.

Da questo punto di vista, la funzione del ruolo si può esercitare anche affidando. Cito un esempio grande come una casa: chi effettua le visite di accertamento degli infortuni sul lavoro? La certificazione non è dell'INAIL, ma del Servizio sanitario nazionale. Esiste un contratto nazionale e poi regionale tra INAIL e il Servizio sanitario che destina ai medici di pronto soccorso, che producono la prima certificazione di infortunio sul lavoro, e tutto funziona, ma perché c'è stato da parte di quell'ente un atteggiamento di condivisione della necessità di impiantare un sistema.

Non dico che sia questa la soluzione, la cito come esempio molto strutturato per dire che, affidata la responsabilità, poi si trovano i modi per esercitarla, in proprio o affidandola ad altre istituzioni e organizzazioni in grado di espletarla, ma a fronte di rapporti contrattuali chiari.

Per questo, onorevole Miotto, per tutti i temi — fuori orario di lavoro, libera professione, esclusività — escludiamo i dipendenti pubblici, in modo da dare più *chance* ai medici dell'INPS — a mio parere, è possibile affrontarli, ma se sono il capitolo successivo a quello della chiarezza dei ruoli, delle responsabilità, di chi sostiene gli oneri, chi ha ruolo nel contrarre delle definizioni di rapporti chiari in un quadro che non c'è.

Non avendoli mai percepiti, le regioni sono favorevoli ai 70 milioni di euro all'INPS. Se li percepisce qualcuno, le regioni sono favorevoli. È stato discusso in Commissione salute un altro argomento, che però non fa parte del documento, per cui lo cito a titolo personale come contributo alle riflessioni della Commissione non solo sul tema specifico, premettendo che, essendo molto diverse le situazioni di ciascuna regione su questo tema, anche le posizioni delle regioni restano diverse.

Nella chiarezza di affidamento, si potrebbe compiere anche un passo ulteriore: i controlli fiscali competono all'INPS, l'accertamento della disabilità torna completamente in capo al Servizio sanitario perché questo sì è un suo compito, questi sono i nostri cittadini e lì sì c'è un'intera filiera — legge n. 104, disabilità, patenti — che è di competenza del Servizio sanitario, che si occupa sempre della tutela della salute.

Un conto sono certe situazioni, un conto sono altre, in cui è meglio affidare all'INPS, ma questo non significherebbe produrre quest'effetto in tutto il Paese, bensì riaffidare alle regioni, che intendono avvalersi di questa possibilità, in *toto* la parte di accertamento. La convivenza — lo dico dalla mia regione di appartenenza — con l'INPS della fase di accertamento ha molto peggiorato la tempestività e la qua-

lità delle risposte che forniamo ai cittadini rispetto all'accertamento delle loro condizioni di disabilità.

Per banalizzarlo, sarebbe possibile uno scambio: l'INPS prende tutta la parte di accertamento fiscale che gli compete ed è un tema che non riguarda la tutela della salute e si trovano anche le soluzioni che danno risposte a temi specifici, compresi i temi di categoria, che ci sono tutti; si ricostruisce, nelle regioni in cui è possibile e utile — può darsi anche che non sia utile — una condizione di chiaro, univoco affidamento del percorso di accertamento della disabilità al sistema di tutela della salute.

Ho premesso che quest'ultima parte è letta in modo diverso dalle diverse regioni, che partono da punti di avvio diversi, ma una riflessione di sistema potrebbe costruire scelte che aiutano a risolvere i problemi « a valle ».

Vi ringrazio anche della pazienza a causa del debordare rispetto a temi generali.

PRESIDENTE. Sono cose che sappiamo tutti.

La seduta dell'Assemblea è iniziata, quindi dobbiamo concludere i lavori della Commissione.

Ringrazio il dottor Lusenti e il dottor Paolo Alessandrini per la presenza e anche per la chiarezza e la sintesi, anche nella replica.

Dichiaro conclusa l'audizione.

**La seduta termina alle 12.50.**

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI  
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VALENTINO FRANCONI

*Licenziato per la stampa*

*il 6 maggio 2014.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

