

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA:

5-02817 Binetti: Rivalutazione delle esigenze di assistenza sanitaria degli immigrati, anche irregolari	173
ALLEGATO 1 (Testo della risposta)	176
5-02818 Borghese: Attuazione del decreto del Ministro della sanità n. 332 del 1999, con riferimento all'aggiornamento del nomenclatore tariffario	173
ALLEGATO 2 (Testo della risposta)	178
5-02819 Lenzi: Deroghe normative nell'ambito della predisposizione del piano della rete ospedaliera nella regione Lazio	173
ALLEGATO 3 (Testo della risposta)	179
5-02815 Calabrò: Iniziative per regolamentare l'incompatibilità tra incarichi di consulenza e trattamento pensionistico per il personale medico già dipendente dal Servizio sanitario nazionale	174
ALLEGATO 4 (Testo della risposta)	181
5-02820 Piazzoni: Criteri per l'individuazione dei nuovi soggetti aventi diritto all'indennizzo previsto per le persone affette da talidomide	174
ALLEGATO 5 (Testo della risposta)	182
5-02821 Loreface: Convocazione urgente di una riunione della Conferenza Stato-regioni riguardante l'indennizzo previsto dalla legge n. 210 del 1992, in favore dei soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie e da trasfusioni	174
ALLEGATO 6 (Testo della risposta)	184
5-02816 Rondini: Avvio di un'indagine epidemiologica sul sito di Pioltello Rodano (Milano) ...	175
ALLEGATO 7 (Testo della risposta)	186
INDAGINE CONOSCITIVA:	
Indagine conoscitiva sull'organizzazione dell'attività dei medici che svolgono gli accertamenti sanitari per verificare lo stato di salute del dipendente assente per malattia (<i>Esame del documento conclusivo e rinvio</i>)	175
ALLEGATO 8 (Proposta di documento conclusivo)	187

INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA

Giovedì 15 maggio 2014. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.

La seduta comincia alle 13.50.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, ricorda che, ai sensi dell'articolo 135-ter, comma 5, del regolamento, la pubblicità delle sedute per lo svolgimento delle interrogazioni a risposta immediata è assicurata anche tramite la trasmissione attraverso l'impianto televisivo a circuito chiuso.

Dispone, pertanto, l'attivazione del circuito.

5-02817 Binetti: Rivalutazione delle esigenze di assistenza sanitaria degli immigrati, anche irregolari.

Paola BINETTI (PI) illustra l'interrogazione in titolo, evidenziandone la grande attualità, riguardando essa il tema dell'assistenza sanitaria in favore degli immigrati, anche irregolari, riconducibile a suo avviso non solo all'esigenza di tutelare ovvi valori umani, ma anche a quella di realizzare misure di risparmio sul piano dei costi del servizio sanitario nazionale, dal momento che una maggiore prevenzione di base ridurrebbe il ricorso all'ospedale, strutturalmente più dispendioso.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 1*).

Paola BINETTI (PI), replicando, si dichiara soddisfatta della risposta, dalla quale sono emersi dati di cui non era a conoscenza. Al riguardo, ritiene che il ministero della salute dovrebbe pubblicizzare adeguatamente le misure positive che sono già poste in essere in materia di assistenza sanitaria agli immigrati, affinché tutti i soggetti interessati possano venirne a conoscenza.

Rileva inoltre la disuguaglianza ravvisabile tra le varie regioni, in quanto i sistemi sanitari di alcune regioni tolgono forza ed efficacia alla normativa nazionale vigente nella materia in oggetto.

5-02818 Borghese: Attuazione del decreto del Ministro della sanità n. 332 del 1999, con riferimento all'aggiornamento del nomenclatore tariffario.

Manfred SCHULLIAN (Misto-Min.Ling.) illustra l'interrogazione in titolo, di cui è cofirmatario, soffermandosi sulla mancata attuazione dell'articolo 11 del decreto del Ministro della sanità n. 332 del 1999, che prevedeva un aggiornamento periodico del nomenclatore ta-

riffario, al massimo ogni tre anni, di fatto mai avvenuto fino ad oggi, con la conseguenza che i dispositivi (protesi, ortesi e ausili tecnici), le prestazioni erogabili, nonché le tariffe rimborsabili sono ormai del tutto obsoleti.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Manfred SCHULLIAN (Misto-Min.Ling.), replicando, si dichiara soddisfatto della risposta fornita dal rappresentante del Governo, auspicando che i tempi previsti per la definitiva approvazione del nuovo Patto per la salute siano effettivamente rispettati dal momento che, come è emerso dalla risposta stessa, la questione relativa all'aggiornamento del nomenclatore tariffario sarà definita in sede di predisposizione del predetto Patto.

5-02819 Lenzi: Deroghe normative nell'ambito della predisposizione del piano della rete ospedaliera nella regione Lazio.

Alessandra TERROSI (PD) illustra l'interrogazione in titolo, di cui è cofirmataria, volta a chiedere al Governo se, nel rispetto delle competenze regionali, non intenda di assumere iniziative per prevedere, nell'ambito del riordino della rete ospedaliera e socio assistenziale territoriale nella regione Lazio, deroghe alla normativa che prevede tagli di posti letto, al fine di mantenere in vita strutture che ricadono in aree considerate geograficamente e meteorologicamente ostili o disagiate, con collegamenti di rete viaria complessi.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Alessandra TERROSI (PD) replicando, si dichiara parzialmente soddisfatta, precisando che nella prima parte della risposta sono riportati elementi già noti, mentre nella seconda parte il Governo mostra

attenzione verso il problema rappresentato attraverso l'interrogazione in titolo, che si augura venga adeguatamente considerato in sede di predisposizione del nuovo piano ospedaliero, dal momento che vi sono alcune aree territoriali della regione Lazio che si trovano ad oltre sessanta minuti di distanza dal primo pronto soccorso.

5-02815 Calabrò: Iniziative per regolamentare l'incompatibilità tra incarichi di consulenza e trattamento pensionistico per il personale medico già dipendente dal Servizio sanitario nazionale.

Raffaele CALABRÒ (NCD) illustra l'interrogazione in titolo, facendo presente che nonostante la normativa vigente precluda l'affidamento degli incarichi di studio e di consulenza ad ex dipendenti del Servizio sanitario nazionale collocati in quiescenza, le aziende sanitarie continuano ad assegnare tali incarichi ai predetti soggetti, con convenzione pubblica, contravvenendo così alle norme previste, in particolare, dall'articolo 25 della legge n. 724 del 1994 e dall'articolo 5, comma 9, del decreto-legge n. 95 del 2012 (cosiddetta *spending review*).

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 4*).

Raffaele CALABRÒ (NCD), replicando, si dichiara soddisfatto della risposta, auspicando che avvenga la cessazione della prassi denunciata che, oltre ad essere *contra legem*, contribuisce ad aggravare le difficoltà occupazionali in atto vissute dalle nuove generazioni.

5-02820 Piazzoni: Criteri per l'individuazione dei nuovi soggetti aventi diritto all'indennizzo previsto per le persone affette da talidomide.

Marisa NICCHI (SEL) illustra l'interrogazione in titolo, che riguarda i criteri in base ai quali è stato individuato dal Ministero della salute il numero dei soggetti aventi diritto all'indennizzo già previsto

dalla legislazione vigente per le persone affette da talidomide.

Al riguardo, cita una nota dalla quale risulta che sono stati individuati circa 130 nuovi soggetti da indennizzare, con un onere annuale per le casse dello Stato, crescente negli anni, di euro 6.206.267,53, rilevando che l'allargamento della platea dei beneficiari così ipotizzato inciderebbe in maniera sensibile sulle coperture finanziarie precedentemente individuate.

Chiede, pertanto, al rappresentante del Governo di avere delucidazioni in merito alle suddette quantificazioni al fine di poterne valutare la veridicità, in assenza di una puntuale indicazione dei criteri utilizzati per giungere alla cifra riportata.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 5*).

Marisa NICCHI (SEL), replicando, si dichiara soddisfatta della risposta dalla quale risulta che il Governo è in costante contatto con le associazioni di settore, essendosi venuta a creare una discrasia tra i numeri riportati nella suddetta nota del Ministero della salute e quelli, notevolmente inferiori, rilevati da tali associazioni.

5-02821 Lorefice: Convocazione urgente di una riunione della Conferenza Stato-regioni riguardante l'indennizzo previsto dalla legge n. 210 del 1992, in favore dei soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie e da trasfusioni.

Andrea CECCONI (M5S) illustra l'interrogazione in titolo, evidenziando come essa tratti un tema di particolare rilievo per il Movimento 5 Stelle.

Si sofferma, quindi, sulla differenza di trattamento ravvisabile tra i soggetti indennizzati prima del 2001, quando il versamento dell'indennizzo spettava allo Stato, e quelli indennizzati dopo tale anno, quando la competenza è stata trasferita alle regioni. Fa presente, inoltre, che queste ultime hanno lamentato il mancato trasferimento di fondi statali a questo

scopo, tanto che hanno dovuto attingere a risorse proprie per fare fronte alle richieste di indennizzo.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 6*).

Andrea CECCONI (M5S), replicando, si dichiara insoddisfatto della risposta, dalla quale emerge una spiegazione dei fatti ben diversa da quella rappresentata dalle regioni.

Rileva altresì come il continuo, e reciproco, scambio di responsabilità tra Stato e regioni non giova a nessuno e, soprattutto, non risolve la situazione in cui si trovano i soggetti che hanno diritto ad essere indennizzati per i danni subiti a seguito di vaccinazioni obbligatorie o di trasfusioni.

5-02816 Rondini: Avvio di un'indagine epidemiologica sul sito di Pioltello Rodano (Milano).

Marco RONDINI (LNA) illustra l'interrogazione in titolo, riportando le preoccupazioni per l'incolumità dei cittadini, in quanto sembra evidente che la bonifica del sito di Pioltello Rodano non è stata ancora compiuta, per cui sarebbe necessario informare la popolazione locale sullo stato di contaminazione dei luoghi e sui tempi nei quali intenda garantire la reale bonifica del sito, a tutela dell'ambiente e della salute dei cittadini.

Il sottosegretario Vito DE FILIPPO risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 7*).

Marco RONDINI (LNA), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatto, ribadendo che la popolazione locale è allarmata, essendo il tasso di mortalità particolarmente elevato nella zona interessata nonostante l'attività industriale sia cessata da un decennio.

Ritiene, pertanto, doveroso che il Governo assuma iniziative nel senso di avviare un'indagine epidemiologica sul territorio, al fine di verificare la situazione

della popolazione residente nell'area, oltre ad assicurare il completamento della bonifica del sito contaminato.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

La seduta termina alle 14.45.

INDAGINE CONOSCITIVA

Giovedì 15 maggio 2014. — Presidenza del presidente Pierpaolo VARGIU. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo.

La seduta comincia alle 14.45

Indagine conoscitiva sull'organizzazione dell'attività dei medici che svolgono gli accertamenti sanitari per verificare lo stato di salute del dipendente assente per malattia.

(Esame del documento conclusivo e rinvio).

La Commissione inizia l'esame del documento conclusivo.

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, propone che la pubblicità dei lavori sia assicurata anche mediante impianti audiovisivi a circuito chiuso. Non essendovi obiezioni, ne dispone l'attivazione.

Donata LENZI (PD) presenta una proposta di documento conclusivo che procede ad illustrare (*vedi allegato 8*).

Pierpaolo VARGIU, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 15.

N.B.: Il resoconto stenografico della seduta è pubblicato in un fascicolo a parte.

ALLEGATO 1

5-02817 Binetti: Rivalutazione delle esigenze di assistenza sanitaria degli immigrati, anche irregolari.**TESTO DELLA RISPOSTA**

L'interrogazione in esame pone la problematica relativa all'assistenza sanitaria per gli immigrati « irregolari », anche in relazione all'età pediatrica e a quei casi che suscitano particolare attenzione.

Come è noto, il decreto legislativo n. 286 del 1998, cosiddetto testo unico, ed il relativo Regolamento di attuazione (decreto del Presidente della Repubblica n. 394 del 1999), contengono previsioni relative ai minori extracomunitari, valide nel territorio nazionale, volte a garantire la tutela dell'infanzia ed il principio di coesione sociale.

Il testo unico dispone, dall'articolo 28 all'articolo 33, che i minori siano iscritti obbligatoriamente al Servizio Sanitario Nazionale nelle fattispecie, riguardanti il diritto all'unità familiare e alla tutela dei minori, per le quali è previsto il rilascio del permesso di soggiorno.

In particolare, per quanto riguarda i minori stranieri irregolari, privi di permesso di soggiorno, il successivo articolo 35, comma 3, lett. *b*), ha previsto, oltre alle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, e ai programmi di medicina preventiva, prestazioni queste, garantite a tutti i cittadini stranieri non regolari, anche « la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176 ».

Il richiamo alla citata Convenzione, che prevede, all'articolo 2, il diritto all'egualianza dei minori, indipendentemente da cittadinanza e condizione di soggiorno, e all'articolo 24, il diritto del minore di

godere del miglior stato di salute possibile e di beneficiare di servizi medici e di riabilitazione, include tutte le prestazioni ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, erogabili anche senza l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale.

Tale quadro normativo è stato rafforzato dall'Accordo Stato-regioni del 20 dicembre 2012 « Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome ».

Tale Accordo costituisce uno strumento operativo di riferimento per la corretta ed uniforme applicazione della normativa nazionale e internazionale, e demanda alle regioni stesse l'implementazione delle modalità più opportune per garantire le cure, in linea con le determinazioni della Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3.

Detto documento elenca i motivi del soggiorno ai fini dell'iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Nazionale e, in particolare, prevede l'iscrizione obbligatoria dei minori stranieri presenti nel territorio a prescindere dal possesso del permesso di soggiorno.

Tale previsione pattizia, la più importante tra quelle contenute nell'Accordo, comporta per i minori irregolari il diritto all'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, con la conseguente scelta del pediatra.

L'attuazione di tale previsione è demandata all'iniziativa regionale.

Attualmente, le regioni Emilia-Romagna, Lombardia, Sicilia e Puglia hanno previsto, attraverso l'attribuzione del Codice regionale a sigla STP (Straniero Tem-

poraneamente Presente) la possibilità dell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale.

Il permanere di situazioni di disomogeneità legate alla mancata iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale dei minori irregolari, sono state rilevate dal gruppo « Immigrazione e servizi sanitari », coordinato dalla regione Marche, promotore del suddetto Accordo.

Più in generale, per quanto riguarda gli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, l'assistenza sanitaria viene assicurata dall'articolo 35, comma 3, del citato testo unico e dall'articolo 43, del decreto del Presidente della Repubblica n. 394 del 1999.

Tali disposizioni in combinato disposto prevedono che l'erogazione delle cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o essenziali siano prestate nelle strutture pubbliche e private accreditate, utilizzando un codice regionale STP, riconosciuto su tutto il territorio nazionale.

Il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali comporta che esse siano assicurate garantendo il ciclo completo terapeutico e riabilitativo e le modalità di ricovero nelle strutture ospedaliere, analogamente a quelle disposte per i cittadini italiani.

Inoltre, tra le prestazioni erogabili allo straniero indigente e irregolare possono essere incluse anche quelle di primo livello

(medicina generale), assicurate dalle regioni, ai sensi dei commi 4 e 8 dell'articolo 43 del decreto del Presidente della Repubblica n. 394 del 1999.

Tali disposizioni prevedono, infatti, che spetta alle regioni individuare le modalità più opportune per garantire le cure; inoltre, come specificato nella circolare n. 5/2000 del Ministero della salute attuativa del testo unico « tali ipotesi organizzative, in quanto funzionanti come strutture di primo livello, dovranno prevedere l'accesso diretto senza prenotazione né impegnativa ».

A tal proposito, l'Accordo del 2012 ha fatto espresso riferimento alla potestà regionale circa l'assegnazione del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta.

Alla luce di quanto sopra esposto, si evince che la vigente normativa nazionale consente alle regioni di organizzare i servizi sanitari per la popolazione immigrata irregolare per quanto attiene alle prestazioni sanitarie erogabili, incluse quelle di primo livello.

Il quadro normativo si ispira ad una visione solidaristica e universale del nostro sistema sanitario nazionale, per la peculiarità della funzione di tutela della salute, quale principio costituzionalmente garantito.

ALLEGATO 2

5-02818 Borghese: Attuazione del decreto del Ministro della sanità n. 332 del 1999, con riferimento all'aggiornamento del nomenclatore tariffario.

TESTO DELLA RISPOSTA

Nell'ambito dei lavori per il nuovo Patto per la salute, il Ministro della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze e le regioni hanno condiviso l'esigenza di aggiornare i livelli essenziali di assistenza (LEA), nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, e di riavviare l'*iter* di approvazione del provvedimento di modifica del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001.

In questo ambito si colloca l'aggiornamento del decreto ministeriale n. 332 del 1999, «Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe».

È stato, pertanto, costituito un gruppo di lavoro formato da rappresentanti dei

oggetti istituzionali citati che, a partire dalla proposta formulata negli anni 2008-2010, ha il compito di predisporre, entro l'estate 2014, un nuovo schema di provvedimento di revisione dei LEA.

Il perfezionamento dell'*iter* di approvazione del provvedimento in questione (che prevede l'acquisizione del concerto del Ministero dell'economia e delle finanze e il raggiungimento di una Intesa in sede di Conferenza Stato-regioni) è previsto entro il corrente anno 2014.

Pertanto, ribadisco anche in questa sede parlamentare la volontà e la determinazione del Ministero della salute ai fini del conseguimento dell'aggiornamento del nomenclatore tariffario delle protesi per i soggetti disabili.

ALLEGATO 3

5-02819 Lenzi: Deroghe normative nell'ambito della predisposizione del piano della rete ospedaliera nella regione Lazio.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Con il decreto del Commissario *ad acta* n. 80/2010, in merito al quale i Ministeri affiancanti avevano peraltro avanzato delle osservazioni, è stata approvata la riorganizzazione della rete ospedaliera della regione Lazio.

In data 22 marzo 2013 è pervenuta l'ultima proposta di Programma Operativo (P.O.) 2013-2015 della regione Lazio, che prevede, fra l'altro, la « revisione sistematica del documento di programmazione relativo alla rete ospedaliera – Decreto commissariale 80/2010 e successive modificazioni e integrazioni ».

Per quanto concerne le strutture di Acquapendente, Amatrice, Magliano Sabina e Subiaco, detto P.O. prevede quanto segue.

Relativamente a Subiaco, nel P.O. è prevista la « riconversione di alcune strutture (Bracciano, Monterotondo e Subiaco) e promozione dei servizi territoriali. In relazione alla necessità di mantenere comunque una risposta all'emergenza, viene configurata nei tre presidi una funzione di pronto soccorso con posti di OBI, gestita dai medici dei rispettivi DEA di riferimento. Nella riconversione verrà valutata l'opportunità di inserire posti letto di day-hospital e day-surgery. Nei tre presidi viene garantita una elisuperficie ed auto medica h. 24 ».

Nel merito, i Tavoli di verifica del Piano di Rientro, nella riunione del 15 aprile 2014, hanno valutato come non sia « [...] condivisibile prevedere il mantenimento della funzione di Pronto soccorso in una struttura da riconvertire e si sottolineano le possibili conseguenze per l'utenza, considerato che il Presidio non

disporrà più dei requisiti necessari allo svolgimento delle attività proprie di tale servizio (articolo 7, del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992). Si ricorda, inoltre, che l'Accordo Stato Regioni 36/CSR del 7 febbraio 2013 e la Bozza di Regolamento di cui alla Legge n. 135 del 2012, prevede l'attivazione di Punti di primo intervento (PPI) presso i Presidi ospedalieri oggetto di riconversione, limitandone l'operatività per un arco temporale utile alla implementazione della attività territoriale al fine di trasferire, al sistema dell'assistenza primaria, le patologie a bassa gravità, riconducendo la attività di urgenza al servizio 118, secondo percorsi rigorosamente separati. Peraltro, fra le strutture di cui sopra vi è l'ospedale di Bracciano che è stato oggetto di una sentenza del Consiglio di Stato che prevedeva l'annullamento parziale del DCA 80/2010 nella parte in cui se ne prescriveva la riconversione (cfr. prot. 466/2013); per cui si chiede come la regione intenda superare tale criticità (anche nei casi di eventuali analoghe riconversioni ancora oggetto di contenzioso) ».

In relazione al presidio di Acquapendente nel P.O. è prevista la « riconversione dell'Ospedale di Acquapendente (ASL VT) in Casa della Salute con presenza di una elisuperficie, attualmente realizzata ma in attesa di certificazione ENAC, ed auto medica h. 24 ».

Anche per il presidio « Grifoni » di Amatrice la regione prevede, nel P.O., la riconversione dello stesso in Casa della Salute.

Relativamente al presidio « Marzio Marini » di Magliano Sabina, infine, nella

precedente proposta di P.O. la regione ha evidenziato che l'ospedale è stato riconvertito, con la conseguente interruzione delle attività di ricovero per acuti.

È in atto il ricorso al T.A.R. con il quale è stato richiesto l'annullamento del decreto del Commissario *ad acta* n. 80/2010: la richiesta di sospensiva è stata respinta con ordinanza.

I Tavoli, nell'ultima riunione di verifica del 15 aprile 2014, in merito alla predetta proposta di P.O. hanno espresso quanto segue: «relativamente alla proposta di Programmi Operativi 2013-2015, valutando condivisibile l'impostazione generale del documento, ritengono che lo stesso potrà essere definitivamente approvato dopo il recepimento da parte della struttura commissariale delle indicazioni riportate nel presente verbale. I Tavoli, pertanto, rimangono in attesa di ricevere una nuova proposta del P.O. con le modifiche/integrazioni richieste entro e non oltre il 30 maggio 2014».

Si precisa, inoltre, che nella citata proposta di P.O. si prevede la «Emanazione di un provvedimento per l'attuazione del nuovo assetto della rete ospedaliera, rete dell'emergenza e dell'ARES e delle reti "tempo dipendenti" entro 90 giorni dall'approvazione, con Decreto Commissariale, del presente documento che preveda:

individuazione analitica del numero dei posti letto suddivisi per struttura ed area assistenziale ad intensità di cura per acuti (medicina, chirurgia, area critica, materno infantile) nell'ambito delle discipline accreditate;

individuazione del ruolo specifico di ciascuna struttura all'interno delle reti».

Pertanto, ad oggi, si è in attesa di ricevere la nuova proposta di Programma Operativo 2013-2015 e, a seguito dell'approvazione della stessa, il provvedimento di riorganizzazione della rete ospedaliera della regione Lazio.

ALLEGATO 4

5-02815 Calabrò: Iniziative per regolamentare l'incompatibilità tra incarichi di consulenza e trattamento pensionistico per il personale medico già dipendente dal Servizio sanitario nazionale.**TESTO DELLA RISPOSTA**

In merito alla questione delineata nell'interrogazione parlamentare in esame, in via preliminare, occorre evidenziare che, come anche chiarito dal Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito di un parere fornito alla Struttura interregionale sanitari convenzionati del 16 dicembre 2013, non sembrano sussistere dubbi sull'applicabilità del divieto di cui all'articolo 5, comma 9, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 135 del 2012, anche al conferimento di incarichi di medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, ove il soggetto interessato sia cessato da un rapporto di dipendenza con il medesimo Servizio, atteso che il rapporto convenzionale viene inquadrato, come da giurisprudenza consolidata, fra le prestazioni d'opera professionale, di natura privatistica.

In particolare, tali disposizioni valgono per tutta la medicina convenzionata (medicina generale, pediatria di libera scelta, specialistica ambulatoriale), indipendentemente dalla presenza di specifiche disposizioni, in tal senso, negli Accordi collettivi nazionali di riferimento.

Al riguardo, occorre altresì segnalare che l'articolo 17, comma 1, dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 23 marzo 2005, integrato con l'Accordo collettivo nazionale del 29 luglio 2009, elenca tassativamente i casi di incompatibilità nello svolgimento della professione di medico convenzionato.

Orbene, in tale ambito, il successivo comma 2 dell'articolo 17, alla lett. f), prevede che, ai sensi dell'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dagli Accordi sopra richiamati, il medico che fruisca di trattamento di quiescenza relativo ad attività convenzionate e dipendenti del Servizio sanitario nazionale, fatta esclusione per i medici già titolari di convenzione per la medicina generale all'atto del pensionamento.

Tale interpretazione del quadro normativo vigente è stata resa nota a tutti gli Assessorati regionali alla Sanità, dalla Struttura interregionale sanitari convenzionati (SISAC), che rappresenta la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli Accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale, con nota del 14 gennaio 2014, e pubblicata successivamente sul relativo sito istituzionale.

Pertanto, questo Ministero ritiene che il quadro normativo è chiaro e quindi non appaiono necessari ulteriori interventi.

Va comunque evidenziato che la questione in esame investe tematiche sottoposte ai poteri di vigilanza e competenza specifica della regione nell'ambito della propria autonomia, ricadendo, pertanto, sulle Amministrazioni regionali interessate; tuttavia è ferma intenzione del Ministero della salute, per i profili di competenza, avviare ogni idonea iniziativa finalizzata a garantire sull'intero territorio nazionale la compiuta attuazione delle disposizioni vigenti in materia.

ALLEGATO 5

5-02820 Piazzoni: Criteri per l'individuazione dei nuovi soggetti aventi diritto all'indennizzo previsto per le persone affette da talidomide.**TESTO DELLA RISPOSTA**

Come è noto a questa Commissione, la legge 24 dicembre 2007, n. 244, all'articolo 2, comma 363, ha riconosciuto ai soggetti affetti da sindrome da talidomide, determinata dalla somministrazione dell'omonimo farmaco, nelle forme dell'amelia, dell'emimelia, della focomelia e della macromelia, la corresponsione dell'indennizzo di cui all'articolo 1 della legge 29 ottobre 2005, n. 229.

Al fine di circoscrivere l'ambito di applicazione della norma, è intervenuta una disposizione interpretativa del citato articolo 2, comma 363, che individua i beneficiari del previsto indennizzo.

L'articolo 31 del decreto-legge 30 dicembre 2008, n. 207, convertito, con modificazioni, nella legge 27 febbraio 2009, n. 14, ha, infatti, previsto al comma 1-*bis* che il citato indennizzo si intende riconosciuto ai soggetti, affetti da sindrome da talidomide nelle forme dell'amelia, dell'emimelia, della focomelia e della macromelia, nati negli anni dal 1959 al 1965.

Inoltre, con il decreto ministeriale 2 ottobre 2009, n. 163, è stato adottato il regolamento attuativo per la corresponsione del suddetto indennizzo, mentre, con la circolare n. 31/2009 del 5 novembre 2009, sono state emanate specifiche linee guida applicative.

Risulta agli Uffici tecnici che le date di prima commercializzazione del farmaco talidomide e di revoca dello stesso medicinale in Italia sono, rispettivamente, 1959 e 1962, pertanto, l'attuale arco temporale, già previsto dalla norma vigente (1959-1965) sembrerebbe sufficiente nel ricomprendere il periodo di ipotetica permanenza nel territorio italiano di detta spe-

cialità, nella considerazione dei relativi termini di validità in rapporto alla data ultima possibile di produzione (1962).

Va questo punto anche riferito, che il costo annuale del singolo indennizzo è collegato alla gravità dell'infermità, per cui varia, per l'anno 2014, da un massimo di euro 51.987,02 ad un minimo di euro 30.333,66 (tabelle ministeriali stilate sulla base dei criteri di cui alla legge n. 229/2005, applicati dal decreto ministeriale 6 ottobre 2006).

L'apertura di ogni nuovo ruolo ai fini del calcolo degli arretrati è effettuata a partire dal 1° gennaio 2008 e, pertanto, il costo ad oggi ammonta per i soli arretrati da un massimo di euro 300.000,00 circa per una prima categoria, ad un minimo di euro 180.000,00 circa per un'ottava.

Oltre a questo importo da liquidare come arretrati calcolati fino al 31 dicembre 2013, occorre prevedere la spesa delle annualità successive per circa trent'anni, tenendo conto che il soggetto indennizzato ha circa 50 anni.

Quindi, in media il costo totale per ciascun indennizzo è pari a circa 1.700.000.

Occorre evidenziare che l'indennizzo viene rivalutato anno per anno in base al tasso di inflazione programmata, e pertanto l'importo complessivo indicato è più basso rispetto a quello effettivo.

La previsione del numero dei nuovi indennizzi e del conseguente onere economico derivanti dalla modifica della normativa, è stata effettuata tenendo conto del parere reso dall'Istituto superiore di

sanità in data 1° luglio 2010, sulla base di una verifica della letteratura scientifica disponibile.

Da ultimo, in merito al mancato invio della relazione tecnica, si sottolinea che questo Ministero, per ben due volte, ha provveduto a trasmettere gli elementi informativi necessari al Ministero dell'economia e finanze.

Concludo anticipando la mia volontà ad avviare uno specifico approfondimento a livello tecnico per verificare la stima dei dati riferiti ai potenziali soggetti che potrebbero costituire la platea dei nuovi indennizzati, al fine di chiarire definitivamente i dubbi e le criticità emerse in sede di esame della V Commissione Bilancio.

ALLEGATO 6

5-02821 Loreface: Convocazione urgente di una riunione della Conferenza Stato-regioni riguardante l'indennizzo previsto dalla legge n. 210 del 1992, in favore dei soggetti danneggiati da vaccinazioni obbligatorie e da trasfusioni.

TESTO DELLA RISPOSTA

L'interrogazione in esame concerne la liquidazione degli importi maturati dai titolari dell'indennizzo di cui alla legge 25 febbraio 1992, n. 210, a titolo di rivalutazione dell'indennità integrativa speciale.

Il Ministero della salute eroga ai soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati, un indennizzo vitalizio; ai sensi dell'articolo 1 della legge n. 210/1992, tale indennizzo consta di due componenti: un importo fisso (l'indennizzo vero e proprio) che ne costituisce la parte quantitativamente più esigua e un'indennità integrativa speciale.

La somma corrispondente all'indennità integrativa speciale non è stata espressamente oggetto di rivalutazione, a differenza della parte dell'indennizzo propriamente detto, che, secondo l'articolo 2, comma 1, modificato dalla legge n. 238/1997, è rivalutato annualmente sulla base del tasso di inflazione programmato.

L'interpretazione costantemente data da questo Ministero prevedeva che la rivalutazione si applicasse al solo indennizzo vero e proprio.

Va a questo punto anche segnalato che sul tema della rivalutabilità, o meno, della componente dell'indennizzo « *ex lege* » n. 210/1992, denominata indennità integrativa speciale, si sono confrontati per anni, nella giurisprudenza della Corte di Cassazione, orientamenti di segno opposto.

In materia, è intervenuto il decreto legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, in legge 30 luglio 2010,

n. 122, recante all'articolo 11, comma 13, « Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica », e rubricato « Controllo della spesa sanitaria ».

Il comma 1 si interpretava nel senso che la somma corrispondente all'importo dell'indennità integrativa speciale non è rivalutata secondo il tasso di inflazione; il comma 2, disponeva che « fermo restando gli effetti espliciti da sentenze passate in giudicato, per i periodi da esse definiti, a partire dalla data di entrata in vigore del presente decreto cessa l'efficacia dei provvedimenti emanati al fine di rivalutare la somma di cui al comma 13, in forza di un titolo esecutivo ».

La Corte costituzionale con la sentenza n. 293/2011 ha dichiarato « l'illegittimità costituzionale della legge 30 luglio 2010, n. 122 », invocando il principio di parità di trattamento tra tutti i soggetti danneggiati da analogo tipo di danno, che godono di un indennizzo integralmente rivalutato.

Il Ministero della salute, a seguito della citata pronuncia, ha provveduto all'adeguamento mensile dell'indennizzo vitalizio dei soggetti beneficiari della legge n. 210/1992 di competenza statale, a regime a decorrere dal 1° gennaio 2012.

Al fine di dare compiuta applicazione alla sentenza della Consulta, nel senso di liquidare gli arretrati della rivalutazione agli oltre 9.000 beneficiari di competenza statale, sono stati reperiti e impegnati i fondi necessari ed è stato predisposto un apposito progetto interdipartimentale per la liquidazione delle somme dovute, nei

limiti della prescrizione decennale, che si è concluso con il pagamento di quasi tutti gli aventi diritto.

La sentenza della Corte europea dei Diritti dell'uomo del 3 settembre 2013, è intervenuta quando era già in fase avanzata l'esecuzione del citato progetto.

Quanto alla questione relativa agli indennizzi di spettanza regionale, rammento che il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 26 maggio 2000 ha trasferito alle regioni a statuto ordinario, a decorrere dal 2001, le competenze in materia di indennizzo.

Pertanto, è compito delle regioni porre in essere gli opportuni interventi finalizzati all'adeguamento del tasso di inflazione programmato per la componente indennità integrativa speciale del citato indennizzo.

Con riguardo al reperimento dei fondi con cui le regioni devono adempiere agli obblighi in materia, il Ragioniere Generale dello Stato, con la nota ricevuta da questo Ministero in data 10 marzo 2013, ha rappresentato che « trattandosi di funzioni oramai conferite alle Regioni, queste ultime dovrebbero assumersi la relativa responsabilità amministrativa e farsi carico degli oneri derivanti da fatti accaduti successivamente al conferimento (...) dovrà essere cura delle Regioni reperire nell'ambito dei propri bilanci le risorse finanziarie necessarie per garantire l'erogazione degli indennizzi ».

Risulta, ad oggi, che quasi tutte le regioni, ad eccezione di Veneto, Abruzzo e Calabria, abbiano provveduto ad adeguare l'indennizzo dal 1° gennaio 2012.

Sin dallo scorso anno, con nota del 20 dicembre 2013, questo Ministero ha proposto alla Presidenza del Consiglio dei ministri un piano con le misure adottate per garantire l'adeguamento dell'indennità integrativa speciale per le pratiche di competenza statale, e con la previsione della convocazione di una Conferenza Stato-regioni per gli indennizzati di competenza regionale.

Nello specifico, è stata prevista la convocazione di una Conferenza Stato-regioni che abbia ad oggetto la ricognizione del numero dei soggetti titolari del beneficio su tutto il territorio nazionale; la quantificazione della spesa, nonché il riparto delle competenze in materia di pagamento degli arretrati a titolo di rivalutazione dell'indennità integrativa speciale; l'evidenziazione della circostanza per cui il dispositivo della pronuncia resa dalla Corte europea fa riferimento all'intera platea degli indennizzati, prescindendo dall'attivazione di una procedura di natura contenziosa e, pertanto, le regioni sono immediatamente coinvolte anch'esse nell'esecuzione della sentenza, in forza della sola presentazione della domanda amministrativa e del connesso riconoscimento dell'indennizzo.

ALLEGATO 7

5-02816 Rondini: Avvio di un'indagine epidemiologica sul sito di Pioltello Rodano (Milano).

TESTO DELLA RISPOSTA

La questione della tutela della salute in relazione all'inquinamento ambientale è una priorità di sanità pubblica sia nazionale che internazionale.

In tale contesto, tenuto conto della particolare rilevanza e delicatezza della questione legata proprio all'inquinamento ambientale ed al suo impatto sulla salute dei cittadini, ricordo l'impegno del Ministro della salute, insieme a quello dei Ministri dell'ambiente e delle politiche agricole, nel dare compiuta e tempestiva attuazione alle norme contenute nel decreto-legge 10 dicembre 2013, n. 136 (cosiddetto decreto « Terra dei fuochi »). Sono state infatti predisposte le « direttive dei Ministri » del 23 dicembre 2013, del 28 febbraio 2014, dell'8 e del 16 aprile 2014, che delineano le modalità operative di individuazione dei territori più a rischio, indicando i siti interessati sia della regione Campania, sia del territorio pugliese di Taranto e Statte.

In estrema sintesi, con tali direttive vengono definite le attività di analisi e pubblicazione dei dati sanitari aggiornati sulla base della metodologia dello studio « Sentieri », con la precipua finalità di valutare lo stato di salute dei residenti nei

siti in questione, e di identificare gli effettivi rischi sanitari dei cittadini residenti, consentendo di implementare le azioni specifiche di prevenzione, miglioramento delle procedure diagnostiche, terapeutiche e di accesso ai servizi sanitari.

Per gli aspetti specifici oggetto dell'interrogazione in esame, si evidenzia che l'Istituto superiore di Sanità, nell'ambito del proprio studio « Sentieri », ha già avviato una indagine epidemiologica nel territorio in questione, in quanto il sito di interesse nazionale di Pioltello Rodano rientra tra quelli presi in esame dallo studio stesso.

In particolare, i risultati dello studio sono disponibili sulla rivista *Epidemiologia e Prevenzione* Anno 35 (5-6) Settembre-Dicembre 2011, Supplemento 4.

Lo studio « Sentieri » è entrato a far parte dei criteri della statistica nazionale, e quindi verrà continuamente aggiornato, anche con la valutazione di altri esiti sanitari oltre alla mortalità, quali ad esempio le incidenze di patologie tumorali, ove siano disponibili i dati dei Registri tumori, oppure la morbilità attraverso l'esame delle Schede di Dimissione Ospedaliera.

ALLEGATO 8

Indagine conoscitiva sull'organizzazione dell'attività dei medici che svolgono gli accertamenti sanitari per verificare lo stato di salute del dipendente assente per malattia.

PROPOSTA DI DOCUMENTO CONCLUSIVO

INDICE

1. Premessa
2. Quadro normativo
 - 2.1 Competenza dell'INPS
 - 2.2 Competenza delle Aziende sanitarie locali
3. Oggetto e svolgimento dell'indagine
4. Sintesi delle audizioni svolte
5. Conclusioni

1. Premessa

Le disposizioni sulla riduzione della spesa pubblica hanno imposto all'INPS risparmi non inferiori a 300 milioni di euro annui. Pertanto, dal maggio 2013 l'Istituto ha ridotto drasticamente, e poi, dal 1° ottobre dello stesso anno, di fatto interrotto, le visite mediche di controllo domiciliare disposte d'ufficio, lasciando operative solo quelle richieste dai datori di lavoro.

La conseguenza immediata è stata la riduzione del carico di lavoro dei medici iscritti nelle liste speciali, che, retribuiti con un contratto atipico a prestazione e vincolati da incompatibilità, hanno visto ridurre i propri compensi in maniera improvvisa, senza alcuna certezza per il futuro (in alcuni casi i compensi mensili sono scesi a circa 400 euro).

Si segnala, riguardo ai tagli delle risorse finanziarie destinate alle visite mediche di controllo disposte d'ufficio dall'INPS, che da un *budget* preventivo per il 2013 pari a circa 50 milioni si è passati ad un *budget* aggiornato di 22,3 milioni di euro¹. Più precisamente, il budget disponibile alla data del 29 maggio 2013 risultava essere di 4,2 milioni di euro, poiché dal 1° gennaio 2013 erano già state assegnate d'ufficio visite mediche di controllo per una spesa pari a 18,1 milioni di euro. In conseguenza di tale riduzione, i medici iscritti nelle liste dell'Istituto hanno registrato una consistente diminuzione del numero di visite loro assegnate. Si è passati, infatti, da circa 78.700 visite mediche d'ufficio effettuate mensilmente nel 2012 a circa 10.000 visite mensili disposte per i mesi di luglio e agosto 2013, ulteriormente ridotte a 5.000 visite per il mese di settembre.

In merito alla riduzione del volume di accertamenti operati dai medici fiscali INPS, si fa presente inoltre che, nel 2012, l'INPS ha provveduto ad una più attenta selezione delle visite di controllo, cui si è potuto fare fronte anche mediante l'utilizzo di strumenti tecnologici, quali:

un sistema di *Data Mining*, attraverso il quale la scelta dei soggetti da sottoporre a visita di controllo viene guidata da un « sistema informatico esperto »

¹ Risposta scritta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali all'interrogazione 4-01153 pubblicata il 20 febbraio 2014 nell'allegato B della seduta n. 177 della Camera dei Deputati.

che garantisce oggettività, conservazione e riproducibilità delle azioni effettuate;

il ricorso alle cosiddette valigette informatiche di cui sono dotati i medici di controllo, per la redazione – presso il domicilio del lavoratore – del verbale informatico che viene trasmesso, in tempo reale, ai sistemi informatici dell'Istituto. In tal modo, l'esito della visita risulta immediatamente disponibile per le attività di competenza dell'INPS e reso contestualmente accessibile;

un nuovo applicativo S.A.Vi.O. per l'ottimizzazione dell'assegnazione delle visite ai medici di lista².

2. Quadro normativo

La normativa che disciplina gli accertamenti sulle assenze per malattia dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni è stabilita dall'articolo 55-*septies* del decreto legislativo n. 165 del 2001, recante *Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*.

Gli accertamenti per malattia sono inquadrati fra le misure a cui la pubblica amministrazione può ricorrere per contrastare e prevenire l'assenteismo, valutando il rapporto costo/beneficio tra la tariffa della visita e la condotta complessiva del dipendente. Quando l'assenza si verifica nelle giornate precedenti e successive a quelle non lavorative, il controllo è sempre richiesto dal primo giorno.

Per rendere più rigorosa la certificazione della malattia, l'articolo 55-*septies* prevede che l'assenza può essere giustificata esclusivamente mediante certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria pubblica, o dal medico convenzionato con il S.S.N., quando l'assenza per malattia è protratta per un periodo superiore a 10 giorni, o dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare.

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 207 del 2010, ha stabilito che

² A questo proposito si rinvia all'audizione e alla memoria INPS.

l'attività di controllo medico-legale sulle condizioni di salute dei lavoratori dipendenti delle pubbliche amministrazioni, pur rientrando nelle competenze delle ASL, non costituisce un livello essenziale di assistenza, non essendo una prestazione di cura e prevenzione e, tanto meno, avendo la finalità di tutelare la salute collettiva. Pertanto, non essendo ascrivibile ad alcun titolo alla competenza legislativa esclusiva dello Stato, la Consulta sottolinea come gli oneri derivanti dalle visite fiscali sui dipendenti delle pubbliche amministrazioni non possono essere posti a carico del Servizio sanitario nazionale³.

Le pubbliche amministrazioni possono chiedere le visite di controllo alle aziende sanitarie locali o all'INPS. Non è prevista, a differenza di quanto accade nel lavoro privato, un'iniziativa d'ufficio da parte dell'INPS o delle aziende sanitarie per il settore pubblico.

Per quanto concerne l'assenza per malattia nel settore privato, fino all'entrata in vigore del decreto-legge 112/2008, la disciplina concernente le visite di controllo era identica a quella per i dipendenti pubblici. Attualmente invece, in seguito ad interventi normativi successivi, la disciplina si è differenziata⁴. Nel settore pri-

³ Le disposizioni impugnate – articolo 71, commi 5-bis e 5-ter, del decreto legge 112/2008 – obbligavano le Regioni a sostenere, per il tramite del fondo sanitario, l'onere delle visite fiscali ai dipendenti assenti dal servizio per malattia.

⁴ In particolare, attualmente il settore privato è disciplinato dalle seguenti norme: articolo 1, co. 149, della L. 311/2004 (che prevede la trasmissione telematica del certificato di malattia, da parte del medico curante, all'INPS); articolo 1, co. 810, della L. 296/2006 (che rende disponibile, dal 1° luglio 2007, il collegamento in rete dei medici del SSN, secondo le regole del sistema pubblico di connettività); il D.P.C.M. 26 marzo 2008 (che definisce i principi generali relativi alle modalità di trasmissione telematica); il D.I. 26 febbraio 2010 ed il disciplinare tecnico ad esso allegato (che definiscono le modalità tecniche per l'invio telematico dei dati delle certificazioni al S.A.C.); l'articolo 25 della L. 183/2010 (che uniforma il regime del rilascio e della trasmissione delle certificazioni di malattia per il settore privato a quello già previsto per il settore pubblico).

vato, l'INPS generalmente esegue dei controlli a campione. Inoltre, anche il datore di lavoro privato può richiedere una visita fiscale attraverso l'ASL o l'INPS (come nel pubblico impiego), ma in questo caso la visita ha un costo per la ditta richiedente. I lavoratori del settore privato hanno l'obbligo di reperibilità 7 giorni su 7, compresi giorni festivi e non lavorativi, dalle ore 10:00 alle 12:00 e dalle ore 17:00 alle 19:00. Anche il lavoratore privato ha l'obbligo di trovarsi presso l'indirizzo indicato nel certificato di malattia per ricevere la visita fiscale richiesta dall'INPS o dal proprio datore di lavoro e le categorie esenti sono le stesse riconosciute per il lavoratore statale. Anche nel settore privato la certificazione medica (con inizio e durata presunta della malattia) deve essere trasmessa per via telematica, direttamente dal medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale o dalla struttura sanitaria pubblica che la rilascia, all'INPS e dal predetto Istituto immediatamente inoltrata, con le medesime modalità, ai datori di lavoro.

2.1. Competenza dell'INPS

La competenza dell'INPS trova la sua fonte nell'articolo 5 dello « Statuto dei lavoratori », che vieta che gli accertamenti sull'idoneità e sull'infermità per malattia o infortunio del lavoratore dipendente siano compiuti dai datori di lavoro, incaricandone invece i servizi ispettivi degli istituti previdenziali competenti, su richiesta dell'imprenditore.

La funzione di garanzia dell'Istituto è sottolineata dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 78 del 1988 che sottolinea: « Costituisce certamente indice di buona amministrazione l'espletamento, da parte dell'INPS, di controlli diretti ad accertare la sussistenza del rischio presupposto dell'erogazione assistenziale e previdenziale, l'attuazione delle misure predisposte dalla legge perché i detti controlli risultino veramente efficaci e siano realizzate le finalità indicate ».

Per l'effettuazione delle visite mediche di controllo dei lavoratori, come già ac-

cennato, l'articolo 5, comma 12, del decreto legge n. 463 del 1983, stabilisce che l'INPS, sentiti gli ordini dei medici, istituisca liste speciali formate da medici a rapporto di impiego con pubbliche amministrazioni e da medici liberi professionisti. La disciplina attuativa è stata poi definita da una serie di decreti del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali che, a partire dal decreto ministeriale 15 luglio 1986, seguito dal decreto del 18 aprile 1996, poi del 12 ottobre 2000 e infine dell'8 maggio 2008, hanno disciplinato la materia nel dettaglio. Anche il datore di lavoro privato può richiedere una visita fiscale attraverso l'ASL o l'INPS (come nel pubblico impiego); in questo caso la visita ha un costo per il datore richiedente. A differenza dei medici incaricati dalle Aziende sanitarie locali, i medici inseriti nelle liste speciali INPS sono legati da rapporti di collaborazione di natura libero-professionale con un regime di incompatibilità che gli impedisce di svolgere ulteriori prestazioni professionali (articolo 6 del decreto 18 aprile 1996).

Il comma 10-bis articolo 4 del decreto legge n. 101 del 2013, in materia di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni, come modificato dal comma 340 della legge di stabilità 2014 (legge n. 147 del 2013), ha trasformato le liste speciali in liste ad esaurimento, nelle quali sono stati confermati i medici già inseriti alla data del 31 dicembre 2007, e ha vincolato l'INPS ad avvalersi, in via prioritaria, dei medici iscritti nelle liste speciali ad esaurimento.

2.2 Competenza delle Aziende Sanitarie Locali

L'articolo 14, lettera q), della legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, mette in capo alle Aziende la responsabilità per gli accertamenti, le certificazioni e ogni altra prestazione medico-legale spettanti al SSN.

Successivamente l'articolo 8-bis del decreto legge n. 168 del 1981, Misure urgenti in materia di assistenza sanitaria, ha sta-

bilito che l'effettuazione dei controlli sullo stato di salute dei soggetti aventi titolo alle prestazioni economiche di malattia e di maternità, è disciplinata dall'INPS e dalle Aziende sanitarie locali attraverso convenzioni, sulla base di appositi schemi-tipo elaborati d'intesa tra l'INPS e le regioni ed approvati con decreto del Ministro della salute. In assenza della messa a punto delle convenzioni, l'articolo 5, comma 9, del decreto legge 463/1983 ha rinviato al Ministro della salute, di concerto con il Ministro per il lavoro e le politiche sociali, la formulazione degli schemi-tipo di convenzione e il decreto ministeriale 25 febbraio 1984 ha stabilito che le Aziende sanitarie locali, su richiesta dell'INPS, devono assicurare il controllo medico-legale sullo stato di salute dei lavoratori, provvedendo ad effettuare le visite di controllo domiciliari, ambulatoriali e collegiali per accertamenti specifici. L'articolo 4 del decreto regolamenta nel dettaglio i compiti del medico di controllo.

Infine, l'articolo 1, comma 339, della legge di stabilità 2014 definisce le procedure per il riparto tra le regioni delle risorse finanziarie per la copertura degli oneri relativi agli accertamenti medico-legali, eseguiti dalle aziende sanitarie locali, sui dipendenti assenti per malattia.

Da tempo si è cercato di superare l'impostazione descritta con il passaggio al cosiddetto « Polo Unico per l'effettuazione delle visite di accertamento medico legale », per la cui costituzione si era pensato ad un Tavolo tecnico preparatorio, con il coinvolgimento di: Ministero del lavoro e delle politiche sociali; Ministero della salute; Ministero della pubblica amministrazione e la semplificazione; INPS; rappresentanze sindacali mediche e degli ordini professionali. Il Tavolo, che non è mai stato istituito, avrebbe dovuto raggiungere i seguenti obiettivi: individuare le modifiche legislative necessarie per attivare il Polo unico; ridefinire le modalità di attuazione dei controlli sulle assenze per malattia dei dipendenti pubblici; raccogliere i dati concernenti le assenze e le verifiche compiute; fissare una remunerazione delle prestazioni rese; stabilire i

criteri di inserimento nelle attività di controllo dei medici che, con rapporto libero professionale o con contratti a tempo determinato, prestano funzioni fiscali presso le ASL e di coloro che risultano iscritti a decorrere dal 1° gennaio 2008 nelle liste speciali.

3. Oggetto e svolgimento dell'indagine

La Commissione Affari Sociali, nella seduta del 14 febbraio 2014, ha deliberato lo svolgimento di una indagine conoscitiva sull'organizzazione dell'attività dei medici che svolgono gli accertamenti sanitari per verificare lo stato di salute del dipendente assente per malattia, secondo un programma che ne ha definito le finalità ed individuato le audizioni da effettuarsi entro il termine del 30 marzo 2014, successivamente prorogato al 30 aprile 2014.

L'indagine è stata promossa al fine di acquisire dati ed informazioni sulle modalità di organizzazione dell'attività di medicina fiscale da parte dell'INPS e da parte delle ASL ed elementi informativi in merito alla relazione tra i costi e i benefici della spesa dell'Inps per il pagamento dei medici fiscali e di quella dovuta agli oneri per prestazioni di malattia, ma soprattutto di individuare iniziative volte alla salvaguardia della professionalità dei numerosi medici fiscali dell'Inps che, per le modalità di svolgimento della professione, rischiano di non avere in prospettiva alcuna possibilità di reinserimento lavorativo.

Nell'ambito dell'attività conoscitiva si sono svolte le audizioni previste nel programma. In particolare:

nella seduta del 18 febbraio 2014 è stata svolta l'audizione di rappresentanti della Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG), del Sindacato nazionale autonomo medici italiani (SNAMI)-settore medici fiscali INPS, della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO), nonché di rappresentanti delle organizzazioni sindacali CISL-medici, UIL-FPL medici e NIdiL-CGIL;

nella seduta del 20 febbraio 2014 è stata svolta l'audizione di rappresentanti dell'Associazione nazionale dei medici di medicina fiscale (ANMEFI), dell'Associazione nazionale medici INPS (ANMI-FEMIPA), del SINMEVICO-Sindacato medici visite di controllo, della Società italiana di medicina legale e delle assicurazioni (SIMLA), del Sindacato italiano specialisti in medicina legale e delle assicurazioni (SISMLA) e del Coordinamento medici legali aziende sanitarie (COMLAS);

nella seduta del 26 febbraio 2014, l'audizione di rappresentanti dell'Istituto nazionale di previdenza sociale (INPS);

nella seduta del 13 marzo 2014, l'audizione di rappresentanti della Conferenza delle regioni e delle province autonome;

infine, nelle sedute del 27 marzo 2014 e del 1° aprile 2014, si sono svolte rispettivamente l'audizione del sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo, e quella del sottosegretario di Stato per la semplificazione e la pubblica amministrazione, Angelo Rughetti.

4. Sintesi delle audizioni svolte

In questo paragrafo del documento si fornirà una sintetica esposizione degli elementi emersi nel corso delle audizioni che si sono svolte sul tema.

Audizione del 18 febbraio

La Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG) rileva che i cospicui tagli operati dall'INPS alle visite mediche di controllo domiciliare, motivati dalla necessità di ottemperare alla *spending review*, rischiano di aprire fronti di spesa maggiori per la malattia e di avallare comportamenti poco trasparenti del mondo del lavoro. Pertanto con i tagli sopracitati, da un lato, si induce un risparmio lineare immediato ma, dall'altro, si rischia che un minimo aumento di assenteismo determini un notevole incre-

mento della spesa per l'indennità di malattia.

La soluzione prospettata dal Governo, in risposta ad atti di sindacato ispettivo, vale a dire la creazione presso l'INPS del Polo unico della medicina fiscale, con il compito di salvaguardare gli incarichi dei medici di controllo, progetto presentato già dalla FIMMG nel 2011 all'allora Ministro del lavoro, a giudizio della Federazione, razionalizza la funzione di controllo dello stato di salute dei lavoratori: infatti l'Istituto riceve la certificazione di malattia sia del comparto pubblico che di quello privato, ed ha la capacità, la consistenza numerica e anche i medici per poter costituire il Polo unico. Peraltro il citato Polo unico, che è stato presentato in modo trasversale da diversi Gruppi parlamentari con proposte emendative, è stato accolto come ordine del giorno ed è un'ipotesi condivisa ed auspicata dallo stesso INPS. Inoltre alcuni recenti interventi normativi (il comma 10-*bis* dell'articolo 4 della legge n. 125/2013 e il comma 340 dell'articolo 1 della legge di stabilità 2014) hanno dato un contributo importante alla questione della stabilizzazione della categoria dei medici di controllo. Infatti per tali soggetti non è risolta la questione della garanzia di un reddito stabile e dignitoso che potrebbe essere raggiunta mediante il passaggio dall'attuale retribuzione a prestazione a una retribuzione oraria.

Considerazioni in parte coincidenti con quelle appena esposte sono state svolte anche dalla **FNOMCeO** che le ha circostanziate con alcuni dati: viene infatti rilevato che ai 50 milioni di esborso dell'INPS del 2012 corrisponde, dal 2013, un *budget* di 12 milioni di euro, che può comportare solamente una media di 5 visite d'ufficio al mese per medico rispetto alle 21 previste in precedenza. Viene inoltre evidenziato il fatto che il medico fiscale ha l'obbligo di prestazione, nonché di reperibilità e disponibilità nei giorni festivi e feriali. A tale medico viene imposta un'incompatibilità che di fatto non ha consentito a molti di accedere, per esempio, alla specializzazione post-laurea creando, quindi, una nicchia di lavoro che

in questo momento si trova in grande sofferenza. Inoltre, sempre nel 2012, risulta che l'INPS abbia speso oltre 2 miliardi di euro per l'indennità di malattia e che in parte tali somme sono state recuperate attraverso l'azione fiscale, aggirandosi intorno ai 20 milioni di euro la somma per le sanzioni per le assenze a visita, le riduzioni prognostiche e le irreperibilità al domicilio dichiarato. Considerando che il tasso medio di assenteismo per malattia in Italia è stimato intorno al 2 per cento, un aumento, anche solo di un decimale di un punto di assenteismo, determinerebbe un incremento della spesa per l'indennità di malattia di circa 100 milioni di euro, il doppio del costo che si è avuto nel 2012 e quindi un danno erariale per lo Stato, per tutti i cittadini e per le aziende. Oltre a concordare sulla costituzione di un Polo unico da istituire presso l'INPS, la FNOMCeO chiede l'apertura di un tavolo tecnico di confronto sull'organizzazione dell'attività dei medici che svolgono gli accertamenti sanitari per verificare lo stato di salute del dipendente assente per malattia che coinvolga il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, il Ministero della salute, il dipartimento per la pubblica amministrazione e la semplificazione, l'INPS, nonché le organizzazioni sindacali mediche.

A giudizio della **CISL** è assolutamente indispensabile l'adozione di una soluzione immediata temporanea che garantisca ai medici fiscali, che rappresentano oggi una categoria di medici collaboratori con rapporto di lavoro libero-professionale, in forza sia all'INPS che alle ASL, un sostegno economico almeno dignitoso per sopravvivere. Occorre quindi assicurare a tutti coloro che fanno questo lavoro e in via prioritaria a quelli dei 1.400 che svolgono solo questa attività, la possibilità di effettuare le 6 visite giornaliere. Oltre a concordare sull'esigenza di istituire il Polo unico, viene rilevata la necessità che i medici dovranno godere di una forma di stabilizzazione: la più adatta per la tipologia di lavoro, è quella convenzionata, vale a dire una retribuzione oraria con rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Tra le considerazioni svolte dalla **UIL FPL** medici, va sottolineata la particolare attenzione dedicata ai medici fiscali che, non essendo né medici di medicina generale né specialisti, hanno scelto di fare solo questo tipo di accertamenti (circa 3-400 dei 1.400 totali) e che, dovendo essere presenti all'inizio e alla fine della giornata, venivano continuamente rintracciati e non hanno quindi potuto dedicarsi ad altre attività di apprendimento o di specializzazione. Il crollo totale delle visite fiscali ha determinato quindi una situazione di alcuni medici che vivono con 600 euro lordi al mese. Concordano sull'istituzione di un Polo unico gestito dall'INPS insieme alle altre forze sociali e governative.

Infine, la **NidiL CGIL** sottolinea come l'INPS che, in forza di una circolare interna ai medici delle proprie sedi territoriali, ha ridotto i *budget* a disposizione per le visite di controllo sostenendo la non obbligatorietà, nel proprio bilancio, di quella voce di spesa, avrebbe dovuto assumersi in qualche modo la responsabilità almeno di quei medici che svolgendo questo lavoro come attività prevalente sta cominciando ad accusare gravi problemi di tenuta economica familiare. Nell'attesa della costituzione del Polo unico potrebbe intanto essere trovata una soluzione di mediazione che possa essere a breve termine, quale potrebbe essere l'attribuzione delle poche visite rimaste a quei medici che hanno dato la disponibilità su due fasce e che hanno una maggiore anzianità.

Audizione del 20 febbraio.

L'**ANMEFI**, che rappresenta 360 medici che svolgono le visite fiscali sul territorio, ha lamentato la consistente decurtazione delle entrate economiche a partire dal maggio 2013, mese a partire dal quale l'INPS ha sospeso le visite fiscali disposte d'ufficio, per motivi di contenimento della spesa (*spending review*). Ha, inoltre, chiarito il tipo di rapporto di lavoro che intrattengono con l'INPS, ossia un rapporto di lavoro di tipo libero-professionale

ma con una rigidità in termini di orari e di giornate di disponibilità nei giorni festivi e prefestivi che peraltro incide negativamente sulla possibilità di svolgere altre attività lavorative.

L'associazione ha inoltre evidenziato, da un lato, che fino al marzo 2013 la spesa per le visite fiscali era considerata spesa obbligatoria e quindi da non sottoporre a *spending review*, e dall'altro, che l'INPS ha contemporaneamente provveduto all'inserimento di 998 medici fiscali nelle Commissioni di invalidità civile, reperendo invece le necessarie disponibilità finanziarie per coprire i relativi costi.

L'associazione ha inoltre paventato come il venire meno delle visite di controllo disposte d'ufficio possa avere riflessi negativi sui livelli di assenteismo per malattia e riscontrato peraltro che le pochissime visite disposte dall'INPS, utilizzando il sistema autoapprendente del *data mining*, sono in numero assolutamente incongruo e distribuite, peraltro, sul territorio nazionale con disparità enormi: ci sono sedi con un alto tasso di visite e sedi in cui, invece, sei o sette medici si dividono sette visite.

L'ANMEFI ha quindi sottolineato la difficoltà riscontrata nell'acquisire i dati sull'affluenza dei certificati della spesa, ad eccezione di quelli forniti dalla regione Calabria, valutando i quali l'Associazione ha appreso che c'è stato un incremento di spesa per indennità di malattia del 5 per cento. Poiché poi l'INPS può recuperare i soldi per i pagamenti delle visite fiscali dai datori di lavoro che le richiedono e può recuperare denaro applicando le sanzioni previste per gli assenti a visita domiciliare senza giustificazione, l'Associazione ritiene di non rappresentare un costo insostenibile per l'INPS, nei confronti del quale ha intrapreso azioni legali.

È stato fatto presente anche che solo successivamente all'anno 2000 sono stati resi meno stringenti i vincoli di incompatibilità, che peraltro non si applicano in modo omogeneo sul territorio nazionale, in quanto le varie direzioni regionali assumono comportamenti difformi in merito al rispetto delle incompatibilità.

In conclusione, l'ANEMFI riterrebbe quanto mai opportuna una stabilizzazione della posizione dei medici fiscali presso l'INPS.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI INPS (ANMI-FEMEPA)

L'Associazione ha innanzitutto evidenziato la necessità di mantenere il servizio di verifica dello stato di malattia dei lavoratori, anche in funzione di contrasto all'assenteismo, che in alcuni periodi dell'anno e in alcune zone territoriali presenta picchi di incremento notevoli. Dalla verifica potrà poi scaturire un giudizio medico-legale di idoneità o di non idoneità all'attività lavorativa.

In secondo luogo, ha espresso condisione circa l'ipotesi di costituire un Polo unico della medicina fiscale, sia per avere un unico ente referente nel territorio nazionale per il pubblico e per il privato, sia soprattutto per evitare duplicazioni di giudizi sulla stessa persona e di spesa. Tale progetto potrebbe essere ben realizzato con l'utilizzo sia di risorse umane altamente qualificate, nella persona di specialisti in medicina legale o di medici con un'esperienza pluriennale in tale ambito, sia di tecnologie informatiche che consentono di razionalizzare i tempi di lavorazione e i costi.

Inoltre, il processo di informatizzazione, soprattutto con lo strumento della codificazione di malattia ICD-9, consente di costituire una banca dati molto importante non solo per chi utilizza questo strumento, ma anche per le indagini statistiche epidemiologiche e soprattutto per poter fare un'adeguata pianificazione della spesa sanitaria.

Si segnala in conclusione la necessità di prevedere che la costituzione del Polo unico sia accompagnata dall'attribuzione delle risorse già attualmente assegnate alle singole amministrazioni del settore pubblico, in modo da poter gestire in maniera omogenea e coordinata sia l'ambito privato, sia l'ambito pubblico.

SINMEVICO.

Il Sindacato dei medici fiscali, nato nel 1994, oltre a condividere le considerazioni espresse dall'ANMEFI, ha osservato che la riduzione e poi la sospensione delle visite d'ufficio hanno creato due ordini di problemi: da una parte, c'è stato un aumento della spesa pubblica dovuta al fatto che in questo momento il ricorso alla malattia è un artificio che tante aziende – braccianti agricoli, aziende familiari, ecc – attuano per problemi economici e che porta di fatto a un esborso da parte dell'INPS maggiore di quello che potrebbe essere il controllo della malattia; dall'altra parte, la riduzione del numero di visite fiscali si ripercuote sul salario di professionisti che hanno ormai 50-60 anni, che da più di vent'anni lavorano per l'INPS e che, per vari vincoli burocratici, come le cosiddette incompatibilità, non hanno potuto esercitare altra attività professionale. Ciò ha comportato riduzioni di reddito fino al caso di medici che guadagnano 2-300 euro netti al mese, ma anche un consistente danno economico per l'Erario, avendo l'INPS, nel sospendere le visite fiscali, speso diversi milioni di euro in conseguenza di tale operazione.

Il Sindacato, nel richiamare un decreto ministeriale del 2008, che ha previsto le modalità con cui le visite devono essere effettuate, e la normativa di rango legislativo attualmente vigente che impone all'INPS di effettuare i controlli fiscali, ha sostenuto che la sospensione delle visite di controllo è una palese violazione della legislazione vigente.

A fronte di tale grave situazione, il sindacato condividerebbe anche l'ipotesi di creare un Polo unico, nonostante i dubbi sulla capacità di reperire le risorse necessarie, ma, prima di questo, ritiene prioritario che le leggi in vigore vengano rispettate, a partire dalla verifica da parte dell'INPS del regime di incompatibilità, essendo noto a tutti che molti medici continuano a svolgere il doppio incarico, sia nelle Commissioni di invalidità, sia come titolari di guardia medica, di medicina di base o di pediatria di base.

SIMLA

Anche la SIMLA ha criticato la riduzione delle visite fiscali, che rappresenta un danno per il Paese, ed espresso perplessità sull'ipotesi di creare un Polo unico presso l'INPS, sebbene questo rappresenti certamente l'unico serbatoio di assorbimento della specializzazione medico-legale nei prossimi anni in Italia, non essendo prevedibili in futuro assunzioni di specialisti in medicina legale.

Per quanto riguarda, invece, l'operazione portata avanti dall'INPS volta a contenere la dimensione territoriale nelle Commissioni di invalidità, la SIMLA ha evidenziato come la medesima stia comportando risparmi significativi nella revisione delle pensioni di invalidità. Dal punto di vista della cd « medicina fiscale », di converso, il tentativo di accentrare nell'INPS il relativo servizio appare difficilmente sostenibile, come emerge dai dati statistici che evidenziano una situazione eterogenea nelle varie aree del Paese, in alcune delle quali soltanto sono garantiti la presenza e il ruolo del medico fiscale. Pertanto, se su questo settore si potrebbe auspicare un rafforzamento del processo di centralizzazione, sulla questione della valutazione delle invalidità è necessario, ad avviso della SIMLA, superare la centralizzazione, che pure ha portato dei risultati, ritenendo che per il futuro si debba procedere al recupero delle realtà territoriali.

SISMLA

Il SISMLA ha espresso preoccupazione per la situazione in cui versa l'attività dei medici fiscali, sia di coloro che svolgono attività fiscale presso l'INPS sia dei medici che effettuano attività fiscale presso le AASSLL, per i quali auspica l'avvio di un percorso di stabilizzazione.

I medici che lavorano presso l'INPS svolgono due tipi di attività: quella d'ufficio, disposta sulla base delle certificazioni dall'INPS, che stabilisce di sottoporre ad accertamento fiscale un lavoratore as-

sente per malattia; quella, invece, effettuata per i dipendenti del privato su richiesta del datore di lavoro e da questi pagata, che può indifferentemente rivolgersi all'INPS o alle ASL. Queste ultime, a loro volta, svolgono tale attività sia su richiesta del privato, sia su richiesta degli enti pubblici.

Il SISMLA ha poi precisato che il numero dei medici che svolgono l'attività di accertamento fiscale dello stato di salute dei dipendenti assenti per malattia è di circa 1.600 unità, anche se in realtà tale numero arriva anche a 2.600 unità circa se si considerano sia i medici dell'INPS che quelli delle ASL. Sebbene si ritenga che i medici delle ASL non subirebbero un danno economico dallo spostamento di competenze verso l'INPS, essendo legati da un contratto, in verità questi lavoratori sono pagati con le risorse erogate alle regioni pari circa a 79 milioni di euro, risorse che sarebbero trasferite all'INPS in conseguenza dell'accentramento nell'Istituto della attività di medicina fiscale. Di fatto, quindi, i medici delle ASL verrebbero a essere privi di risorse.

Il problema del Polo unico va affrontato tenendo presenti varie questioni a partire dalla questione delle risorse. In proposito, il SISMLA ha osservato che i costi per le visite dei medici delle Aziende sanitarie locali sono inferiori a quelli dell'INPS sia come onorario, sia in quanto le ASL hanno una presenza sul territorio capillare, e quindi le spese per i rimborsi sono significativamente minori.

Precisa peraltro che la legge n. 833 del 1978 ha trasferito alle Aziende sanitarie locali le attività di visite fiscali già esercitate dagli enti previdenziali soppressi, come INAM, ENPALS ecc..

Evidenzia infine che il Polo unico dovrebbe rispondere a tre requisiti principali: l'imparzialità e l'indipendenza dei medici fiscali, in quanto occorre garantire la dignità del lavoratore, dal momento che se ci sono delle persone che utilizzano lo strumento dell'assenza senza essere malate, non bisogna criminalizzare l'intera classe lavoratrice; garantire al tempo stesso la posizione dei datori di lavoro;

l'adeguatezza delle risorse necessarie all'INPS per lo svolgimento di tale attività.

COMLAS *Coordinamento medici legali aziende sanitarie.*

Per quanto riguarda l'organizzazione delle unità sanitarie locali, tutta la materia che discende dall'articolo 14 della legge n. 833 trova un preciso riferimento nel decreto ministeriale dell'8 gennaio del 1985, che fissa le modalità di svolgimento dell'attività, e nelle norme intervenute successivamente in merito alle fasce orarie.

I servizi delle ASL, che hanno ereditato questa funzione dalle varie casse mutue, hanno sempre svolto attività nei riguardi del personale dipendente sia delle aziende pubbliche, sia di quelle private. Queste attività sono state svolte sia con personale dipendente sia con personale convenzionato. In alcune regioni è prevalente il primo, mentre in altre prevale il personale convenzionato che è pari a circa 1.200-1.400 medici che svolgono questa attività non in via esclusiva.

L'organizzazione, diffusa e capillare sul territorio grazie a strutture che nella stragrande maggioranza delle regioni utilizzano per consuetudine strumenti informatici, ovvero cartelle di carattere medico-legale, garantisce gli accertamenti in tutto il Paese. Per quanto riguarda i costi, si tratta per ciascuna visita di una spesa di circa 25-26 euro, che scende a 18 in alcune aziende e a 16 in altre.

Audizione del 26 febbraio

L'INPS sottolinea che l'Istituto ha effettuato una riduzione delle spese di funzionamento (non obbligatorie) compatibile con il mantenimento del livello di servizio e di controllo dell'intero sistema. Le somme appostate per la medicina di controllo nel bilancio 2014 ammontano a 12 milioni di euro, in diminuzione rispetto ai 22 milioni spesi nel corso del 2013. Tuttavia, pur avendo ridotto la quantità di visite complessive, l'Istituto non ha riscon-

trato alcun elemento significativo di incremento della spesa per malattia. La riduzione di spesa è stata resa possibile anche grazie all'utilizzo puntuale di un sistema di *data mining*, attraverso una ricognizione delle tipologie storiche e un'analisi puntuale dei potenziali rischi di frode. Anche l'Istituto è favorevole alla creazione di un Polo unico della medicina di controllo pubblica e privata. Da circa 24 mesi infatti l'Istituto è interessato da un processo di accorpamento degli altri enti previdenziali (uno su tutti l'INPDAP) ritenendo, logicamente, di poter realizzare significativi risparmi per conto del bilancio pubblico accollandosi l'onere di effettuare le visite mediche di controllo per il segmento pubblico attualmente affidate alle ASL, ricevendo in termini di ritorno una quota parte delle attuali somme appostate per l'attività di controllo del segmento pubblico.

Viene inoltre sottolineato che se sono 1.400 i medici fiscali che hanno il requisito per essere chiamati sono circa 300 quelli che si stima abbiano un rapporto di esclusività con l'Istituto. Infine, quanto ai dati sulla retribuzione dei medici fiscali viene fatto presente che essa dipende dal numero di visite che effettuano essendo pari a 41 euro nei giorni feriali e a 52 euro nei giorni festivi. In caso di visita non eseguita il compenso è di 28 o di 39 euro.

Audizione del 13 marzo

Il rappresentante della **Conferenza delle regioni** ricorda che, ancorché la sentenza della Corte Costituzionale n. 207 del 2010 abbia sancito che gli oneri economici per le visite fiscali al personale dipendente, effettuate dalle ASL, sono a carico delle Pubbliche Amministrazioni richiedenti, essi gravano tuttora, in gran parte, sui bilanci delle aziende sanitarie regionali.

Infatti, in maniera consuetudinaria, è stata accettato il principio che le visite mediche di accertamento per i dipendenti pubblici siano organizzate ed effettuate dal Servizio sanitario nazionale, senza al-

cuna tariffazione a carico dei datori di lavoro, se non in maniera molto parziale ed episodica, con la conseguenza che negli ultimi anni sono stati utilizzati 70 milioni di euro provenienti dal Fondo sanitario nazionale per una funzione di controllo e fiscale che poco ha a che fare con la tutela della salute dei cittadini.

Valutata l'impossibilità, in una situazione di criticità finanziaria, di un aumento della spesa per prestazioni non finalizzate alla tutela della salute, le regioni ritengono che non vi siano le condizioni per mantenere questo tipo di attività in carico al SSN e anzi ritengono contestualmente necessario integrare nuovamente il FSN con le risorse che sono state sottratte al SSN per queste finalità.

Il rappresentante delle regioni dichiara tuttavia che l'autorizzazione a svolgere tale attività verrà revocata con tutte le cautele dovute a fronte di una situazione così complessa e sottolinea come tutta l'attività di accertamento fiscale dovrebbe essere trasferita all'INPS mentre dovrebbe ritornare nella piena competenza del Servizio Sanitario Nazionale l'accertamento della disabilità.

Audizione del 27 marzo

Nel suo intervento, il **Sottosegretario alla salute** ha sottolineato che la funzione di controllo dell'INPS garantisce l'equilibrio e l'equità del sistema e ha per questo auspicato la costituzione presso l'INPS di un Polo Unico per l'effettuazione delle visite di accertamento medico legale, sia per i lavoratori pubblici che per quelli privati, con uno stanziamento proprio in capo all'Istituto.

Audizione del 1° aprile

Rispetto al « Polo unico di medicina fiscale », il sottosegretario Rughetti ricorda che anche il Governo precedente, in risposta ad atti di sindacato ispettivo, aveva individuato la possibilità di istituire il « Polo », quale misura di semplificazione,

per accentrare presso un'unica struttura amministrativa dell'INPS le competenze nella gestione del servizio medico-legale. Il sottosegretario ricorda che l'istituzione del Polo deve essere accompagnata da necessari stanziamenti dedicati, che appaiono contrastare con le misure di contenimento a cui è stato sottoposto il bilancio dell'Istituto.

A seguito di queste considerazioni, il sottosegretario ritiene che occorra una disciplina normativa il più possibile chiara e la definizione di risorse certe. Secondo il sottosegretario non bisogna parlare di un polo unico che eserciti il ruolo di accertamento, ma deve essere più semplicemente individuato l'INPS come soggetto a cui affidare esclusivamente la titolarità di questa funzione.

Il sottosegretario ricorda che ancora oggi, nell'incertezza interpretativa delle norme, le pubbliche amministrazioni utilizzano esclusivamente le ASL per gli accertamenti; ritiene pertanto che un cambiamento celere possa intervenire solo con l'emanazione di disposizioni che attribuiscono la titolarità della funzione in modo esclusivo. Conclude infine interrogandosi se la disciplina normativa, che prevede che la visita fiscale venga fatta già dal primo giorno, sia ancora attuale, o se invece si possa passare ad una fase successiva, visto che il livello di assenza per malattia nel nostro paese è ormai più o meno nel *range* europeo.

5. Conclusioni

Alla luce di quanto emerso nel corso dell'indagine conoscitiva e in particolare dei diversi contributi forniti dai soggetti durante le audizioni, la Commissione Affari sociali ritiene ancora valida la previsione, nel nostro sistema di *welfare*, della copertura assicurativa dei giorni in cui si è assenti dal lavoro per malattia o infortunio per i lavoratori dipendenti, posta a carico dell'INPS per i lavoratori del settore privato e a carico dei singoli enti pubblici per il settore del pubblico impiego.

L'indagine inoltre ha riconfermato l'utilità di un sistema di controlli che contrasti il fenomeno dell'assenteismo e assicuri un corretto uso delle risorse pubbliche, oltre a rispondere alle esigenze dei datori di lavoro in merito ai controlli sulla salute dei propri dipendenti, esigenze che lo Statuto dei lavoratori riconosce, ma dispone siano effettuate solo attraverso i servizi ispettivi degli enti previdenziali.

L'educazione al corretto utilizzo dell'istituto dell'assenza per motivi di salute, supportata da un'attività appropriata della medicina di controllo, che consenta di riconoscere e dissuadere eventuali abusi, rappresenta in definitiva il vero presidio di garanzia dei diritti del cittadino costretto ad assentarsi dal lavoro per reali e comprovate esigenze di salute.

Tuttavia, la sostanziale permanenza di un doppio e diverso regime tra lavoratori del settore pubblico e del settore privato non sembra trovare più giustificazione. Coerentemente con quanto già avvenuto per altri aspetti – si pensi all'unificazione degli enti previdenziali – anche la disciplina che regola i controlli sulle assenze per malattia, ad avviso della Commissione, va armonizzata e uniformata.

Si aggiunga che la normativa più recente ha stabilito l'invio telematico all'INPS dei certificati per malattia, dimostrando a maggior ragione l'intenzione di porre in capo solo a tale ente le funzioni di vigilanza.

In questo quadro il permanere di funzioni di accertamento dello stato di salute dei dipendenti assenti per malattia in capo alle aziende sanitarie, su incarico di enti pubblici, non trova giustificazione. È stato esplicitamente fatto presente dalla Conferenza delle regioni quanto che, in una situazione di criticità finanziaria, risulterebbe impossibile aumentare la spesa per prestazioni non finalizzate alla tutela della salute, quali quelle relative alle certificazioni delle assenze per malattia, che infatti non rientrano nei LEA.

Per quanto attiene alle modalità con cui l'INPS procede a questi controlli è emerso altresì che tale funzione viene svolta da moltissimi anni attraverso il

ricorso a personale con contratti libero-professionali pagato sostanzialmente a prestazione e in regime di incompatibilità più o meno totale con altri incarichi.

È emerso altresì che i tagli di spesa conseguenti all'applicazione della *spending review* hanno reso drammatica la situazione di molti medici che hanno svolto per molti anni in modo prevalente o addirittura esclusivo questo tipo di attività professionale. Peraltro tale attività è stata regolata in via amministrativa in modo non uniforme sul territorio nazionale e attraverso un contratto difficilmente riconducibile al rapporto di lavoro dipendente ma atipico sia rispetto alla categoria dei contratti di collaborazione coordinata e continuativa che rispetto al lavoro autonomo e, in particolare, all'esercizio delle professioni intellettuali, in quanto non si risolve nella prestazione di un'opera o di un servizio verso un corrispettivo, con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione, essendo piuttosto caratterizzato da lunghe reperibilità, non adeguatamente remunerate ed assolutamente sproporzionate rispetto alle prestazioni effettivamente richieste.

Poiché il rappresentante del dipartimento della funzione pubblica, nella sua audizione, si è detto disponibile a contribuire a « valutare l'opportunità di ridefinire i caratteri della collaborazione, secondo canoni di stabilità rivendicati dai medici fiscali, nei limiti del rispetto costituzionale del concorso pubblico e della normativa vigente in tema di reclutamento nella P.A. » si ritiene che la riorganizzazione dell'attività di medicina fiscale possa andare in questa direzione.

In tal modo si andrebbe incontro all'esigenza di dare certezze ai suddetti rapporti di lavoro, anche per l'indubbio interesse pubblico di garantire che coloro che svolgono funzioni di controllo possano farlo senza timori.

Sulla base di quanto evidenziato da più parti nel corso dell'indagine, le richieste che la Commissione Affari sociali ritiene condivisibili riguardano innanzitutto una chiarezza sulle condizioni contrattuali, con un regime di incompatibilità omogenea-

mente applicato che escluda la possibile sovrapposizione del ruolo di certificatore e di verificatore dello stesso stato di malattia che vanno invece rigorosamente tenuti distinti.

In secondo luogo, è condivisibile che il ricorso al medico fiscale sia effettuato in base a graduatorie nazionali che rispettino la vigente normativa che prevede l'obbligo di attingere a liste speciali ad esaurimento nelle quali vanno inseriti anche i medici che svolgono analoghe attività presso le ASL.

Appare infine utile il percorso di fidelizzazione del personale sanitario anche attraverso il ricorso alla professionalità del medesimo, verificando ad esempio la possibilità che siano chiamati a partecipare alle commissioni per certificazioni di invalidità e, da ultimo, l'esclusione dalle suddette liste di chi è già in quiescenza.

In conclusione, i tempi sembrano ormai maturi per l'individuazione di un solo soggetto cui affidare lo svolgimento della funzione di controllo in merito alle assenze per motivi di salute, da individuarsi necessariamente nell'INPS. Tale scelta richiede alcune modifiche della normativa vigente che andranno meglio precisate con appositi atti.

Il costo del servizio reso dall'INPS nel settore del pubblico impiego potrebbe trovare risposta nelle cifre già ora stanziati per il medesimo scopo. Si potrebbe valutare un *budget* annuo complessivo e tale da coprire una quota predefinita di visite di controllo per la P.A., lasciando ad ogni amministrazione la possibilità di integrare tale quota ove risultasse necessario procedere ad un numero maggiore di controlli. Tale ipotesi consentirebbe di evitare che ragioni di risparmio immediato con conseguente riduzione del numero dei controlli lasci trasparire l'idea di un rallentamento della lotta all'assenteismo.

In ogni caso, la Commissione, anche nell'interesse generale di garantire il diritto del cittadino assente dal lavoro per motivi di salute, ritiene necessario che con urgenza l'INPS dia risposta ai problemi sollevati dalle rappresentanze dei medici fiscali, nella convinzione che la *mission* stessa dell'ente lo induca a rispondere positivamente alle giuste istanze sollevate,

attenendosi alle indicazioni che il dipartimento della funzione pubblica potrebbe fornire allo scopo.

Nell'immediato, la Commissione ritiene opportuno che l'INPS dia piena e completa attuazione a quanto previsto dalla normativa vigente, in particolare dall'articolo 4, comma 10-*bis*, del DL n. 101 del 2013, come modificato dall'articolo 1, comma 340, della legge n. 147/2013 (legge di stabilità 2014).

Infine, in considerazione della complessità incontrata dalla Commissione nel raccogliere i dati necessari al completamento dell'indagine, si ritiene opportuno che essi siano sistematicamente e annualmente raccolti, in modo che il bilancio sociale dell'INPS ne dia utilmente conto e garantendo al tempo stesso che l'evolversi della situazione sia tenuta sotto stretto controllo pubblico, consentendo le scelte organizzative conseguenti.