

# SENATO DELLA REPUBBLICA

----- XIX LEGISLATURA -----

## 10<sup>a</sup> Commissione permanente

(AFFARI SOCIALI, SANITÀ, LAVORO PUBBLICO E PRIVATO, PREVIDENZA SOCIALE)

\*137<sup>a</sup> seduta: mercoledì 29 novembre 2023, ore 16,05

\*138<sup>a</sup> e \*139<sup>a</sup> seduta: giovedì 30 novembre 2023, ore 8,45 e 13

140<sup>a</sup> seduta: venerdì 1 dicembre 2023, ore 9

### ORDINE DEL GIORNO

*SINDACATO ISPETTIVO*

#### **Interrogazioni**

*IN SEDE CONSULTIVA*

#### **I. Seguito dell'esame del disegno di legge:**

Istituzione della filiera formativa, tecnologico-professionale – *Relatrice alla Commissione MURELLI*

**(Parere alla 7<sup>a</sup> Commissione)**

**(924)**

#### **II. Esame del disegno di legge:**

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 5 ottobre 2023, n. 133, recante disposizioni urgenti in materia di immigrazione e protezione internazionale, nonché per il supporto alle politiche di sicurezza e la funzionalità del Ministero dell'interno (*Approvato dalla Camera dei deputati*) – *Relatore alla Commissione BERRINO*

**(Parere alla 1<sup>a</sup> Commissione)**

**(951)**

*ESAME DI PROGETTI DI ATTI LEGISLATIVI DELL'UNIONE EUROPEA*

#### **Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 144, commi 1 e 6, del Regolamento, dei progetti di atti legislativi dell'Unione europea:**

1. Proposta di direttiva del Parlamento europeo e del Consiglio recante un codice dell'Unione relativo ai medicinali per uso umano e che abroga le direttive 2001/83/CE e 2009/35/CE – *Relatore alla Commissione SATTA*

**(Parere della 4<sup>a</sup> Commissione)**

**(COM(2023) 192 definitivo)**

2. Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che stabilisce le procedure dell'Unione per l'autorizzazione e la sorveglianza dei medicinali per uso umano, definisce le norme che disciplinano l'Agenzia europea per i medicinali, modifica i regolamenti (CE) n. 1394/2007 e (UE) n. 536/2014 e abroga i regolamenti (CE) n. 726/2004, (CE) n. 141/2000 e (CE) n. 1901/2006 – *Relatore alla Commissione ZULLO*

**(Parere della 4<sup>a</sup> Commissione)**

**(COM(2023) 193 definitivo)**

---

## INTERROGAZIONI ALL'ORDINE DEL GIORNO

ZAMPA, CAMUSSO, FURLAN, ZAMBITO - *Ai Ministri della salute e del lavoro e delle politiche sociali*

Premesso che:

i medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale hanno attualmente un incarico convenzionale nell'ambito della medicina generale di cui all'accordo collettivo nazionale del 28 aprile 2022 (medici di famiglia, ex guardia medica, medici del 118, medici del distretto e della penitenziaria);

ad oggi per più del 75 per cento i medici in formazione, ossia più di 6.000 medici, sono in attesa di ottenere un incarico temporaneo come titolare, garantiscono assistenza medica sul territorio ai cittadini come medici con incarico a tempo determinato (di sostituzione o provvisorio), compatibile dalla normativa e dall'accordo nazionale vigente e, nell'esercizio della propria attività convenzionale, le ore sono riconosciute come attività formativa pratica da computare ai sensi del monte ore previsto dal decreto legislativo n. 368 del 1999;

nonostante ciò, per questi incarichi alcuni funzionari responsabili di alcune Regioni e Province autonome hanno sollevato dei dubbi circa il riconoscimento delle attività convenzionali come ore di formazione pratica che, secondo alcuni, non sarebbero più valide a partire dal 1° gennaio 2023, vista la decadenza al 31 dicembre 2022 dell'articolo 2-*quinquies* del decreto-legge n. 18 del 2020, rendendoli di fatto incompatibili con il corso di formazione e portando i suddetti medici a dimettersi;

questi dubbi apparirebbero tuttavia infondati, in quanto la normativa vigente che ha *de facto* integrato e sostituito quanto previsto dal precedente art. 2-*quinquies*, ossia l'articolo 9, comma 1, del decreto-legge n. 135 del 2018, emendato il 19 maggio 2022 dall'articolo 12, comma 3-*bis*, della legge n. 52 del 2022, sancisce: "Fino al 31.12.2024 i laureati in medicina e chirurgia iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali, rimessi all'Accordo Collettivo Nazionale nell'ambito della disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. (...) Le ore di attività svolte dai medici assegnatari degli incarichi ai sensi del comma 1 devono essere considerate a tutti gli effetti quali attività pratiche, da computare nel monte ore complessivo previsto dall'articolo 26, comma 1, del citato decreto legislativo n. 368 del 1999";

appare quindi esplicito e incontrovertibile che la normativa vigente preveda la piena compatibilità e il riconoscimento ore di tutti gli incarichi convenzionali previsti dall'accordo collettivo nazionale vigente, ossia: a) incarichi provvisori e di sostituzione, come specificato dall'articolo 19, comma 6, lettera c), dell'accordo del 28 aprile 2022 (per la partecipazione alle graduatorie aziendali per il conferimento degli incarichi, nonché secondo articolo 36, comma 1, e articolo 37, comma 1, dello stesso accordo); b) incarichi temporanei (come determinato dall'articolo 33, comma 4, sempre dell'accordo vigente);

come evidente nella legge, nonché nell'accordo collettivo nazionale vigente a cui essa fa riferimento esplicito, risulta assente qualsiasi riferimento che espliciti l'esclusione degli incarichi a tempo determinato (provvisori e di sostituzione) dall'applicazione della stessa, contrariamente a quanto supposto da alcune Regioni e Province autonome attraverso una libera interpretazione restrittiva limitata ai soli incarichi temporanei,

si chiede di sapere quali iniziative i Ministri in indirizzo intendano adottare per chiarire la situazione, in modo da permettere ai medici di mantenere gli incarichi convenzionali, continuando a garantire l'assistenza sanitaria territoriale ai cittadini in un momento di storica carenza di medici di medicina generale su tutto il territorio nazionale.

(3-00149)

PIRRO, FLORIDIA Barbara, GUIDOLIN, DE ROSA, MARTON, BEVILACQUA, LOREFICE, NATURALE - *Al Ministro della salute*

Premesso che:

nell' Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria, in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato in *Gazzetta Ufficiale* n. 114 del 17 maggio 1996, viene individuata la figura dell'autista soccorritore;

con l'Atto 22 maggio 2003 n. 1711, la Conferenza Stato-Regioni ha approvato l'accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza", considerando anche l'autista soccorritore;

considerato che la materia è riservata alle competenze statali, così come si evince dalla sentenza della Corte costituzionale n. 300 del 2010, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale della legge n. 37 del 2009 della Regione Basilicata, recante "Norme in materia di riconoscimento della figura professionale di autista soccorritore", perché adottata in violazione del limite imposto dall'articolo 117, terzo comma, della Costituzione in materia di professioni. Secondo la Corte costituzionale, quindi, l'individuazione delle figure professionali, con i relativi profili e titoli abilitanti, è riservata, per il suo carattere necessariamente unitario, allo Stato, che ha competenze sulla istituzione delle figure sanitarie o tecniche sanitarie;

considerato, inoltre, che:

il servizio di soccorso extraospedaliero in emergenza-urgenza risulta essere il primo anello della catena di accesso ai servizi sanitari;

in assenza della figura professionale dell'autista soccorritore permane una vistosa lacuna del sistema di assistenza sanitaria pubblica,

si chiede di sapere quali iniziative il Ministro in indirizzo intenda assumere al fine di procedere al riconoscimento della figura professionale dell'autista soccorritore.

(3-00564)

PIRRO, FLORIDIA Barbara, GUIDOLIN, DE ROSA, MARTON, BEVILACQUA, LOREFICE, NATURALE - *Al Ministro della salute*

Premesso che:

il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 ha sostituito integralmente il decreto 29 novembre 2001, recante “definizione dei livelli essenziali di assistenza”;

con l’obiettivo di garantire l’aggiornamento dei LEA in modo continuo, sistematico, e basato su criteri scientificamente validi, la legge di stabilità per il 2016 (legge 28 dicembre 2015, n. 208, art. 1, comma 556) ha previsto l’istituzione della “commissione nazionale per l’aggiornamento dei LEA e la promozione dell’appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale”, che è nominata e presieduta dal Ministro della salute ed è composta dal direttore generale della programmazione sanitaria del Ministero e da 15 esperti qualificati e da altrettanti supplenti, di cui 4 designati dal Ministro della salute, uno dall'Istituto superiore di sanità, uno dall'AGENAS, uno dall'Agenzia italiana del farmaco, uno dal Ministero dell'economia e delle finanze e 7 dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome;

la commissione, che dura in carica 3 anni, si è insediata il 28 luglio 2020 e il suo mandato cesserà di avere efficacia dopo il 28 luglio 2023;

i commi 557 e 558 dell’articolo 1 della citata legge definiscono le attività che la commissione può svolgere rispettando gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, recante “riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;

nello specifico, la commissione ha il compito di: acquisire e valutare le proposte di inserimento nei LEA di nuovi servizi e prestazioni; modificare le prestazioni e servizi già inclusi nei LEA; valutare l'impatto economico delle modifiche ai LEA; valutare le richieste provenienti da strutture del servizio sanitario nazionale, di autorizzazione all'esecuzione di prestazioni innovative nell'ambito di programmi di sperimentazione; valutare che l'applicazione dei LEA avvenga in tutte le regioni con lo stesso *standard* di qualità e includa tutte le prestazioni previste dagli specifici LEA;

le richieste di inclusione, esclusione o aggiornamento delle prestazioni e dei servizi inclusi nei LEA possono essere avanzate, oltre che dai propri componenti, da: cittadini e associazioni di pazienti; Ministero della salute o dalle istituzioni vigilate (AIFA, AGENAS, ISS), aziende sanitarie, aziende ospedaliere, società scientifiche, IRCCS, policlinici universitari, professionisti del SSN e loro associazioni; aziende produttrici e loro associazioni;

considerato che l’attuale commissione è in procinto di scadere e, nonostante la legge istitutiva assoggetti la sua attività all’applicazione della normativa vigente in materia di diritto di accesso civico e degli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni (decreto legislativo n. 33 del 2013), al momento non vi sono evidenze delle valutazioni poste in essere dalla commissione,

si chiede di sapere:

quali misure il Ministro di indirizzo intenda porre in essere per evitare che l’imminente passaggio legato alla scadenza dell’attuale commissione nazionale per l’aggiornamento dei LEA e la promozione dell’appropriatezza nel servizio sanitario nazionale e all’insediamento della nuova commissione non comporti un ulteriore allungamento dei tempi per l’aggiornamento dei LEA;

se non ritenga utile ed opportuno adottare iniziative finalizzate a rafforzare la trasparenza delle sedute della commissione, anche attraverso l’inserimento di tempi certi, al fine di garantire che venga fornita una risposta in merito

alle richieste inviate alla commissione stessa ed evitare situazioni prolungate di incertezza.

(3-00565)

MARTELLA - *Al Ministro del lavoro e delle politiche sociali*

Premesso che:

particolarmente critico, come denunciato dalle organizzazioni sindacali, risulta essere il sottodimensionamento degli organici del personale in servizio presso le sedi INAIL del Veneto;

nel veneziano la percentuale di vuoti nelle piante organiche si aggira intorno al 40 per cento, mentre nelle province di Padova, Vicenza e Rovigo tra il 20 e il 35 per cento;

per colmare queste carenze non sono assolutamente sufficienti i bandi regionali, in quanto vi sarebbero solo 9 unità su 139 complessive da destinare al Veneto;

inoltre il basso importo mensile previsto ha come conseguenza che molti vincitori rinuncino per via del “caro affitti” e del costo della vita, che rendono non appetibile neanche un “posto fisso”;

con gli ulteriori pensionamenti previsti la situazione del personale in servizio presso le sedi venete rischia di peggiorare;

a ciò si aggiunga la denuncia, sempre da parte del sindacato, del rischio di chiusura di alcune sedi, come ad esempio quella di Cittadella (Padova);

la carenza di personale e la chiusura di sedi rischia di allontanare l'INAIL da cittadini e imprese, proprio nel momento in cui ve ne sarebbe più bisogno, in particolare in un territorio come quello veneto;

l'incidenza di infortuni, purtroppo anche mortali, pone proprio il Veneto tra le regioni ai primi posti di questa triste classifica e ciò renderebbe necessario rafforzare, con personale e mezzi idonei, le sedi presenti sul territorio,

si chiede di sapere quali iniziative, per quanto di propria competenza, il Ministro in indirizzo intenda adottare, al fine di rafforzare il personale INAIL in servizio in Veneto e di scongiurare qualsiasi ipotesi di chiusura, al contempo avviando una fase di confronto con i sindacati e le istituzioni competenti.

(3-00736)