



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 36

10^a COMMISSIONE PERMANENTE (Affari sociali,
sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale)

INTERROGAZIONI

138^a seduta: giovedì 30 novembre 2023

Presidenza del presidente ZAFFINI

INDICE**INTERROGAZIONI**

PRESIDENTE.....	Pag. 3, 5, 7 e passim
DURIGON, sottosegretario di Stato per il lavoro e le politiche sociali.....	3
GEMMATO, sottosegretario di Stato per la salute.....	5, 7, 9
MARTELLA (PD-IDP)	4
* PIRRO (M5S).....	9, 12
ZAMPA (PD-IDP)	7
ALLEGATO (contiene i testi di seduta)	14

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori

Sigle dei Gruppi parlamentari: Civici d'Italia-Noi Moderati (UDC-Coraggio Italia-Noi con l'Italia-Italia al Centro)-MAIE; Cd'I-NM (UDC-CI-NcI-IaC)-MAIE; Forza Italia-Berlusconi Presidente-PPE: FI-BP-PPE; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-Il Centro-Renew Europe: IV-C-RE; Lega Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: LSP-PSd'Az; Movimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico-Italia Democratica e Progressista: PD-IDP; Per le Autonomie (SVP-PATT, Campobase): Aut (SVP-PATT, Cb); Misto: Misto; Misto-ALLEANZA VERDI E SINISTRA: Misto-AVS; Misto-Azione-Renew Europe: Misto-Az-RE.

Intervengono il sottosegretario di Stato per il lavoro e le politiche sociali Durigon e il sottosegretario di Stato per la salute Gemmato.

I lavori hanno inizio alle ore 8,55.

PROCEDURE INFORMATIVE

Interrogazioni

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca lo svolgimento di interrogazioni.

Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-00736, presentata dal senatore Martella.

DURIGON, *sottosegretario di Stato per il lavoro e le politiche sociali*. Ringrazio il senatore Martella per il quesito sollevato inerente alla sede INAIL della Regione Veneto.

Sull'argomento è stato interpellato l'INAIL che ha comunicato che, per quanto riguarda la chiusura dell'agenzia di Cittadella, la riorganizzazione è stata progettata proprio nell'intento di garantire il mantenimento di livelli di efficienza e qualità del servizio all'utenza attraverso un più ottimale impiego delle risorse disponibili. L'INAIL, in particolare, ha riferito che nell'agenzia di Cittadella, per effetto delle cessazioni intervenute a vario titolo nel corso del tempo, erano presenti soltanto tre risorse del profilo amministrativo. Tale contingente minimo era in grado di garantire l'apertura degli sportelli amministrativi soltanto per un paio di giorni alla settimana, oltre alle prevedibili difficoltà di copertura delle ferie e delle eventuali assenze impreviste. L'Istituto ha segnalato inoltre che negli ultimi anni, nonostante la presenza dell'Istituto nel territorio cittadellese fosse comunque garantita, gli accessi dell'utenza presso l'agenzia sono stati estremamente scarsi, a testimonianza di un livello di domanda molto ridotto.

Per quanto riguarda poi il settore sanitario, il progressivo depauperamento delle risorse dovuto al mancato *turnover* e l'assenza di specialisti ambulatoriali nella struttura di Cittadella avevano già da tempo condotto alla decisione di concentrare le attività presso la sede di Padova, nei cui ambulatori è stato sempre garantito un servizio più completo e appropriato. L'INAIL ha fatto presente che, in questo periodo in cui l'utenza è stata indirizzata per tale segmento così strategico e qualificante del servizio verso altre strutture dell'Istituto, non si sono registrate lamentele. La capacità dell'Istituto di rispondere alla domanda dell'utenza con la rete esistente ed i servizi sul territorio è confermata, inoltre, dai

dati di gestione degli infortuni subiti dai lavoratori di aziende dell'area cittadellese.

Pertanto, la riorganizzazione messa in atto non pare danneggiare in alcun modo l'utenza, né tantomeno pare ridurre i servizi territoriali a tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Gli assistiti, infatti, possono fare riferimento agli uffici degli ambulatori della sede di Padova, che dista meno di 30 chilometri da Cittadella, ed eroga tutte le prestazioni istituzionali sul versante assicurativo, medico-legale, della prevenzione e del reinserimento.

L'INAIL ha precisato altresì che l'area di Cittadella può beneficiare anche della vicinanza sia della sede di Bassano, dipendente dalla direzione di Vicenza, sia della sede di Vicenza, che si trovano a distanze inferiori rispetto a Padova. Queste sedi sono entrambe in grado di offrire tutti i servizi gestiti dall'INAIL, comprese le aree sanitarie.

È possibile affermare che la presenza forte dell'istituto nel territorio in queste aree della Regione è misurata anche dalle indagini di *customer satisfaction* del 2022, condotte sia per la sede di Padova sia per la sede di Vicenza, che hanno dimostrato una positiva percezione da parte dell'utenza, grazie a giudizi molto soddisfacenti da parte dei cittadini che hanno espresso la loro valutazione.

Quanto alle azioni messe in campo per garantire nel medio periodo un più elevato apporto in termini di forza lavoro, si segnala anche la difficoltà nel ricoprire i posti messi a bando tramite un concorso unico insieme ad altre amministrazioni; l'INAIL ha infatti reso noto che con il Formez è in corso di predisposizione un bando da effettuarsi su base regionale, in modo tale da consentire con più facilità la copertura delle carenze attualmente presenti.

Concludo ribadendo l'impegno del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, in qualità di organo vigilante, di riservare sempre la massima attenzione alle strutture territoriali dell'INAIL che svolgono attività di primaria importanza per i cittadini, facendo sì che le prestazioni finora rese dall'INAIL siano garantite anche nel futuro con gli stessi livelli di qualità, continuità e professionalità.

MARTELLA (*PD-IDP*). Ringrazio il signor Sottosegretario della sua risposta, ma vorrei dire che non ne sono soddisfatto, né per quanto riguarda le rassicurazioni date sulla sede di Cittadella, poiché a me risulta un'altra situazione: una denuncia che c'è stata da parte di molti cittadini e delle organizzazioni sindacali circa questo trasferimento. Più in generale, però, non sono soddisfatto della sua risposta perché lei sa bene che il Veneto continua a essere tra le prime Regioni in Italia per infortuni mortali sul lavoro: da ultimo ricordo il tragico caso che ha visto la morte della giovane operaia Anila Grishaj in un piccolo centro molto bello della provincia di Treviso, Pieve di Soligo, che ha molto colpito l'opinione pubblica del Veneto e anche quella nazionale.

Dopo questo tragico incidente, anche la Commissione parlamentare d'inchiesta sulle condizioni di lavoro in Italia, sullo sfruttamento e sulla

sicurezza nei luoghi di lavoro si è attivata con il senatore Magni (che vedo qui presente) e non c'è dubbio che questo ci deve far riflettere sul fatto che gli organici dell'INAIL sono del tutto sottodimensionati, in Veneto come in altre Regioni; in Veneto, però, parliamo di percentuali del 35-40 per cento, per cui non avviene quel lavoro sistematico di organizzazione e coordinamento che può portare sia ai controlli sia alla formazione. L'INAIL è un *player* fondamentale di questa parte di investimenti per la sicurezza e per tutto il settore del lavoro.

Per questo motivo la risposta non ci soddisfa. Quello che vi chiedo è di far diventare la sicurezza sul lavoro un tema centrale della politica nazionale e anche di quella regionale, ma anche di inserire le risorse necessarie per nuove assunzioni. Probabilmente i bandi regionali, che pure possono attivare delle procedure più veloci, non sono sufficienti, ed è necessario un piano straordinario che possa riempire i vuoti degli organici. Pertanto mi auguro che ci possa essere un'attenzione superiore.

Per quanto ci riguarda, continueremo a verificare la situazione per far in modo che si passi dalle parole ai fatti e soprattutto che ci possano essere azioni conseguenti per favorire la sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-00149, presentata dalla senatrice Zampa e da altri senatori.

GEMMATO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Ringrazio la senatrice Zampa per l'interrogazione.

Nel merito della questione delineata nell'interrogazione parlamentare in esame, rammento prioritariamente che l'articolo 9, comma 1, del decreto-legge 14 dicembre 2018, n. 135, come da ultimo modificato dall'articolo 12, comma 3-bis, lettera a), del decreto-legge 24 marzo 2022, n. 24, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 maggio 2022, n. 52, ha previsto che, stante la condizione di carenza dei medici di medicina generale e nelle more di una revisione complessiva del relativo sistema di formazione, i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale e iscritti a un corso di formazione specialistica per i medici di medicina generale possano partecipare, fino al 31 dicembre 2024, all'assegnazione degli incarichi convenzionali rimessi all'accordo collettivo nazionale nell'ambito della disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. L'assegnazione degli incarichi ai medici ai sensi di questa derogata transitoria è comunque subordinata al previo esaurimento della graduatoria regionale relativa agli altri medici aventi diritto.

Il comma 2 dell'articolo 9 sopra richiamato prevede inoltre che le ore di attività svolte dai medici assegnatari di questi incarichi devono essere considerate a tutti gli effetti quali attività pratiche da computare nel monte ore complessivo dovuto per la formazione, cioè almeno 4.800 ore, di cui due terzi svolte in attività formative di natura pratica, come previsto dall'articolo 22, comma 1, del decreto legislativo n. 369 del 1999. In estrema sintesi, detta disposizione speciale consente ai medici che fre-

quantano il corso di formazione specifica in medicina generale di assumere incarichi convenzionali che solo dopo il conseguimento dell'attestato di formazione si trasformano in incarichi a tempo indeterminato.

Questi incarichi si differenziano, tuttavia, da quelli temporanei e dalle sostituzioni conferibili ai sensi dell'articolo 19 dell'accordo collettivo nazionale del 28 aprile 2022. L'accordo, infatti, stabilisce che le aziende sanitarie, entro quindici giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva per incarichi temporanei e di sostituzione, pubblichino sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali dei medici disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio a tempo determinato o all'affidamento di sostituzione secondo il seguente ordine di priorità: i medici iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio; i medici che abbiano acquisito il titolo di formazione specifica in medicina generale successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale; i medici iscritti al corso di formazione specifica di medicina generale, esclusivamente nella medesima Regione per cui concorrono, fatta eccezione per le sostituzioni per le quali possono concorrere anche gli iscritti a tale corso in altre Regioni.

L'articolo 36 dell'accordo, in particolare, nell'ambito della disciplina delle sostituzioni, prevede che il medico del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta ha l'obbligo di farsi sostituire e che, ove fosse possibile, il medico sostituito deve possedere i requisiti per ottenere incarichi a tempo indeterminato o temporanei ai sensi del citato articolo 9 del decreto-legge 14 dicembre 2018, n. 135.

Inoltre, il successivo articolo 37 dell'accordo disciplina gli incarichi provvisori, stabilendo che, qualora in ambito territoriale si determini una carenza di assistenza dovuta a mancanza di medici in grado di acquisire tutte le scelte o le ore disponibili, in attesa del conferimento di incarico del ruolo unico di assistenza primaria, l'azienda può conferire un incarico provvisorio, interpellando prioritariamente i medici titolari del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria operanti nella medesima aggregazione funzionale territoriale (AFT), poi in azienda, secondo l'ordine di anzianità d'incarico; successivamente, utilizzando la graduatoria di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 6, con priorità per i medici residenti nell'ambito carente per attività a ciclo di scelta nell'azienda, nella Regione e infine fuori Regione.

Fermo restando quanto fin qui ricordato, faccio presente che per far fronte all'emergenza pandemica dovuta al Covid-19, l'articolo 2 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, come convertito dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, ha previsto una disciplina particolare che consente ai laureati in medicina e chirurgia abilitati, anche durante la loro iscrizione ai corsi di specializzazione o ai corsi di formazione specifica in medicina generale, di assumere incarichi provvisori o di sostituzione di medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, riconoscendo le ore di attività da essi svolte a tutti gli effetti quali attività pratiche da computare nel monte ore complessivo di almeno 4.800 ore, che

menzionavamo prima. Questa speciale disciplina, legata fondamentalemente all'emergenza pandemica, rimarrà in vigore fino al 31 dicembre 2023, in virtù di quanto disposto all'articolo 4, comma 9-*quater*, del decreto-legge 29 dicembre 2022, n. 198, come convertito dalla legge 24 febbraio 2023, n. 14.

Tuttavia, per completezza, devo riferire che recentemente la Conferenza unificata, in sede di rilascio del parere sulla conversione in legge del decreto-legge 29 settembre 2023, n. 132, ha richiesto di valutare, tra le altre, una proposta di modifica integrativa al testo del provvedimento in esame, riguardante espressamente il differimento al 31 dicembre 2024 del suddetto termine del 31 dicembre 2023, prorogando quindi le disposizioni di cui all'articolo 2-*quinquies* del suddetto decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18. Detta richiesta di proroga viene giustificata dalla particolare situazione di carenza di medici di medicina generale e di medici specializzati in pediatria sul territorio.

Alla luce di quanto richiesto e stante il rilievo della questione, confermo che la tematica è all'attenzione del Ministero della salute e assicuro il mio personale interesse a far sì che la problematica segnalata possa essere approfondita ai fini della sua favorevole risoluzione.

ZAMPA (*PD-IDP*). Ringrazio il signor Sottosegretario della sua risposta e mi dichiaro parzialmente soddisfatta.

Si conferma la bontà del quesito che avevamo sottoposto e apprendo con interesse della volontà di prorogare. Infatti è davvero necessario fare il possibile per immettere in servizio quanti più medici possibile e dare la possibilità di supplire alle carenze del personale. Noi stessi, peraltro, abbiamo sottoscritto e presentato emendamenti al disegno di legge di bilancio che vanno in questa direzione.

Sostanzialmente si risponde in modo confermativo, cioè si conferma il fatto che in alcune Regioni e Province autonome sono stati sollevati dubbi circa il riconoscimento di queste attività convenzionali come ore di formazione pratica.

Vorrei insistere sul punto che bisogna chiarire la situazione e che, naturalmente, se questa risposta ci fosse stata fornita molti mesi fa quando abbiamo presentato la nostra interrogazione (che è una delle tante che restano ancora senza risposta presentate al Ministero della salute), sarebbe sicuramente stato utile e proficuo per i medici, che magari si trovano anche in condizioni di difficoltà ulteriore, in aggiunta a quelle che la situazione oggettivamente pone loro.

Ringrazio comunque il Sottosegretario e auspico che ci siano risposte ad altre interrogazioni, magari anche in tempi più brevi di quanto non sia avvenuto per quella in esame.

PRESIDENTE. Segue ora l'interrogazione 3-00564, presentata dalla senatrice Pirro e da altri senatori.

GEMMATO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Ringrazio la senatrice Pirro per aver presentato l'interrogazione in oggetto.

Desidero assicurare che la problematica affrontata nell'interrogazione parlamentare in esame, relativa al riconoscimento della figura professionale dell'autista soccorritore, è da tempo all'esame del Ministero della salute. Infatti, fin dal 2011 la competente direzione generale aveva provveduto a inviare al coordinamento interregionale sanità una proposta di accordo per l'istituzione del profilo professionale dell'autista soccorritore. A seguito di numerosi incontri con il coordinamento tecnico della Commissione salute e con le rappresentanze sindacali, il citato coordinamento nel 2013 aveva comunicato al Ministero la mancata condivisione da parte delle Regioni e delle Province autonome della proposta ministeriale di istituzione della figura professionale dell'autista soccorritore. Il Ministero della salute, nel prendere atto della posizione assunta dalle Regioni, aveva quindi posto in evidenza che la mancata istituzione del profilo professionale dell'autista soccorritore provocava una grave lacuna nel sistema dell'emergenza-urgenza e si rendeva disponibile a un confronto per l'approfondimento in merito all'istituzione della figura del soccorritore auspicata da talune Regioni. Successivamente, in occasione della presentazione in Parlamento di due disegni di legge relativi al riconoscimento della figura professionale dell'autista soccorritore (disegno di legge n. 2332 e proposta di legge n. 3407), la stessa direzione generale competente del Ministero della salute nel luglio 2016 provvedeva a interessare nuovamente il coordinamento tecnico della Commissione salute al fine di conoscere se fosse confermato quanto a suo tempo comunicato circa la non condivisione della proposta ministeriale concernente l'autista soccorritore o se vi fosse un diverso orientamento da parte delle Regioni e delle Province autonome in merito. Tuttavia il coordinamento non forniva alcun riscontro.

Più di recente (lo abbiamo citato anche come dato di cronaca parlamentare per far capire la sensibilità e i posizionamenti), nell'ambito della conversione in legge del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, recante misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia, convertito in legge dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, veniva proposto, nell'ambito dell'Atto Senato 1925, l'emendamento 31.0.4 concernente l'istituzione del profilo dell'autista soccorritore quale figura tecnica. Detto emendamento, presentato dal senatore Marinello, dettagliava quanto segue: «L'autista soccorritore è l'operatore che, a seguito di specifica formazione professionale regionale, svolge attività di conduzione dei mezzi di soccorso, garantendo l'efficienza e la sicurezza del veicolo assegnatogli, con particolare riguardo alla messa in sicurezza del luogo dell'evento. Nell'ambito del contratto collettivo nazionale di lavoro relativo al personale del comparto sanità pubblica, è istituito il profilo tecnico, non sanitario, dell'autista soccorritore nell'ambito del sistema di classificazione professionale». Questo emendamento, tuttavia, non è stato accolto.

In ogni caso, stante il rilievo della questione in esame, ritengo doveroso segnalare che, ferma restando la necessità di un accordo in Conferenza Stato-Regioni per l'istituzione della figura professionale in argomento, ai sensi dell'articolo 5 della legge 1° febbraio 2006, n. 43, come

modificato dall'articolo 6 della legge 11 gennaio 2018, n. 3, questo Ministero provvederà nuovamente a coinvolgere le Regioni e le Province autonome al fine di dare impulso al percorso finalizzato a verificare se la predetta figura possa trovare una collocazione all'interno dei fabbisogni connessi agli obiettivi di salute previsti dai piani sanitari regionali.

PIRRO (*M5S*). Signor Sottosegretario, mi rendo conto delle difficoltà che ci sono nell'interloquire con la Conferenza Stato-Regioni e con le venti Regioni italiane, infatti più volte ho rimarcato anche in questa sede come sia assurdo che possa esistere una tale situazione nel nostro Paese e che dovremmo finalmente tutti insieme capire che la sanità dovrebbe avere un'unica regia e un'unica cabina di comando. Questa è l'ennesima dimostrazione di come la riforma del Titolo V faccia grandi danni in questo ambito nel nostro Paese.

Recentemente c'è stata una discussione in Conferenza Stato-Regioni e mi risulta un atto del maggio scorso, come indicato nell'interrogazione, su questo argomento, ma avrei voluto sapere cosa è disceso da quella riunione di maggio e se finalmente si sta muovendo qualcosa. Mi fa molto piacere che al Ministero della salute ci sia la sensibilità e la volontà di portare avanti questo percorso e questo doveroso riconoscimento, che porterebbe anche all'uniformazione della formazione di queste persone che ogni giorno per le strade del nostro Paese soccorrono cittadini che ne hanno bisogno e a volte non hanno un'adeguata formazione in tal senso.

Mi auguro davvero che, oltre alla dichiarazione d'intenti arrivata quest'oggi, che apprezzo sicuramente, vengano compiuti al più presto degli atti formali per sbloccare questa situazione che – come lei ha sottolineato giustamente – va avanti da più di dieci anni. Ritengo pertanto che i tempi siano maturi per arrivare finalmente a una soluzione su questo tema, come in altre circostanze. Da parte nostra c'è tutta la collaborazione possibile; non ci sono contrapposizioni tra maggioranza e opposizione quando si tratta di tutelare la salute e il benessere dei cittadini italiani e in questo caso anche dei lavoratori, visto che la nostra Commissione da questa legislatura ha una duplice veste, quindi possiamo anche avere un occhio di riguardo per questi aspetti.

Mi dichiaro pertanto parzialmente soddisfatta della risposta ricevuta.

PRESIDENTE. Segue ora l'interrogazione 3-00565, presentata dalla senatrice Pirro e da altri senatori.

GEMMATO, *sottosegretario di Stato per la salute*. Ringrazio gli interroganti per la questione posta.

Salterei la prima parte della risposta, che spiega come la legge di stabilità del 2016 ha introdotto i nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA) e sostanzialmente la nuova procedura per la loro definizione. In ogni caso, lascio agli atti questo testo.

La Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA, costituita con decreto del Ministro della salute il 5 maggio 2020, ha cessato il pro-

prio mandato triennale in data 28 luglio 2023 e sono state avviate le attività dirette alla nuova ricostituzione. Allo stato attuale, in particolare, sono state già acquisite le designazioni da parte dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, dell'Agenzia italiana del farmaco, dell'Istituto superiore di sanità, del Ministero dell'economia e delle finanze, nonché della Conferenza Stato-Regioni.

In merito ai lavori espletati dalla cessata Commissione, faccio presente che, in occasione dell'ultima riunione plenaria del mese di luglio ultimo scorso, sono state formulate le proposte di aggiornamento isorisorse e non isorisorse. Attualmente le proposte in questione sono all'attenzione del Ministero dell'economia e delle finanze per il previsto assenso tecnico. Per l'entrata in vigore degli aggiornamenti in parola dovrà tuttavia essere ultimato il complesso *iter* previsto dalla normativa vigente. Mi riferisco all'articolo 1, commi 558 e 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, che include, oltre all'acquisizione dell'assenso tecnico del MEF, anche il parere delle Commissioni parlamentari, nonché il raggiungimento dell'intesa in sede Conferenza Stato-Regioni, oltre ai controlli della Corte dei conti e infine la pubblicazione in *Gazzetta Ufficiale*.

Per quel che concerne, invece, le misure volte a implementare la trasparenza delle sedute, faccio presente che, sebbene la legge specifichi che le attività di Commissione debbano compiersi nel rispetto degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, non chiarisce tuttavia le modalità attraverso le quali assicurare l'osservanza di detti obblighi e, con riferimento specifico al diritto di accesso, non individua il momento a partire dal quale è possibile ostendere gli atti istruttori della Commissione medesima. La genericità delle disposizioni richiamate non consente infatti di segmentare il complesso *iter* di aggiornamento dei LEA così da poter chiaramente distinguere ciò che dell'attività sia ostensibile e ciò che non lo è.

Con riferimento alle modalità con cui ha operato la Commissione LEA, faccio presente che la stessa ha operato esaminando, tra le altre, anche le numerose richieste di aggiornamento pervenute sul portale del Ministero all'uopo istituito. Sono state infatti vagliate le proposte avanzate da cittadini, associazioni di pazienti, aziende sanitarie, aziende ospedaliere, società scientifiche, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, policlinici universitari, professionisti del sistema sanitario nazionale e loro associazioni, aziende produttrici e loro associazioni, ossia da tutti i potenziali proponenti, che hanno partecipato attivamente al processo di rilevanza costituzionale in questione. La trasparenza degli aggiornamenti è senz'altro assicurata dalla partecipazione garantita a tutti i soggetti portatori d'interesse da un procedimento aperto sia alle istanze di organismi qualificati del Servizio sanitario nazionale e del sistema sanitario nel suo complesso, sia anche al cittadino. La Commissione inoltre ha ritenuto di richiedere incontri con le associazioni dei pazienti, interloquendo con le stesse e acquisendo la necessaria documentazione, nonché avanzando

specifici quesiti alle società scientifiche in relazione alle loro competenze.

Non può negarsi, quindi, che l'attuale sistema di aggiornamento dei LEA risulti strutturato sulla base di un processo innovativo e aperto alle istanze generali degli utenti; processo che ha notevolmente impegnato i membri della Commissione uscente, ma che, per trovare compiuta definizione, necessita degli ulteriori passaggi che la legge 28 dicembre 2015, n. 208, ha previsto proprio al fine di garantire il rispetto degli altri principi di rango costituzionale, quali il coordinamento della finanza pubblica, mediante il concerto con il Dicastero dell'economia e delle finanze, la leale collaborazione mediante il passaggio in Conferenza Stato-Regioni e, non da ultimo, la partecipazione parlamentare mediante il parere da richiedersi alle Commissioni parlamentari. Risulta chiaro, pertanto, che le determinazioni assunte finora dalla Commissione costituiscono meri atti endoprocedimentali, che non possono essere comunicati fino al momento del loro perfezionamento.

A tal proposito si rileva che la disciplina sulla trasparenza degli atti, nel disciplinare le limitazioni applicabili all'accesso documentale e all'accesso civico generalizzato, per effetto del rinvio disposto dall'articolo 5-*bis* del comma 3 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, esclude espressamente l'ostensione dell'attività della pubblica amministrazione diretta all'emanazione di atti normativi, amministrativi generali, di pianificazione e di programmazione. Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, nonché i provvedimenti di aggiornamento al DPCM medesimo, difatti, costituiscono atti di contenuto generale di indirizzo, dunque di contenuto non provvedimentalmente rispondente alla quota di competenza normativa riservata all'articolo 117, commi 2 e 3, della Costituzione dello Stato in materia di tutela della salute, come tra l'altro ribadito da costante giurisprudenza, anche di rango costituzionale.

La Corte costituzionale, inoltre, suggella il principio chiarendo che in tutto il settore sanitario esiste attualmente una precisa procedura individuata con fonti legislative per la determinazione di quanto previsto all'articolo 117, secondo comma, lettera *m*), della Costituzione e questa determinazione è intervenuta già con il primo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sui LEA del 29 novembre 2001. Il DPCM e i relativi aggiornamenti sono infatti connotati da generalità e astrattezza, in quanto riferibili a un numero indefinito di destinatari non determinabili *a priori* e applicabili a un numero indeterminabili di casi. I decreti sono altresì dotati del carattere della innovatività, poiché producono un effetto prescrittivo nuovo, che non risulta tipizzato da parte dell'atto primario. Il complesso *iter* rappresentato, inoltre, pone in primo piano la sede del raccordo Governo-Regioni e tiene nel contempo conto delle prerogative parlamentari mediante i pareri che le Commissioni competenti previamente esprimono.

Tutto ciò considerato, non risulta esercitabile il diritto di accesso ai lavori della Commissione, atteso il carattere prodromico e preordinato dell'attività di programmazione che li fa ricadere nella fattispecie di esclusione del diritto di accesso, secondo quanto previsto dall'articolo 24 della legge 7 agosto 1990, n. 241.

Ritengo doveroso rammentare che la proposta effettuata alla Commissione del Ministero della salute – come già chiarito – costituisce il primo passaggio dell'articolata procedura di aggiornamento stabilita dalla legge, la quale prevede l'acquisizione dell'assenso e/o parere degli altri soggetti istituzionali al fine di garantire il temperamento di altri principi di rilievo costituzionale, quali la partecipazione delle Commissioni parlamentari che coinvolgono funzioni legislative, conoscitive, di indirizzo e di controllo, nonché quello di leale collaborazione, che investe il previsto passaggio in Conferenza Stato-Regioni. La predetta proposta, nel corso dell'*iter*, potrebbe ipoteticamente subire sostanziali motivate modifiche e integrazioni nella sua riformulazione originaria, sempre nel rispetto della robustezza, dell'evoluzione, delle evidenze scientifiche e tenuto conto delle risorse disponibili non illimitate.

PIRRO (*M5S*). Stavolta purtroppo mi devo dire non soddisfatta della risposta del Sottosegretario.

A parte l'intricata rete di questioni burocratiche e legislative che porrebbero vincoli alla trasparenza dei lavori della Commissione, considero fondamentale un aspetto per tutti noi: nel momento in cui la Commissione del Ministero della salute produce un documento finale (quindi quello con la maggiore validità scientifica, in termini di tutela della salute dei cittadini) che poi trasmette al Ministero dell'economia, il quale fa valutazioni non di natura sanitaria ma solo ed esclusivamente di natura economica (come sappiamo benissimo tutti noi), penso che quello sia un punto cruciale che debba essere messo a conoscenza di tutti noi e anche dei cittadini italiani, perché è importante sapere dove finiscono le valutazioni medico-scientifiche e dove iniziano quelle economiche. Si tratta infatti di un'informazione che non è solo attinente ai tecnici che stanno all'interno dei ministeri, ma può essere utile anche per tutti noi come legislatori, per fare successivamente delle valutazioni, anche in merito ai nostri atti, per trovare con il Ministero dell'economia delle soluzioni che, dal punto di vista medico, siano a maggior tutela dei cittadini italiani.

Mi auguro quindi che il Ministero della salute si faccia capofila di un'azione per fare in modo che si venga a conoscenza delle risultanze di quella Commissione, perché penso che tutti quanti noi vogliamo sapere se la Commissione dà priorità alla tutela di patologie particolarmente rilevanti e magari un po' meno a questioni che possono essere di secondo conto e poi invece il Ministero dell'economia lascia passare delle proposte che vanno in una direzione invece che nell'altra per ragioni economiche e non sanitarie. Penso che

sia fondamentale per il legislatore, per noi che siamo qui dentro e che dobbiamo rispondere ai cittadini che qui ci hanno mandato, sapere se la scelta finale che verrà valutata da questa Commissione sia stata compiuta per ragioni mediche o per ragioni economiche.

Mi auguro pertanto che tutti insieme ci facciamo portavoce di questa istanza.

PRESIDENTE. Lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno è così esaurito.

I lavori terminano alle ore 9,30.

ALLEGATO

INTERROGAZIONI

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 Costitu-

zione 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)

