

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1635

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**ROCCO PIGNATARO, BELLILLO, BETTA, BORDO, CRISCI, GRASSI,
LARATTA, LI CAUSI, LO MONTE, LUCCHESI, RAITI, SAMPERI,
SATTA, SCHIRRU, STAGNO D'ALCONTRES**

Disposizioni per il riconoscimento ai medici fiscali dell'Istituto nazionale della previdenza sociale del trattamento giuridico ed economico previsto per i medici del Servizio sanitario nazionale convenzionati con le aziende sanitarie locali

Presentata il 13 settembre 2006

ONOREVOLI COLLEGHI! — Ai controlli domiciliari dei lavoratori assenti per malattia provvedono attualmente sia i medici delle aziende sanitarie locali (ASL) sia quelli dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS). Il rapporto di lavoro si svolge in base alle disposizioni contenute nel decreto-legge n. 463 del 1983, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 638 del 1983. I medici che lavorano su incarico dell'INPS hanno con l'Istituto un particolare rapporto fiduciario. Questi medici sono inseriti in apposite « liste speciali ».

Da oltre venti anni, i medici fiscali delle ASL e quelli dell'INPS, pur svolgendo la medesima attività prevista da una legge dello Stato, hanno due tipologie completamente diverse di rapporto di lavoro. I medici titolari di rapporto fiduciario con l'INPS (oltre 1.550 in Italia) non hanno infatti ancora ottenuto il riconoscimento di una posizione giuridica che permetta

loro di svolgere la professione con una retribuzione adeguata e con tutti i presupposti giuridici e pensionistici propri della loro attività. Il medico è retribuito « a prestazione » e ha l'obbligo di reperibilità e di disponibilità nei giorni feriali e festivi senza alcuna retribuzione per tale reperibilità. Non vi è, inoltre, garanzia di avere dall'Istituto un numero di richieste mensile che assicuri un guadagno medio pari a uno stipendio impiegatizio, oltretutto con l'onere per il medico di provvedere a versare i contributi previdenziali obbligatori all'Ordine dei medici chirurghi nella misura del 12,50 per cento. L'INPS, inoltre, non è tenuto a garantire un numero minimo di visite per sanitario su base giornaliera, pur essendo l'incarico a tempo indeterminato, non si obbliga a garantire la permanenza nello stesso per ogni sanitario impiegato e non garantisce la dignità del medico impiegato per quanto

attiene alla regolamentazione formale della sede di appartenenza e alle modalità di accesso alla stessa da parte dei medici.

I decreti ministeriali che nel tempo hanno normato questa materia sono stati tre: i decreti del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 15 luglio 1986, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 170 del 24 luglio 1986, 18 aprile 1996, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 99 del 29 aprile 1996, e 12 ottobre 2000, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 261 dell'8 novembre 2000.

Il decreto ministeriale del 1996 stabilì un insieme di incompatibilità tali che l'osservanza di queste obbligazioni ha comportato l'impossibilità di svolgere altre attività o di continuare gli studi al fine di conseguire una specializzazione. Non è da dimenticare, inoltre, che all'INPS competono incarichi di natura sanitaria (quali commissioni mediche, visite ambulatoriali e visite per la concessione di cure termali) che potrebbero essere svolte dai medici fiscali in un rapporto di lavoro assimilabile a quello in vigore per i servizi del Servizio sanitario nazionale (SSN), vista la carenza cronica e non più gestibile di personale medico nelle sedi dell'INPS.

Per sanare questa annosa situazione sono stati presentati, nelle scorse legislature, vari progetti di legge che chiedevano il riconoscimento, anche per i medici fiscali dell'INPS, del trattamento normativo ed economico dei colleghi del SSN convenzionati con le ASL. In particolare, si ricordano: nella XIII legislatura, la proposta di legge atto Camera n. 6142, presentata il 15 settembre 1999, d'iniziativa dei deputati Paolo Russo, Acierno, Cascio, Cesaro, Del Barone, Di Comite, Divella, Filocamo, Frattini, Gazzilli, Giannattasio, Gramazio, Losurdo, Lucchese, Mancuso, Marinacci, Marotta, Misuraca, Ostillio, Radice, Scajola, Scaltritti; nella XIV legislatura, le proposte di legge n. 1793, degli onorevoli Paolo Russo e Cesaro, del 18 ottobre 2001, e n. 3271, degli onorevoli Gasperoni, Innocenti, Cordoni, Buffo, Diana, Guerzoni, Motta, Nigra, Sciacca, Trupia, Battaglia, Bolognesi, Di Serio D'Antona, Giacco, Oliverio, del 15 ottobre

2002, presentata alla Camera, nonché la proposta di legge atto Senato n. 3568, del 26 luglio 2005, presentata dal senatore Gentile. Merita ricordare anche l'atto di sindacato ispettivo n. 4-08067, presentato al Senato il 3 febbraio 2005.

La presente proposta di legge intende richiamare la legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante « Istituzione del servizio sanitario nazionale », al fine di dare precise garanzie normative ed economiche ai medici dell'INPS.

Aspetti finanziari.

Con l'articolo 1, la presente proposta di legge prevede espressamente che l'INPS garantisce al personale medico, titolare di incarico per l'esecuzione di visite mediche, che risulti in servizio presso lo stesso Istituto ai sensi del comma 1 dell'articolo 2 del decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 18 aprile 1996, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 99 del 29 aprile 1996, alla data di entrata in vigore della legge, il trattamento giuridico ed economico previsto per i medici del SSN convenzionati con le ASL, ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

In particolare, l'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, stabilisce in materia di personale a rapporto convenzionale:

« ART. 48. — (*Personale a rapporto convenzionale*). — L'uniformità del trattamento economico e normativo del personale sanitario a rapporto convenzionale è garantita sull'intero territorio nazionale da convenzioni, aventi durata triennale, del tutto conformi agli accordi collettivi nazionali stipulati tra il Governo, le regioni e l'Associazione nazionale dei comuni italiani (ANCI) e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in campo nazionale di ciascuna categoria. La delegazione del Governo, delle regioni e dell'ANCI per la stipula degli accordi anzidetti è costituita rispettivamente: dai Ministri della sanità, del lavoro e della previdenza sociale e del tesoro; da cinque rappresentanti designati dalle regioni attraverso la commissione interregionale di

cui all'articolo 13 della legge 16 maggio 1970, n. 281; da sei rappresentanti designati dall'ANCI.

L'accordo nazionale di cui al comma precedente è reso esecutivo con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Presidente del Consiglio dei ministri. I competenti organi locali adottano entro 30 giorni dalla pubblicazione del suddetto decreto i necessari e dovuti atti deliberativi.

Gli accordi collettivi nazionali di cui al primo comma devono prevedere:

1) il rapporto ottimale medico-assistibili per la medicina generale e quella pediatrica di libera scelta, al fine di determinare il numero dei medici generici e dei pediatri che hanno diritto di essere convenzionati di ogni unità sanitaria locale, fatto salvo il diritto di libera scelta del medico per ogni cittadino;

2) l'istituzione e i criteri di formazione di elenchi unici per i medici generici, per i pediatri, per gli specialisti, convenzionati esterni e per gli specialisti e generici ambulatoriali;

3) l'accesso alla convenzione, che è consentito ai medici con rapporto di impiego continuativo a tempo definito;

4) la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni;

5) il numero massimo degli assistiti per ciascun medico generico e pediatra di libera scelta a ciclo di fiducia ed il massimo delle ore per i medici ambulatoriali specialisti e generici, da determinare in rapporto ad altri impegni di lavoro compatibili; la regolamentazione degli obblighi che derivano al medico in dipendenza del numero degli assistiti o delle ore; il divieto di esercizio della libera professione nei confronti dei propri convenzionati; le attività libero professionali incompatibili con gli impegni assunti nella convenzione. Eventuali deroghe in aumento al numero

massimo degli assistiti e delle ore di servizio ambulatoriale potranno essere autorizzate in relazione a particolari situazioni locali e per un tempo determinato dalle regioni, previa domanda motivata alla unità sanitaria locale;

6) l'incompatibilità con qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e con qualsiasi rapporto di interesse con case di cura private e industrie farmaceutiche. Per quanto invece attiene al rapporto di lavoro si applicano le norme previste dal precedente punto 4);

7) la differenziazione del trattamento economico a seconda della quantità e qualità del lavoro prestato in relazione alle funzioni esercitate nei settori della prevenzione, cura e riabilitazione. Saranno fissate a tal fine tariffe socio-sanitarie costituite, per i medici generici e per i pediatri di libera scelta, da un compenso globale annuo per assistito; e, per gli specialisti e generici ambulatoriali, da distinti compensi commisurati alle ore di lavoro prestato negli ambulatori pubblici e al tipo e numero delle prestazioni effettuate presso gli ambulatori convenzionati esterni. Per i pediatri di libera scelta potranno essere previste nell'interesse dell'assistenza forme integrative di remunerazione;

8) le forme di controllo sull'attività dei medici convenzionati, nonché le ipotesi di infrazione da parte dei medici degli obblighi derivanti dalla convenzione, le conseguenti sanzioni, compresa la risoluzione del rapporto convenzionale e il procedimento per la loro irrogazione, salvaguardando il principio della contestazione degli addebiti e fissando la composizione di commissioni paritetiche di disciplina;

9) le forme di incentivazione in favore dei medici convenzionati residenti in zone particolarmente disagiate, anche allo scopo di realizzare una migliore distribuzione territoriale dei medici;

10) le modalità per assicurare l'aggiornamento obbligatorio professionale dei medici convenzionati;

11) le modalità per assicurare la continuità dell'assistenza anche in assenza o impedimento del medico tenuto alla prestazione;

12) le forme di collaborazione fra i medici, il lavoro medico di gruppo e integrato nelle strutture sanitarie e la partecipazione dei medici a programmi di prevenzione e di educazione sanitaria;

13) la collaborazione dei medici per la parte di loro competenza, alla compilazione di libretti sanitari personali di rischio.

I criteri di cui al comma precedente, in quanto applicabili, si estendono alle convenzioni con le altre categorie non mediche di operatori professionali, da stipularsi con le modalità di cui al primo e secondo comma del presente articolo.

Gli stessi criteri, per la parte compatibile, si estendono, altresì, ai sanitari che erogano le prestazioni specialistiche e di riabilitazione in ambulatori dipendenti da enti o istituti privati convenzionati con la regione.

Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche alle convenzioni da stipulare da parte delle unità sanitarie locali con tutte le farmacie di cui all'articolo 28.

È nullo qualsiasi atto, anche avente carattere integrativo, stipulato con organizzazioni professionali o sindacali per la disciplina dei rapporti convenzionali. Resta la facoltà degli organi di gestione delle unità sanitarie locali di stipulare convenzioni con ordini religiosi per l'espletamento di servizi nelle rispettive strutture.

È altresì nulla qualsiasi convenzione con singoli appartenenti alle categorie di cui al presente articolo. Gli atti adottati in contrasto con la presente norma comportano la responsabilità personale degli amministratori.

Le federazioni degli ordini nazionali, nonché i collegi professionali, nel corso delle trattative per la stipula degli accordi nazionali collettivi riguardanti le rispettive categorie, partecipano in modo consultivo e limitatamente agli aspetti di carattere deontolo-

gico e agli adempimenti che saranno ad essi affidati dalle convenzioni uniche.

Gli ordini e collegi professionali sono tenuti a dare esecuzione ai compiti che saranno ad essi demandati dalle convenzioni uniche. Sono altresì tenuti a valutare sotto il profilo deontologico i comportamenti degli iscritti agli albi professionali che si siano resi inadempienti agli obblighi convenzionali, indipendentemente dalle sanzioni applicabili a norma di convenzione.

In caso di grave inosservanza delle disposizioni di cui al comma precedente, la regione interessata provvede a farne denuncia al Ministro della sanità e a darne informazione contemporaneamente alla competente federazione nazionale dell'ordine. Il Ministro della sanità, sentita la suddetta federazione, provvede alla nomina di un commissario, scelto tra gli iscritti nell'albo professionale della provincia, per il compimento degli atti di cui l'ordine provinciale non ha dato corso.

Sino a quando non sarà riordinato con legge il sistema previdenziale relativo alle categorie professionistiche convenzionate, le convenzioni di cui al presente articolo prevedono la determinazione della misura dei contributi previdenziali e le modalità del loro versamento a favore dei fondi di previdenza di cui al decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale in data 15 ottobre 1976, pubblicato nel supplemento alla *Gazzetta Ufficiale* del 28 ottobre 1976, n. 289 ».

Con l'articolo 2 della presente proposta di legge si prevede che il trattamento giuridico previsto dall'articolo 1 decorre ai fini giuridici e di anzianità dal 9 novembre 2004 per tutti i medici in servizio dalla medesima data, mentre ai fini economici lo stesso trattamento decorre dalla data di entrata in vigore della legge.

L'articolo 3 dispone che l'INPS provveda ad adottare le misure necessarie per l'attuazione delle norme della legge entro e non oltre tre mesi dalla data di entrata in vigore della medesima.

Infine, l'articolo 4 fissa l'entrata in vigore della legge al giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. L'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) garantisce al personale medico, titolare di incarico per l'esecuzione di visite mediche, che risulta in servizio presso lo stesso Istituto ai sensi del comma 1 dell'articolo 2 del decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 18 aprile 1996, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 99 del 29 aprile 1996, alla data di entrata in vigore della presente legge, il trattamento giuridico ed economico previsto per i medici del Servizio sanitario nazionale convenzionati con le aziende sanitarie locali, ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

ART. 2.

1. Il trattamento di cui all'articolo 1 decorre, ai fini giuridici e di anzianità, dal 9 novembre 2004 per tutti i medici in servizio dalla medesima data. Ai fini economici, il trattamento decorre dalla data di entrata in vigore della presente legge.

ART. 3.

1. L'INPS provvede ad adottare le misure necessarie per l'attuazione delle disposizioni della presente legge entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della medesima.

ART. 4.

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*.

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

€ 0,30



15PDL0013740