

**COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

1.

SEDUTA DI MARTEDÌ 18 FEBBRAIO 2014

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **PIERPAOLO VARGIU**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:			
Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i>	3	Benato Maurizio, <i>Vicepresidente della FNOMCeO</i>	7
INDAGINE CONOSCITIVA SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ DEI MEDICI CHE SVOLGONO GLI ACCERTAMENTI SANITARI PER VERIFICARE LO STATO DI SALUTE DEL DIPENDENTE ASSENTE PER MALATTIA		Ceramelli Rossella, <i>Responsabile medici controllo INPS NidiL CGIL nazionale</i>	11, 8
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:		De Pau Edoardo Giuseppe, <i>Responsabile nazionale settore medicina fiscale dello SNAMI-settore medici fiscali</i>	6, 16
Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i> .	3, 7, 14, 15, 18, 19	Lenzi Donata (PD)	15
		Masucci Armando, <i>Coordinatore nazionale della UIL-FPL medici</i>	10
		Murer Delia (PD)	18
		Paoli Nicola, <i>Coordinatore nazionale della CISL-medici di medicina generale e medici fiscali</i>	8
		Petrone Alfredo, <i>Segretario nazionale settore FIMMG medicina fiscale-INPS</i>	4, 15, 19

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

PAGINA BIANCA

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
PIERPAOLO VARGIU

La seduta comincia alle 13.40.

Sulla pubblicità dei lavori.

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

(Così rimane stabilito).

Audizione di rappresentanti della 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.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca 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, nell'ambito dell'indagine conoscitiva sull'organizzazione dell'attività dei medici che svolgono gli accertamenti sanitari per verificare lo stato di salute del dipendente assente per malattia.

Nel dare il benvenuto ai nostri ospiti, ricordo che sono presenti: per la FIMMG, il dottor Alfredo Petrone, Segretario nazionale settore FIMMG medicina fiscale-INPS, la dottoressa Valeria De Stefani, componente del coordinamento nazionale settore FIMMG medicina fiscale-INPS, e la dottoressa Fiorella Vazzolez, componente del coordinamento nazionale settore FIMMG medicina fiscale-INPS; per lo SNAMI – settore medici fiscali INPS, il dottor Edoardo Giuseppe De Pau, responsabile nazionale settore medicina fiscale; per la FNOMCeO, il dottor Maurizio Benato, vicepresidente; per la CISL-medici, il dottor Nicola Paoli, coordinatore nazionale CISL medici di medicina generale e medici fiscali; per la UIL-FPL medici, il dottor Armando Masucci, coordinatore nazionale; per il NIdiL-CGIL, la dottoressa Rossella Ceramelli, responsabile medici controllo INPS NIdiL-CGIL nazionale, e il dottor Roberto Topazio, delegato lavoratore.

Immagino che i nostri ospiti siano consapevoli dell'argomento sul quale saranno auditi. Chiederei a ciascuno di loro, se possibile, la sintesi nell'esposizione, con l'idea che poi i colleghi componenti della Commissione potranno porre qualche domanda per avere approfondimenti su temi che eventualmente non fosse stato possibile toccare durante l'esposizione.

Faccio presente a tutti coloro che devono prendere la parola che la Commissione è particolarmente interessata, oltre che a conoscere la situazione, che peraltro credo quasi tutti i commissari già conoscano per la grande quantità di contatti e la gran mole di documentazione che ciascun componente della Commissione ha ricevuto, anche a capire se nella vostra esperienza ci sono indicazioni che possono

essere fornite alla parte politica e servire come suggerimento per l'attività di governo sulla fattispecie della medicina fiscale.

Per la Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG) – settore medici fiscali do, quindi, la parola al dottor Petrone, ricordandogli che ha circa 5-7 minuti a sua disposizione.

ALFREDO PETRONE, *Segretario nazionale settore FIMMG medicina fiscale – INPS*. Grazie, presidente. Grazie a tutti i componenti della Commissione. La FIMMG esprime un forte e sincero apprezzamento per la decisione della XII Commissione di avviare questa indagine conoscitiva e ancor di più per quanto la stessa Commissione ha scritto nel programma dell'indagine.

In tale documento è ben evidenziata la condizione attuale della categoria dei medici di controllo, una condizione su cui io non mi soffermo. Giudico superfluo, a questo punto, farlo. Utilizzo, invece, il tempo che ho a disposizione per entrare nel merito, in pochi minuti, delle motivazioni ufficiali comunicate dall'INPS, e giudicate errate dalla FIMMG, che hanno portato l'INPS a questa scelta. Soprattutto mi auguro di portare un utile contributo alla finalità dell'indagine conoscitiva, in particolare, ma non solo, per quanto concerne l'individuazione di iniziative urgenti volte alla salvaguardia della professionalità dei 1.400 medici fiscali dell'INPS.

I cospicui tagli operati dall'INPS in tema di visite mediche di controllo domiciliare, come sappiamo, sono stati motivati dalla necessità di ottemperare alla *spending review* e giustificati con un comunicato ufficiale del direttore generale dell'INPS, basato sull'analisi dell'esito delle visite effettuate nel 2012. Su 900.000 controlli disposti d'ufficio si è ottenuta una riduzione prognostica solo in 83.000 casi, corrispondenti al 9 per cento delle visite effettuate.

Come scrive il direttore generale, l'ente, con un suo comunicato, pensa nel 2013 di ridurre il numero delle visite a circa 100.000 annue, forte dell'esperienza co-

struita con un sempre più sofisticato sistema di *data mining* che porterà a far crescere la percentuale dei risultati di riduzione della prognosi pur in presenza di una sensibile diminuzione del numero delle visite eseguite. Secondo l'INPS, con meno risorse economiche e maggiore selettività dei controlli riusciremo a produrre comunque un sempre più efficace contrasto al fenomeno dell'assenteismo.

In realtà, io affermo che nulla di tutto questo – lo ribadisco: nulla di tutto questo – è vero, perché con questa operazione, pur se si induce a un risparmio lineare immediato, si rischia innanzitutto di aprire fronti di spesa maggiori per la malattia e di avallare anche comportamenti poco trasparenti del mondo del lavoro.

Non mi soffermo sui costi delle indennità di malattia e sulle spese dell'INPS, perché ho visto che sono stati attenzionati e relazionati dalla stessa Commissione e, quindi, guadagno tempo. Voglio solo osservare che, come tutti sappiamo, basta una percentuale molto bassa di aumento di assenteismo per far sì che la spesa dell'indennità per malattia aumenti moltissimo e che negli ultimi anni l'INPS ha investito ingentissime risorse economiche e umane nello sviluppo di un *software* per l'analisi dei certificati pervenuti per via telematica.

Questo *software* è in grado di identificare i certificati che, se sottoposti a visita medica di controllo, hanno una maggiore possibilità di andare incontro a idoneità al lavoro e non, come scrive il direttore generale, a una riduzione prognostica. Quello della riduzione prognostica è un dato che non è stato mai chiesto ai medici di controllo e che non è stato mai considerato neanche negli *input* forniti al *software* stesso.

Inoltre, il dato riportato dall'INPS nel comunicato del 23 maggio è fortemente criticabile anche in quanto non considera gli assenti a visita, i controlli effettuati nell'ultima giornata di prognosi e gli accessi, che, se calcolati, porterebbero comunque la percentuale di riduzione prognostica a oltre il 12 per cento.

Quello che si è realizzato, invece, come si è visto, è che c'è stato un aumento del numero di certificati e un aumento dei giorni di prognosi per singolo certificato anche di fronte a malattie a basso impatto incapacitante. Nei primi dati raccolti nel 2014 dalla FIMMG si è visto che nelle poche visite effettuate con i controlli disposti d'ufficio si è registrata una percentuale di assenti pari al 25 per cento.

Pregherei la Commissione di chiedere un riscontro all'INPS di questo dato. È un dato notevole, che non si era mai verificato. È verosimile, se non sicuro, che un aumento dell'assenteismo si stia verificando dopo dieci mesi di sostanziale mancanza delle visite mediche di controllo.

Cerco di essere più veloce, visti i tempi. Nel programma ricevuto dalla Commissione, che ben si apprezza, come già accennato, è detto che il Governo, in risposta ad atti di sindacato ispettivo, ha individuato quale soluzione al problema la costituzione presso l'INPS del Polo unico della medicina fiscale, con il compito di salvaguardare gli incarichi dei medici di controllo.

Mi si permetta di aggiungere che la creazione del Polo unico della medicina fiscale non solo sarebbe la soluzione dell'attuale problematica dei medici fiscali INPS in grado di ripristinare gli adeguati livelli di controllo, ma che questo progetto, che è un progetto presentato dalla FIMMG già nel 2011 all'allora ministro del lavoro, razionalizza, anche con un risparmio di spesa, ed efficiente, ottimizzando i risultati, la funzione di controllo dello stato di salute dei lavoratori. Come conseguenza poi naturalmente si ha anche la soluzione del problema dei medici di controllo.

Che l'INPS sia il naturale alveo di questo progetto deriva dal fatto che l'Istituto riceve la certificazione di malattia sia del comparto pubblico sia del comparto privato, che negli ultimi anni ha progressivamente acquisito competenze previdenziali anche per il settore pubblico e che ha di recente realizzato ulteriori applicativi che consentono oggi la completa telematizzazione del flusso su base nazionale della certificazione di malattia.

Descrivo brevemente in due parole tale flusso per chi non è tecnico della materia. Oggi il medico di medicina generale, o il medico certificatore, invia il certificato di malattia telematicamente. Un *software* indica quali sono le visite più a rischio e le distribuisce telematicamente al medico di controllo, che le riceve a casa sua su un computer. Il medico con il suo computer va a casa del paziente e invia al centro medico legale l'esito della visita, che viene poi lavorato per i successivi adempimenti. Il datore di lavoro si collega alle 9 al portale dell'INPS e richiede la visita. Dopo mezz'ora viene ricevuta la richiesta dal medico di controllo e la visita viene effettuata entro mezzogiorno. In realtà, l'esito della visita è conosciuto anche dal datore di lavoro.

Ben si comprende che, essendo queste tutte cose che l'INPS gestisce, esso ha la capacità, la consistenza numerica e anche i medici per poter costituire il Polo unico della medicina di controllo.

Non mi soffermo su quali siano i vantaggi — potrò poi rispondere a tutte le domande — rispetto alla situazione attuale connessi alla costituzione del Polo unico della medicina di controllo per quanto riguarda la qualità dei controlli. Voglio solo indicare un dato. Mi si consenta di farlo.

I livelli idoneativi del *software* dell'INPS sono oscillanti nei centri medici legali per la nostra attività — io sono medico di controllo — dal 20 al 50 per cento rispetto alle ASL, che presentano livelli idoneativi che vanno dallo 0 al 4 per cento. Questa è già una differenza che salta agli occhi.

Avremmo, quindi, una scelta appropriata delle visite mediche di controllo anche per il settore pubblico, un'uniformità di controllo, nonché una razionalizzazione della spesa, perché l'impatto economico del Polo unico della medicina di controllo sarebbe inferiore a quanto fino a oggi, stando ai dati aggiornati al 30 aprile 2013, lo Stato ha speso per il comparto pubblico e per il comparto privato, ottimizzando i costi e potendo ridurre anche il costo della singola prestazione.

Noi sappiamo che il Polo unico della medicina di controllo, che è stato presentato in modo trasversale da diversi gruppi parlamentari con molte proposte emendative, è stato accolto come ordine del giorno. È un'ipotesi condivisa e auspicata dallo stesso INPS in risposta a una recente richiesta della FIMMG al direttore generale che si è allegata agli atti della relazione che si è consegnata alla Commissione.

Vi sono stati poi alcuni recenti interventi normativi. Il comma 10-*bis*, dell'articolo 4 della legge n. 125 del 2013 e il comma 340 dell'articolo 1 della legge di stabilità (legge n. 147 del 2013) hanno dato un importante *input* alla più che ventennale o venticinquennale attesa di una stabilizzazione di incarico — non vorrei essere frainteso — della categoria dei medici di controllo.

Come il presidente e tutta la Commissione sanno, non è assolutamente risolta per tali soggetti la garanzia di un reddito stabile e dignitoso, che potrebbe essere raggiunta mediante il passaggio dall'attuale retribuzione a prestazione, che ormai, se mi si consente, è obsoleta, a una retribuzione oraria del medico di controllo regolata mediante una semplice convenzione che fissi, tra l'altro, i criteri di garanzia delle parti.

Non è più possibile pretendere che un medico di controllo debba aprire due volte al giorno il computer e due volte al giorno non abbia visite. Con tale progetto si potrebbe porre finire alla fluttuazione occupazionale di questi professionisti, tanto duramente colpiti dalle ricadute della *spending review*.

Io avrei concluso. Mi fermo qui. Ho cercato di dire l'essenziale. Ringrazio e sono disponibile a rispondere ad eventuali domande.

EDOARDO GIUSEPPE DE PAU, *Responsabile nazionale settore medicina fiscale dello SNAMI-settore medici fiscali*. Desidero ringraziare il presidente e tutti gli onorevoli componenti di questa Commissione per averci convocato. Il collega dottor Petrone penso sia stato piuttosto

esaustivo per alcuni aspetti. Noi, però, desidereremmo rimarcare alcune questioni molto importanti.

Prima di tutto c'è la questione della stabilizzazione dei medici fiscali, che è un tema molto importante. Si fa, in linea di massima, riferimento alla data del 31 dicembre 2007, che io ricordi a memoria, per i medici delle liste speciali dell'INPS, i quali erano, la maggior parte o tutti, con unico incarico. Questa è una situazione che bisogna tenere in conto.

Nel vostro programma, molto esaustivo, si parla giustappunto di questo fatto, per cui con unico incarico ci sono medici che hanno ormai cinquant'anni, e anche più, che svolgono esclusivamente questo tipo di lavoro e che si sono trovati decurtati l'assegnazione delle visite e il loro stipendio fino a un decimo di quello che era normalmente il loro reddito. Questo è un punto importante, perché, con la questione delle incompatibilità e del rapporto esclusivo con l'INPS, i colleghi non hanno potuto accedere ad altri sbocchi lavorativi.

Quanto al Polo unico, è da rimarcare il fatto che l'INPS potrebbe effettuare visite di controllo dei dipendenti sia privati sia pubblici. Questa è un'attività che si può tranquillamente fare comunque, con una ricaduta positiva per il bilancio dell'INPS e per il bilancio dello Stato.

Un'altra cosa importante che bisogna ricordare è che la visita di controllo non è solo un capitolo di spesa. Si ha anche una ricaduta positiva con le visite e i controlli degli assenti, oppure con la chiusura delle prognosi, le quali possono avvenire perché c'è incongruità tra certificati e prognosi. Sono tutte ricadute di un'efficienza maggiore dell'INPS, che normalmente, per suo compito, sanziona il lavoratore assente e, quindi, recupera l'assenza dal lavoro.

Ancora, dobbiamo parlare del problema dell'indennità di malattia che viene decurtata dai contributi che il datore di lavoro deve versare. Ciò, rappresenta, quindi, un minor introito di contributi nelle casse dell'INPS e degli enti previdenziali.

Naturalmente la questione del rapporto orario è importantissima e poi ci sono tutte le altre questioni su cui penso che anche gli altri colleghi avranno altre proposte importanti da fare, perché le visite di controllo, che siano dell'INPS o del Polo unico, e che riguardano anche i dipendenti pubblici, rappresentano una ricaduta positiva per il bilancio dello Stato. L'INPS è lo Stato, non è altro.

Credo di aver concluso.

PRESIDENTE. Grazie.

Do la parola al dottor Maurizio Benato, vicepresidente della FNOMCeO.

MAURIZIO BENATO, *Vicepresidente della FNOMCeO*. Il ringraziamento è d'obbligo, signor presidente, anche per il particolare rilievo che viene attribuito all'oggetto di questa indagine conoscitiva.

Gli antefatti sono stati testé esposti: in conseguenza della legge di stabilità per il 2013 si sono stabiliti risparmi aggiuntivi per l'INPS non inferiori a 300 milioni di euro annui, cosa che ha comportato evidentemente in materia di *spending review* la sospensione delle visite mediche di controllo domiciliare disposte d'ufficio dall'ente, lasciando operative solo quelle richieste dai datori di lavoro.

Le cifre sono già state riferite dai colleghi che mi hanno preceduto. Sta di fatto che ai 50 milioni di esborso dell'INPS del 2012 corrisponde da quest'anno, 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 che erano previste dalle precedenti disposizioni.

Mi soffermerei molto sull'attività del medico che chiameremo fiscale, il quale, tra l'altro, ha l'obbligo di prestazione, nonché di reperibilità e di disponibilità nei giorni festivi e feriali. A tale medico viene imposta un'incompatibilità che di fatto non ha consentito a parecchi di accedere, per esempio, alla specializzazione post-laurea e ha creato, quindi, una nicchia di lavoro che in questo momento si trova in grave sofferenza.

Vorrei richiamare come l'attività dei medici fiscali sia disciplinata da una nor-

mativa abbastanza chiara, con il decreto-legge n. 463 del 1983, da ben quattro decreti ministeriali adottati dal 1986 al 2008, ma — aspetto molto importante — anche dall'articolo 5 dello Statuto dei lavoratori e, non da ultima, dalla sentenza della Corte costituzionale, che così recita: « 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 ».

Pertanto, noi, come Federazione nazionale degli ordini, consideriamo un elemento irrinunciabile di garanzia, di equilibrio e di equità del sistema proprio il sistema fiscale. Infatti, pensiamo che, in assenza di questa organizzazione di controllo, gli stessi medici certificatori — parlo dei medici di famiglia, ma anche di tutti i medici che adesso sono chiamati per la legge Brunetta a emettere le certificazioni — potrebbero essere esposti a pressioni improprie che, in un momento soprattutto di crisi economica, potrebbero determinare comportamenti opportunistici tendenti a confondere prestazioni di malattia e ammortizzatori sociali.

È già stato notato che l'INPS ha speso nel 2012 oltre 2 miliardi di euro per l'indennità di malattia e 50 milioni per le visite mediche di controllo d'ufficio. In parte tali somme sono state recuperate attraverso l'azione fiscale. Si parla di circa 20 milioni di euro per le sanzioni per le assenze a visita, le riduzioni prognostiche e le irreperibilità al domicilio dichiarato.

Se noi consideriamo che il tasso medio di assenteismo per malattia in Italia è stimato intorno al 2 per cento, ci si chiede allora come l'INPS possa rischiare un aumento anche solo di un decimale di punto di assenteismo, che sicuramente 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 e per tutti i cittadini e le aziende.

Noi pensiamo che, nell'attuazione di questa logica, una logica di *spending review* cieca, si finirebbe per conseguire un'estetica dei conti, cioè per corrispondere all'obbligo delle riduzioni di spesa previste dai tagli lineari, ma per scontare poi su altri capitoli non solo un aumento di spesa, ma anche una regressione dell'efficacia complessiva dell'assistenza.

Detto questo, la nostra federazione ravvisa l'esigenza di adottare una disposizione legislativa tendente alla costituzione di un Polo unico da istituire presso l'INPS per l'effettuazione delle visite di accertamento medico-legale di tutti i lavoratori, sia pubblici che privati. All'interno di questa disposizione legislativa dovrebbero essere ridefiniti e stabiliti le modalità di attuazione dei controlli sulle assenze per malattia dei dipendenti pubblici e privati, la remunerazione delle prestazioni e i criteri di inserimento nelle suddette attività di controllo per le assenze di malattia di quei medici che, sia con rapporto professionale libero, sia con contratti a tempo determinato, a oggi prestano funzioni fiscali presso le ASL, nonché di coloro che risultano iscritti a decorrere dal 1° gennaio 2008 nelle liste di cui all'articolo 5, comma 12, del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463.

Noi riteniamo che sia necessaria e urgente la ridefinizione dell'attuale tipologia del rapporto di lavoro che i medici fiscali hanno con l'INPS, al fine di garantire sia stabilità che certezza. È per questo, quindi, che, in pieno spirito collaborativo, chiediamo 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 veda il coinvolgimento del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, del Ministero della salute, del Ministero per la pubblica amministrazione e la semplificazione, dell'INPS, della nostra or-

ganizzazione, la FNOMCeO, nonché delle organizzazioni sindacali mediche.

La ringrazio, presidente.

NICOLA PAOLI, *Coordinatore nazionale CISL medici di medicina generale e medici fiscali*. Buongiorno a tutti. Ci corre innanzitutto l'obbligo di ringraziarvi per questo invito inerente all'indagine conoscitiva sull'organizzazione dell'attività dei medici che svolgono gli accertamenti sanitari per verificare lo stato di salute del dipendente assente per malattia.

Nell'aprile 2013 l'INPS decise unilateralmente di individuare nei 50 milioni di euro per finanziare le visite fiscali disposte d'ufficio uno dei capitoli di spesa da ridimensionare pesantemente per raggiungere l'obiettivo di risparmio imposto dal Governo, senza troppo pensare ai diritti dei lavoratori dipendenti e libero-professionisti dell'Istituto.

Il Piano di risparmio ha, quindi, comportato *in primis* il crollo del volume dell'attività di medicina fiscale, mettendo in grave difficoltà economica e professionale gli oltre 1.400 medici che garantivano l'azione di verifica per conto dell'ente.

Nell'ottobre del 2013, non avendo raggiunto gli obiettivi che si era posta la dirigenza dell'Istituto, in quanto i primi quattro mesi si erano svolti in regime normale, le visite richieste d'ufficio si sono azzerate, per riprendere al 10 per cento solo l'anno successivo.

Una parte dei medici ha potuto trovare alternative e si è occupata in attività diverse e altri hanno trovato in lavori estemporanei, come supplenze di guardie mediche e di continuità assistenziale o supplenze di medicina generale, la possibilità di sopravvivere — sottolineo « sopravvivere » — fino a oggi.

Vi è da aggiungere che, poco prima del blocco delle visite d'ufficio, l'Istituto aveva investito molto sull'attività della medicina del controllo, dotando tutti i propri medici convenzionati di un *notebook* con stampante — che, ahimè, funziona a singhiozzo, costringendoli a usare spesso anche i verbali cartacei — ma soprattutto adottando un sofisticato sistema informatico, deno-

minato *data mining*, che dovrebbe saper scegliere i casi più a rischio di assenteismo.

In verità, tale sistema è tarato principalmente sulle assenze brevi di soggetti che si ammalano spesso, ragion per cui invia visita ai soggetti nei primi tre giorni di malattia quando la spesa sarebbe totalmente a carico del datore di lavoro. Fra i fortunati estratti si trovano pazienti neoplastici in chemioterapia ciclica, emodializzati e tanti lavoratori che per l'abnegazione dimostrata sono il contrario degli assenteisti.

Ricordiamo che la medicina di controllo domiciliare discende dall'applicazione soprattutto dell'articolo 5 dello Statuto dei lavoratori, di cui alla legge 20 maggio 1970, n. 300, dalla legge n. 833 del 1978, legge di istituzione del Servizio sanitario nazionale, e da una serie di altre normative che hanno demandato anche all'INPS, in complementarietà con le ASL, il compito di controllare lo stato di salute dei lavoratori assenti dal lavoro per malattia, accertando la sussistenza delle condizioni certificate dal medico curante per fronteggiare il fenomeno dell'assenteismo per malattia, che prima del 1997 si attestava intorno al 20 per cento.

I dati resi noti per il 2013 dicono che l'INPS ha erogato circa 2.000 milioni di euro di indennità di malattia, mentre l'assenteismo per malattia, complici anche la recessione e la paura della perdita del lavoro, si è stabilizzato intorno al 2,3 per cento.

Ben venga, quindi, l'indagine conoscitiva, ma va, a nostro avviso, individuata una serie di soluzioni di salvaguardia dei circa 1.400 medici fiscali dell'INPS rimasti.

Entrando nel vivo delle proposte, noi riteniamo, come Federazione CISL medici, 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 sia alle ASL, un sostegno economico almeno dignitoso per sopravvivere. Non si parla di grandi emolumenti, purtroppo, ma di me-

dici che non riescono più a mantenere la famiglia o che devono tornare a vivere con i genitori, se sono singoli.

Non ci è dato motivo neppure di considerare tale tipo di medico un libero professionista, laddove l'inadeguatezza della dizione «libero-professionale» è palese, considerando che gli orari di visita sono imposti per legge e che le destinazioni delle visite sono stabilite dall'ufficio INPS o da quello dell'ASL. Inoltre, ai medici collaboratori che svolgono accertamenti sanitari ai lavoratori non viene riconosciuto alcun punteggio che permetta di entrare nelle graduatorie per la continuità assistenziale o per la medicina di famiglia, né viene riconosciuta alcuna diaria per la disponibilità fornita qualora le visite, che sono sei al massimo per ciascuna giornata, non vengano eseguite.

Sicuramente è necessario, quindi, assicurare a tutti coloro che fanno questo lavoro, e in via prioritaria a coloro dei 1.400 medici che stanno svolgendo solo questa attività, la possibilità di effettuare le sei visite giornaliere, garantendo tale numero come forma di garanzia economica dovuta e facendo modificare la circolare attualmente vigente dell'INPS.

In definitiva, quindi, noi siamo dell'idea, come CISL-medici, che sia indispensabile un immediato rifinanziamento della medicina fiscale, per la quale per il 2014, anno corrente, sono destinati a tutt'oggi solo 12 milioni di euro per le visite d'ufficio sui dipendenti privati.

Infine, sottolineiamo la necessità di riorganizzare il servizio con un Polo unico in cui far confluire sia i medici fiscali dell'INPS, sia quelli delle ASL, molti dei quali svolgono questa funzione da più di quindici anni e hanno all'attivo un'esperienza in visite che non ha eguali in altri campi.

Ovviamente, in tale ottica, i medici dovranno godere di una forma di stabilizzazione. Quella che appare utile suggerire in questo contesto per la tipologia di lavoro è quella della «convenzionata», come nella specialistica o nella medicina generale, vale a dire una retribuzione oraria con rapporto di lavoro a tempo

indeterminato. Nell'ottica di valorizzare il lavoro svolto dagli attuali medici accertatori, occorre la previsione di indici di priorità per coloro che già svolgono questo lavoro, specie quelli più anziani e di esperienza, anche se, a nostro modo di vedere, tutti coloro che attualmente sono iscritti in quest'attività di accertamento sanitario dello stato di salute dei dipendenti assenti per malattia hanno diritto in egual misura alla stabilizzazione.

Si potrebbe poi, all'interno del Polo, rivedere l'eccessiva incompatibilità per favorire un progressivo passaggio ad altre attività professionalmente più gratificanti, ovvero delegando ad essi, per esempio, il controllo della certificazione di malattia INPS, ex INPDAP ed ENPALS per la repressione dell'assenteismo, ma anche per la ricerca di infortuni sul lavoro mascherati da malattia e di lesioni con responsabilità di terzi passibili di surroga, o per l'individuazione dei casi conseguenti a ricoveri o sottoposti a terapia salvavita, esonerati dalle penalizzazioni stipendiali previsti dal cosiddetto decreto Brunetta, o, infine, per accertamenti inerenti lo stato in vita dei pensionati, la verifica dei ricoveri e di residenza in Italia per il diritto alla pensione sociale, le visite domiciliari per l'accertamento dell'invalidità civile.

Credo che il tema non sia semplice, ragion per cui risulta auspicabile la creazione di un tavolo tecnico nella sede più opportuna e a breve termine. Noi, come Federazione CISL-medici, siamo disponibili insieme a tutti voi a fornire il nostro contributo.

ARMANDO MASUCCI, *Coordinatore nazionale della UIL-FPL medici*. Buongiorno e grazie. Complimenti intanto per il magnifico lavoro che ci avete fornito. Io ho con me alcune brevi note di sintesi e ho consegnato un elaborato più corposo. Sinceramente, però, preferisco non leggere, perché i colleghi hanno già detto tutto. Vorrei, quindi, essere veramente sintetico per lasciare spazio ai successivi interventi.

Nei tre interventi precedenti è stato detto veramente di tutto e il loro contenuto coincide in pieno con le nostre idee,

anche perché non ce le siamo inventate né ieri né oggi e abbiamo fatto parecchie dimostrazioni. Io ormai sono anziano, sono un vecchio chirurgo ospedaliero, ma capisco il problema di questi medici, che non posso dire più giovani, perché ci sono addirittura colleghi oltre i cinquant'anni che hanno fatto sempre e solo questo lavoro. Sono medici ai quali la UIL in particolare si è affezionata, se si può usare questo termine, e si è dedicata, e sono quelli che io chiamo « i puri », cioè coloro che non erano medici di medicina generale né specialisti e che hanno scelto — è una loro scelta di vita — di fare solo questo tipo di accertamenti.

La loro è stata una scelta non so se dura o piacevole — questo ovviamente rientra nel patrimonio culturale di chi l'ha fatta — ma è certo che questi medici, come è stato ben detto, non hanno potuto fare altro. Al di là del fatto che ci fossero o no delle incompatibilità vere, il problema è che avevano una sorta di marcatempo: dovevano essere presenti all'inizio e alla fine della giornata, venivano continuamente rintracciati e, quindi, non hanno potuto dedicarsi ad altre attività né culturali, di apprendimento, né di specializzazione.

I puri, che dei 1.400 totali saranno 3-400, sono quelli che stanno più a cuore alla UIL, ma penso a tutti, perché si trovano nelle peggiori condizioni professionali e, soprattutto, economiche.

Inoltre, se qualche tempo fa era giustificabile una scelta del genere, che, ripeto, io non voglio giudicare, perché c'era un congruo numero di visite — diciamolo pure: sei visite al giorno non erano poi poche, per la verità — cessata questa catastrofe dovuta alla *spending review*, alla legge Brunetta e a tante altre disposizioni, si è determinato il crollo totale di queste visite. Nei dati che abbiamo riportato, ma che voi ben conoscete, ci troviamo così di fronte a operatori e colleghi che vivono con 600 euro lordi al mese e, secondo me, la situazione è ulteriormente peggiorata negli ultimi tempi.

Per farla breve, chiediamo anche noi questo Polo unico, perché ci sembra

l'unico metodo per razionalizzare tutte queste figure. Naturalmente, il Polo unico non deve essere costituito in capo all'INPS. L'INPS lo gestirà insieme alle altre forze sociali e governative.

Il Polo unico è anche il modo per non penalizzare altri medici. Mi riferisco molto brevemente, come accennava il collega della CISL, a quelli, per esempio, delle ASL che per qualche tempo hanno fatto anche loro questi controlli fiscali, ma che sono medici che già percepiscono uno stipendio e per i quali tale lavoro era un qualcosa in più. Il Polo fiscale deve essere uno strumento di equità che ridistribuisca l'enorme lavoro che è stato previsto e che certamente sarà maggiore proprio se si vuole andare incontro a una riduzione dei costi.

Inoltre, io sono prevenuto per qualche aspetto. Ricordo, infatti, che qualche anno fa ho portato avanti, devo dire con successo, e ne sono ancora fiero, il discorso di sanare i famosi veterinari. I veterinari convenzionati erano nelle stesse condizioni attuali di questi medici controllori. Erano considerati come « servi della gleba », avevano contratti assurdi, atipici, ed erano costretti a fare i lavori più meschini che i veterinari dipendenti o convenzionati già di fatto non facevano.

Sembrava impossibile, ma, nel corso di una o due legislature sindacali alla SISAC, sono riuscito, con l'aiuto ovviamente di tanti amici e colleghi, a portare avanti questo discorso ed esistono oggi i veterinari convenzionati, che sono inclusi nell'ACN della specialistica ambulatoriale.

Il problema, purtroppo, a distanza di oltre quattro anni, non è stato ancora risolto in tutte le regioni d'Italia, per ovvi motivi. Ci sono alcune regioni che hanno proceduto all'apertura di queste liste speciali — ovviamente si procede con un ordinamento e un inserimento in lista — ma c'è ancora qualche problema di recepimento della legge.

Ormai, però, è legge: questi veterinari vengono equiparati ai veterinari dipendenti. In effetti, li abbiamo salvati, abbiamo restituito loro un'importante e meritata dignità e ora cominciano a operare

nel migliore dei modi. Non vedo perché non si possa seguire lo stesso percorso legislativo, sindacale e contrattuale anche per questi medici fiscali o controllori dell'INPS.

In sintesi, ringraziandovi per la pazienza che avete avuto, io chiedo soltanto un Polo unico, gestito però in maniera aperta e collegiale e non soltanto nelle mani dell'INPS. Lo voglio dire molto apertamente. Ricordo quando — scusatemi la digressione — nel mio primo incontro mattutino (gli incontri mattutini erano gli unici che si potessero fare) con l'ex presidente dell'INPS, il dottor Mastrapasqua mi chiese: « Perché, esistono anche queste categorie di medici? ».

Io vorrei, dunque, che l'INPS non trattasse il problema da solo, ma insieme all'ordine e alle sigle sindacali e soprattutto all'attività governativa. Vorrei che si procedesse all'istituzione di un vero Polo fiscale.

L'altra proposta riguarda l'inquadramento nell'ACN di questi medici come specialisti ambulatoriali.

ROSSELLA CERAMELLI, *Responsabile medici controllo INPS NidiL-CGIL nazionale*. Buongiorno a tutti. Vi ringrazio a nome della CGIL per l'attività che avete messo in atto. Ringrazio soprattutto per il programma dell'indagine che è stato approvato dalla Commissione stessa, un programma dettagliato, che già in sé evidenzia i problemi e gli aspetti di maggiore criticità.

I colleghi che sono intervenuti precedentemente hanno già inquadrato abbondantemente il problema. Noi, così come tutti gli altri, vi abbiamo consegnato una nostra memoria e alcuni allegati, ovvero una bozza di decreto ministeriale e una proposta di emendamento che chiediamo vengano poi consegnate a tutti i componenti della Commissione. Mi soffermo, quindi, su qualcosa che non è tra i documenti inoltrati.

Noi abbiamo un problema, che in realtà numericamente è anche piccolo, come hanno cercato di mettere in luce i colleghi della CISL e della UIL: l'INPS, in

ottemperanza ai tagli alla spesa, ha ridotto i *budget* a disposizione per le visite di controllo e l'ha fatto con un metodo particolare, una circolare interna ai medici delle proprie sedi territoriali, sostenendo la non obbligatorietà in seno al bilancio dell'INPS di quella voce di spesa. Questo atto ha determinato un'interruzione, un ridimensionamento del *budget*, la drastica diminuzione del numero delle visite di ufficio disposte e, quindi, lavoratori che hanno pochissimo lavoro in questo momento.

Il punto è questo: da un lato, abbiamo una circolare, un atto interno, che sospende una prassi consolidata. Basta andare a prendere un caffè al bar e si sente dire: «Quali sono le fasce in cui bisogna stare a casa per le visite?» È un dato consolidato. Fa parte della cultura dell'esser cittadino italiano sapere che in malattia esistono delle regole. Questo è un dato civile, una conquista che è stata fatta per legge e anche grazie allo Statuto dei lavoratori.

In virtù di questo noi ci chiediamo: è normale che non sia una voce di spesa obbligatoria? L'INPS tecnicamente ci dice di sì, che non è una voce di spesa obbligatoria. Io, però, pongo la domanda da un punto di vista politico: è vero, può essere vero che è sufficiente fare poche visite e avere un sistema informatico sofisticato per controllare? Può darsi, ma il problema è posto e segnato su una lavagna. Ci riflettiamo.

Dall'altro lato, parliamo del metodo della circolare interna e dell'interruzione delle visite. Quando io sono arrivata da un piccolo territorio, da una Camera del lavoro, nel 2005 a un incarico di segreteria nazionale, avevo l'ambizione e la passione di occuparmi dei lavoratori precari, che vedevo, come me all'epoca, giovani. Io mi sono interfacciata con medici di 50-55 anni, di cui molte donne, che nel periodo dell'emancipazione hanno studiato, sono state bravissime a studiare, hanno conseguito una laurea in medicina e che, scontrandosi con difficoltà forse organizzative, forse culturali, soprattutto in alcune regioni del Sud — mi dispiace dirlo — si sono

limitate a svolgere un'attività che forse consentiva loro una maggiore capacità organizzativa in termini familiari, di tempi di cura: il medico in lista dell'INPS. Non hanno forse avuto l'ambizione e le possibilità di sfondare il tetto di cristallo e reggere orari ospedalieri.

Questo parla anche della storia dell'Italia. Ci sono università aperte, ma ci sono alcune persone che sono rimaste ingabbiate. Non si sta parlando di una lista di 1.400 medici, ma di alcune persone che possono essere quantificate dai 300 ai 500 soggetti — perlomeno, noi tre la pensiamo così — che, a fronte delle incompatibilità che erano previste in maniera pesante dai decreti soprattutto del 1996 e del 2000, non hanno avuto accesso alla specializzazione.

Se a un ragazzo di oggi si dice: «Vai e fai questo lavoro, però sappi che non ti puoi formare», quello risponde: «Okay, vado a fare il barista». Oggi sarebbe impensabile dire a un giovane: «Accetta questo lavoro, ma sappi che non puoi continuare a studiare». È impensabile, è una cosa anacronistica.

«Sappi, però, che questo lavoro non ti consente nemmeno di svolgere altre attività lavorative inerenti il tuo titolo di studio». La situazione iniziava a essere pesante. «Sappi, però, che, per poter arrivare a uno stipendio devi dare la tua disponibilità all'INPS per lavorare sia la mattina, sia la sera, in una fascia oraria che non include la pausa pranzo, ma che è vincolante, 10-12 e 17-19». Con queste fasce di reperibilità è difficile poter far inquadrate anche un'altra attività lavorativa. È molto difficile.

C'è, dunque, un gruppo di persone, che non sono 1.400, che hanno fatto di questa, in virtù sia delle incompatibilità che erano presenti prima, sia della loro buona fede e del rispetto delle incompatibilità — forse qualcuno non le ha rispettate — la propria attività prevalente, se non esclusiva.

Tali persone hanno un contratto che allora fu pensato come un incarico libero-professionale a dei medici, ossia ad alte professionalità, iscritti a un albo fortissimo, l'Ordine nazionale dei medici, che

nel mio immaginario sono lavoratori forti. A fronte di questa interruzione delle attività lavorative e delle visite, invece, il nodo è venuto al pettine: non sono lavoratori forti. Lo erano forse 20-30 anni fa, quando hanno iniziato, ma non sono lavoratori forti, perché sono stati inquadrati in un rapporto libero-professionale con vincoli pesanti, senza avere la capacità di guardare a quello che facevano e di capire che non poteva esser reso con quello strumento contrattuale. Solo nel nostro immaginario collettivo i medici sono lavoratori forti e, quindi, anche per l'INPS probabilmente è stato così.

Il nodo ora è venuto al pettine. Da un lato, quindi, la natura contrattuale del rapporto di lavoro va superata. Noi faremmo scrivere nella premessa del decreto del 2008, denominato tra di noi « decreto ponte » perché nella premessa lanciava già alcune indicazioni, il superamento dell'attuale regime contrattuale e il blocco delle liste al 2007. I nostri obiettivi erano quelli di tutelare in particolar modo alcuni, di far lavorare tutti ma di tutelare soprattutto alcuni.

Questo è il concetto. Non è un problema che riguarda miliardi di persone. Ne riguarda poche, che hanno accettato quella condizione di lavoro, ma l'hanno accettata avendo come committente l'INPS. Qualcuno un briciolo di responsabilità, a mio avviso, all'INPS se la doveva assumere. Chi ha lavorato per te in un regime quasi di monocommittenza si assume una responsabilità, perché tu sei l'INPS. Questo è quello che abbiamo tentato, nel tavolo sindacale, di chiedere all'INPS: « Hai interrotto le visite? Quantomeno, per favore, mettiamoci a capire con te se sia possibile attribuire le poche visite rimaste solo a quei medici che hanno dato la disponibilità su due fasce e che hanno una maggiore anzianità ». È quello che si farebbe in una classica azienda in un momento di contratto di solidarietà. Si potrebbe cercare una soluzione di mediazione che possa tamponare un problema e non farlo esplodere nelle more in cui si arriverà — se e quando — a un Polo unico.

Sul Polo unico siamo sempre stati tutti d'accordo. Rappresenta un'ottimizzazione delle risorse e una valorizzazione della figura professionale. Siamo tutti d'accordo. Abbiamo, però, un problema: tra questi lavoratori, che non hanno cassa integrazione, non hanno niente, non hanno alcun ammortizzatore, a distanza di dieci mesi dall'interruzione delle visite, c'è un gruppo che svolge questo lavoro come attività prevalente, se non esclusiva, e che sta iniziando ad avere gravi problemi di tenuta economica familiare.

Chi dà la disponibilità solo su una fascia e magari il pomeriggio fa il dentista, l'oculista o il ginecologo questo problema lo avverte in una misura oggettivamente meno sensibile. Chi lo ha fatto come propria attività professionale non ha da lavorare.

Per noi del NidiL, nelle more del Polo unico, su cui tutti siamo d'accordo, occorre centrare il problema trovando una soluzione di mediazione che possa essere a breve termine. Per esempio, si potrebbe chiedere all'INPS di ragionare attorno a un criterio di attribuzione delle visite che salvaguardi nell'immediato una priorità, come diceva anche il collega della CISL, cosa che può essere tecnicamente fatta, se viene suggerita.

Nel medio termine noi avevamo suggerito alcuni emendamenti, dei quali alcuni sono passati e ora sono legge. Il blocco delle liste al 2007 o il fatto di dare la priorità delle visite a questi medici sono stati il tentativo da parte di tutti di rendere le premesse del decreto del 2008 effettive, trovare degli appigli per iniziare un po' ad arrampicarsi e arrivare verso una vetta, altrimenti facciamo proprio fatica.

Si potrebbe anche presentare subito un emendamento che possa essere tradotto fin da ora per far fare ai medici delle liste anche le visite delle ASL senza spostare soldi. Sappiamo che emendamenti del genere non sono mai passati perché ci sono sempre stati problemi nei rapporti tra Stato e regioni su questo aspetto. Tuttavia, non spostando alcun sacchettino, si potrebbero far fare anche ai medici delle

liste speciali dell'INPS allo stato attuale le visite del pubblico. Con riferimento a questa separazione da lì ad arrivare al Polo unico ci possono essere strade che si possono attraversare e che possono anche temporaneamente risolvere il problema.

Un altro aspetto è guardare anche gli effetti della riduzione delle visite. Io non ho dati e non ne cito, perché non sono ufficiali. Lo farete voi. Li chiederete voi all'INPS, che è l'ente preposto a fornirvi i dati ufficiali. Penso, però, al passaggio, per esempio, dei braccianti agricoli. Per i braccianti agricoli l'azienda non chiede la visita, non la può chiedere. Quelle visite di ufficio sono praticamente azzerate. Ci si pone qui nell'ottica anche di un'azienda che non può chiedere le visite. Se si facesse un'interrogazione all'INPS su quanti lavoratori in malattia nel settore agricolo passano ripetutamente da disoccupazione a malattia, probabilmente qualche dato ci potrebbe suggerire qualcosa.

L'altro aspetto è che alcuni stanno allungando la cassa integrazione, anche in deroga, con la malattia. Si dovrebbe riportare a norma, stabilendo che la voce di bilancio non può essere obbligatoria a 100, ma a 50 sì.

Sappiamo tutti qual è la situazione dell'INPS, ma il punto è politico e anche, a mio avviso, culturale e riguarda che cosa intendiamo e pensiamo che sia il controllo dei lavoratori assenti per malattia. È nato in un certo modo. Siamo veramente disponibili a pensare che sia una voce di spesa da azzerare? Personalmente, credo che questa scelta possa portare non solo a delle distorsioni, ma anche a una modalità culturale diversa, anche perché è contraddittoria: si fanno controlli pure per i lavoratori a collaborazione, ma poi non si mettono i soldi perché la voce non è obbligatoria.

Cosa vogliamo dire, qual è il messaggio che vogliamo trasmettere? Si fanno controlli anche nei confronti dei parasubordinati, ma non si mettono i soldi perché la voce non è obbligatoria. Si fanno contratti — colleghi, tra di noi c'è anche amicizia e stima — separati sulla malattia nel commercio. Qual è il messaggio che vogliamo

inviare? Forse occorre riportare a un sistema di regole condivise all'interno delle quali ci si muova tutti, dai collaboratori ai dipendenti, rispettando i diritti acquisiti di cittadinanza. Rimane sulla lavagna il tema di cos'è la voce di spesa dell'INPS.

Io credo di aver tirato abbastanza nodi al pettine. I documenti ve li abbiamo consegnati.

PRESIDENTE. Grazie. Forse mi sono dimenticato di dirlo nell'introdurre l'audizione, ma chiunque volesse far pervenire alla Commissione dei documenti integrativi rispetto a quanto è stato possibile riferire in Commissione lo può fare. Anzi, ci impegniamo a farli avere a tutti i commissari, anche a quelli che per vari motivi oggi non sono potuti essere presenti alla vostra audizione.

Io credo che ci possa essere qualche domanda di approfondimento da parte dei colleghi. Io stesso ne ho alcune velocissime da fare.

La prima la rivolgo soprattutto al dottor Petrone e al dottor Masucci, che hanno parlato specificamente di questo argomento, come anche la dottoressa Caramelli, da ultimo. Mi sembra di capire che ci siano diversi regimi di incompatibilità, ossia che i 1.400 medici che oggi sono in carico al Polo di controllo dell'INPS non abbiano lo stesso regime di incompatibilità e che, quindi, ce ne siano alcuni che hanno un regime di incompatibilità assoluto e altri che, invece, hanno un'incompatibilità relativa o che non hanno incompatibilità. Forse sarebbe utile avere un approfondimento su questo aspetto.

Dottor De Pau — forse hanno toccato il tema anche altri — il fatto che il Polo unico contribuisca ad aumentare l'efficienza è evidentemente condiviso, credo, da tutti. Mi sembra di aver capito da quello che lei ha detto che ci sarebbe anche l'ipotesi che questo possa consentire un contenimento della spesa. Vorrei capire in che modo.

Pongo una terza e ultima domanda. Semplicemente facendo i conti, se non ho capito male, la riduzione della previsione di spesa per le visite fiscali passa da 50 a

12 milioni, mentre mi sembra di capire che il numero di visite che vengono disposte direttamente dall'ente passi da 900.000 a 100.000. Non mi sembra di verificare una coerenza con l'impegno di spesa. Mentre le visite si riducono quasi al 10 per cento, l'impegno di spesa si riduce al 24 per cento. Vorrei capire anche su questo aspetto quale sia la causa.

Do la parola ai deputati che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

DONATA LENZI. Grazie, presidente. Ringrazio tutti quelli che sono intervenuti.

Anch'io volevo un chiarimento sui numeri, anche sulla base di quest'ultimo intervento della dottoressa Ceramelli. Vorrei capire perché dite che solo una parte dei medici fiscali — avete stimato tra i 400 e i 500 — è colpita dagli ultimi provvedimenti. Quali sono le ragioni per cui una parte non ne viene colpita? Evidentemente all'interno del sistema ci sono figli e figliastri. Questa è l'impressione, ascoltandovi. Vorremmo capire quali sono le ragioni.

La seconda questione riguarda il Polo unico, sul quale in linea di massima noi siamo d'accordo, perché rappresenterebbe una parità di regole e di atteggiamenti tra lavoratore pubblico e privato in un tema come questo. In un momento in cui si fa una sempre maggiore omogeneizzazione questo ci sta proprio anche all'interno di una riflessione di carattere più generale.

Poiché, però, i soldi stanziati dall'INPS sono quelli, è ovvio che il sotteso, il non detto, è che vengano trasferiti all'INPS i 70 milioni destinati alle visite fiscali attualmente previsti all'interno degli stanziamenti della sanità per le regioni. Diversamente, non capisco bene come si fa a pagare il Polo unico. Poiché noi abbiamo la responsabilità anche di individuare le risorse, volevo capire se era questa la soluzione a cui pensavate. Altrimenti con 12 milioni il Polo unico non si fa. Non è possibile.

Noi avremo ulteriori audizioni e, quindi, forse questa questione verrà chiarita, ma, visto il peso delle vostre orga-

nizzazioni sindacali, che riguardano l'intera area medica e non soltanto specificatamente questo settore, vorrei sapere se avete un'idea di quanti sono coloro che hanno rapporti instabili di collaborazione all'interno delle aziende sanitarie e che svolgono questo tipo di lavoro.

PRESIDENTE. Se non ci sono altri colleghi della Commissione che intendano fare domande ai nostri ospiti, do la parola agli auditi per la replica.

ALFREDO PETRONE, *Segretario nazionale settore FIMMG medicina fiscale-INPS*. Non ricordo tutte le domande, perché sono state molte. Magari lei me le può ricordare.

Per quanto riguarda l'incompatibilità, la normativa è unica. Forse nella fretta, nei pochi minuti, ci siamo espressi male. C'è stato un passaggio dal 1996 al 2000 in cui le incompatibilità erano ancora più forti e, quindi, i colleghi che allora lavoravano sono stati molto condizionati da quelle incompatibilità che, senza scendere nei dettagli, erano quasi assolute.

PRESIDENTE. Che significa « quasi assolute » ?

ALFREDO PETRONE, *Segretario nazionale settore FIMMG medicina fiscale-INPS*. Significa che non si poteva svolgere alcun compito all'interno del sistema sanitario nazionale. C'era un regime molto forte di incompatibilità. Chi faceva il medico di controllo non poteva svolgere altre funzioni.

Attualmente, con il decreto del 2000, le incompatibilità sono diminuite, ma parzialmente: chi fa, per esempio, la guardia medica non può fare la guardia medica nell'ambito del bacino di competenza dell'ASL, nel senso che non può certificare un paziente che viene presso la guardia medica e il giorno dopo fare il controllore di questo stesso certificato. Si tratta di un regime di incompatibilità piuttosto anomalo.

Il problema è che nel corso degli anni la normativa si è andata praticamente

incastrando con un numero di decreti spesso incongruenti tra di loro, a cui si sono unite anche le varie circolari INPS e altri provvedimenti. È una normativa un po' disorganizzata anche sotto questo punto di vista, ma per quanto riguarda le incompatibilità è unica ed è uguale per tutti i medici. Non si può fare il medico di medicina generale nello stesso ambito in cui si fa anche il medico di controllo perché non si può certificare. Non si può lavorare come dipendente a 38 ore all'interno della struttura e poi fare anche il medico di controllo. Vi sono incompatibilità minori rispetto al periodo dal 1996 al 2000, ma le incompatibilità vi sono e sono quelle novellate dal decreto ministeriale del 2000.

Dopodiché, c'è stato un altro decreto del 2008, che, come diceva la dottoressa Ceramelli della CGIL, è stato solo un decreto « ponte », il quale non ha fatto altro che aumentare le tariffe, che erano ferme al 2000, dando tempo un anno per rivedere la questione, ma siamo ancora fermi.

Quanto al Polo unico, noi abbiamo un numero di dipendenti per il pubblico che è certamente inferiore al numero dei dipendenti del privato. Al pubblico sono stati attribuiti circa 70 milioni e l'INPS ha speso generalmente 68 milioni, di cui i 17-18 recuperati erano quelli delle richieste delle visite da parte dei datori di lavoro, per un numero di assicurati largamente maggiore.

Con un cambio del contratto, passando da un rapporto di lavoro a prestazione, con il pagamento della singola visita — smarcandoci, quindi, dalla singola visita — a un rapporto orario, abbiamo calcolato che 1.400 medici possono effettuare 4-6 milioni di controlli, con una cifra assolutamente inferiore a quella che era stata fino a oggi stanziata dallo Stato, 70 milioni per il comparto pubblico e circa 50-60 milioni per il comparto privato. Si può fare questo svolgendo un numero ancor maggiore di controlli e facendo lavorare i medici su due fasce di 5-6 ore al giorno, potendo fare un numero di controlli che va dai 4 ai 6 milioni.

Paradossalmente, questo tipo di rapporto di lavoro abbassa anche del 50 per cento il costo della visita. Se io in un'ora posso fare tre visite e mi si paga a ore, smarcandomi dal pagamento a prestazione, in cui oggi la visita costa 50 euro, io faccio un numero maggiore di visite a un prezzo inferiore. Più visite si fanno, meno costa la visita stessa. Ciò va incontro anche ai datori di lavoro, perché si arriva a una riduzione di circa il 50 per cento del costo della singola visita. Si favoriscono così anche i datori di lavoro che avanzano la richiesta del controllo sullo stato di salute dei lavoratori.

EDOARDO GIUSEPPE DE PAU, *Responsabile nazionale settore medicina fiscale SNAMI medici fiscali*. Il problema del Polo unico è molto semplice. Una questione che adesso dobbiamo rimarcare è che l'INPS ha quattro ore di controllo nella fascia oraria, mentre per i dipendenti pubblici l'orario è più esteso e va dalle 9 alle 13 e dalle 15 alle 18.

Il risparmio quale sarebbe? Prima di tutto, c'è un ampliamento dell'orario di visita, e già questo aiuta. Quanto ai 12 milioni, purtroppo, non è che l'INPS non abbia preso i soldi dallo Stato. Li ha presi e li ha dirottati. Li ha ridotti a 12 milioni e gli altri li ha utilizzati come ha voluto. Di conseguenza, questa è passata da una voce obbligatoria di bilancio a una voce accessoria e gli altri milioni l'INPS se li è messi da un'altra parte. Se ci fossero i famosi 120 milioni del 2012, più gli altri 70 dei dipendenti pubblici, sicuramente la situazione sarebbe un po' migliore.

La questione delle visite fiscali che lei diceva da parte delle ASL è curata generalmente, nella maggior parte dei casi, da medici di continuità assistenziale. Ogni regione, ogni ASL può fare a modo suo, ma nella maggior parte dei casi le visite sono svolte da medici di continuità assistenziale, che non hanno, in questo caso, incompatibilità, perché sono fuori dall'ambito territoriale.

Parliamo di questo. Noi siamo divisi tutti, continuità e medicina generale, in ambiti territoriali. Naturalmente il medico

non può fare visite fiscali o di controllo nel proprio ambito territoriale. Il fatto è questo.

I colleghi della continuità assistenziale hanno un loro reddito, grazie al lavoro che già svolgono e, quindi, fanno un completamento orario — vengono pagati a prestazione anche loro — rispetto a quello che hanno già.

Come ha ribadito il dottor Petrone, l'INPS fino a un certo periodo prevedeva delle incompatibilità molto strette, molto rigide. Le uniche visite che potevano essere fatte all'inizio erano le continuità assistenziali, che però venivano svolte da supplenti che non avevano un rapporto a tempo indeterminato col Servizio sanitario nazionale.

Il risparmio qual è? Io l'ho detto così per non rubare il tempo agli altri. L'organizzazione dell'INPS è inefficiente. L'INPS sta marcando male — mi dispiace doverlo dire in questo senso — anche dal punto di vista del recupero dei suoi soldi. Non sta recuperando, per esempio, le sanzioni irrogate nei confronti dei lavoratori che sono assenti non giustificati. Questa è una questione importantissima. Non li recupera, e questo è un punto.

Un altro tema che ho accennato velocemente è l'indennità di malattia. L'indennità di malattia viene pagata dal datore di lavoro al dipendente. Questa indennità si detrae dai contributi che si devono versare poi all'INPS. Di conseguenza, le chiusure non sono anticipate perché oggi faccio il cattivo e chiudo anticipatamente le prognosi, ma perché ci sono prognosi che magari sono improprie e, quindi, si chiudono anticipatamente, oppure ci sono prognosi che potrebbero essere procrastinate o rinnovate. La chiusura anticipata chiude il capitolo di una malattia, se così possiamo dire.

L'altra questione molto importante è, dunque, che ci sono soldi che l'INPS non sta recuperando. La maggior parte delle sedi provinciali dell'INPS non lo fa. Questo è, naturalmente, a danno dell'Istituto, ma i soldi non sono dell'Istituto, sono dello Stato e, quindi, soldi nostri.

Ancora, con riferimento ai 50 milioni delle visite che sono stati pagati nel 2012, sino al 30 aprile 2013, dobbiamo pensare che una buona parte di quei soldi vanno via in tasse, anzi in imposte, per essere più precisi. Le imposte tornano allo Stato. Quasi il 50 per cento sono soldi che tornano allo Stato.

Naturalmente, però, dobbiamo pensare di togliere quello che viene pagato, che torna allo Stato. Pensiamo a quello che non viene recuperato dall'INPS. Queste sono cose importanti e gravi, almeno io ritengo che siano cose gravi, ma penso che tutti siano d'accordo su questo punto. Il Polo unico cosa farebbe? Si dovrebbe tornare ai vecchi 50 milioni, o almeno noi lo riteniamo.

Un'altra questione importante: ricordiamo che l'INPS non è più INPS, ma è super-INPS, perché comprende anche l'INPDAP, che copre la maggior parte dei dipendenti pubblici. L'INPDAP non lo controlla, però, l'INPS, che gestisce i suoi contributi e anche le malattie. Lo gestisce un altro ente, ossia il Servizio sanitario nazionale. C'è un'incongruenza anche su questo fatto.

Chissà, forse è il caso di adottare questo punto di vista, ossia che non è tutto una perdita. Non sto a dire quello che avete già scritto voi e che ha detto il collega Petrone sull'1-2 per cento all'anno e su quanti soldi in più sono per l'assenteismo.

Ricordiamo una questione molto semplice. Le aziende stanno usando la malattia come ammortizzatore sociale, e questo è un problema, ma c'è un fatto ancora più grave. Poiché non ci sono visite di controllo, sta accadendo un'altra cosa gravissima, ossia che il lavoratore è in malattia, sta lavorando per la ditta per la quale è in malattia e non ci sono le visite fiscali. Questa è una cosa non grave, ma gravissima. Si sta alimentando e favorendo l'assenteismo a danno dello Stato. Lo Stato siamo noi, non noi medici fiscali, ma tutti coloro che sono qui dentro. Io ritengo che questo sia un fatto molto grave.

Non aggiungo altro.

PRESIDENTE. La collega Murer vuole fare un'altra domanda.

DELIA MURER. Io volevo chiedere un'altra cosa, tornando al rapporto di esclusività di cui si è parlato prima. Poiché noi non abbiamo un quadro preciso, a meno che non ci sia nelle relazioni, che ovviamente non abbiamo ancora letto, essendo state consegnate adesso, volevo capire se fosse possibile avere una fotografia un po' più dettagliata di quanti medici fanno capo al regime di incompatibilità quasi assoluta e di quanti, invece, hanno altre fonti di reddito possibile. Vorrei avere un quadro sufficientemente chiaro sul tema che veniva posto di tutele per alcuni e di lavoro per tutti e capire meglio le differenze, in modo da poterle anche quantificare.

Nel prosieguo della nostra indagine conoscitiva, con l'INPS dovremo approfondire le questioni, soprattutto quelle a monte, quelle che portano intanto ad aver fatto questa scelta di riduzione e di *spending review* applicata a questo settore per capirne l'economicità, al di là del fatto che poi ci si diriga verso il Polo unico o meno.

L'ultima osservazione che veniva fatta, secondo me, è piuttosto rilevante. In un momento di difficoltà economica come quello attuale avere un uso improprio della malattia è un altro modo di non garantire eguaglianza di responsabilità di tutti nei confronti della legge, non tanto e non solo da parte dei lavoratori, ma anche da parte del datore di lavoro. È grave se avviene da parte di un istituto come l'INPS, che da questo punto di vista evita di vedere.

Io penso che tutta questa parte sull'economicità di queste scelte e dintorni sarà un altro tema da approfondire. Ci tenevo ad avere chiare le differenze interne ai medici fiscali per capire anche le difficoltà e i possibili percorsi di soluzione.

PRESIDENTE. In sostanza, la collega Murer, se fosse possibile che qualcuno di voi le risponda, preferibilmente in maniera scritta, vorrebbe comprendere, il che mi sembra un'esigenza di tutti, se, quando noi

parliamo dei 1.400 medici fiscali, fotografiamo la stessa situazione. Ci sembra di aver capito di no.

A noi sembra di aver capito che per alcuni la medicina fiscale sia l'unica fonte di reddito, ragion per cui la contrazione della disponibilità delle visite diventa un problema sostanziale di sussistenza, mentre per altri, sia per scelte di vita che erano comunque possibili — la libera professione, per esempio, prima del 2000, se non ho capito male — sia per una riduzione della ferocia del regime delle incompatibilità dopo il 2000, hanno comunque una situazione professionale che prevede altre fonti di reddito. Per loro il tema è, quindi, di garanzia del diritto, ma non di garanzia della sussistenza.

Se fosse possibile avere da qualcuno di voi che se ne facesse carico un quadro sinottico che ci aiuti a capire come sono suddivise le incompatibilità e chi eventualmente le deve controllare — vorremmo capire anche questo per essere più attenti al problema — io credo che far circolare questa informazione prima delle successive audizioni a cui questa Commissione si prepara, possa essere utile per la conoscenza in merito di tutti i colleghi commissari.

ROSSELLA CERAMELLI, *Responsabile medici controllo INPS NIdiL CGIL nazionale*. La richiesta è ottima, perché serve a inquadrare proprio il problema relativamente ai 1.400 medici per vedere qual è la fotografia e come si possono suddividere.

Il punto è che noi abbiamo chiesto un tavolo tecnico all'INPS al fine di capire chi avesse gli anni di anzianità di iscrizione alla lista e chi avesse dato la disponibilità a lavorare su entrambe le fasce e, quindi, una disponibilità oraria *full-time*, per avere alcuni elementi da poter inserire in un foglio di calcolo e fare una sorta di tabella.

Noi abbiamo chiesto all'INPS anche di rifare la circolare sulle incompatibilità. L'INPS ha emanato la circolare sulla richiesta di incompatibilità nel 2001. Dal 2001 a oggi sono cambiate alcune cose da un punto di vista sia normativo sia con-

trattuale e ne discendono alcune modifiche. Abbiamo chiesto, quindi, di rifare una circolare per verificare le incompatibilità e di predisporre un modello nazionale, in modo che non ci fosse per ogni sede il foglietto proprio, a discrezionalità delle singole sedi e dei singoli direttori.

Noi — in particolare CGIL, CISL e UIL — abbiamo chiesto questi dati ed è emerso il nodo. La FIMMG si dichiarò contraria in quel momento a procedere verso l'individuazione di criteri tesi ad assegnare le poche visite rimaste, ritenendo che quello non fosse il percorso da intraprendere come tutela, ma chiedendo il ripristino di tutti i soldi che c'erano. L'INPS, di fronte al diniego palese e dichiarato della FIMMG, chiuse il tavolo tecnico.

Noi quei dati li volevamo, ma nessuno di noi li ha. Se qualcuno di noi fornirà dei dati rispetto a questo tema, saranno dati inventati, perché l'unico che abbia i dati è l'INPS, che era disponibile con noi a ragionare su questo. Di fronte al diniego della FIMMG, però, l'INPS chiuse il tavolo e la partita si concluse.

PRESIDENTE. In sostanza, l'interlocutore non è da questa parte.

ALFREDO PETRONE, *Segretario nazionale settore FIMMG medicina fiscale-INPS*. Essendo stato chiamato in causa, chiarisco che il diniego della FIMMG non fu sul non conoscere le incompatibilità, ma sulla distribuzione delle visite in quel momento.

PRESIDENTE. Non entriamo nel merito dei motivi del diniego. Non siamo interessati. Noi eravamo interessati ad avere un'informazione e pensavamo di poterla chiedere a voi. Voi ci riferite che possiamo chiederla all'INPS direttamente.

ALFREDO PETRONE, *Segretario nazionale settore FIMMG medicina fiscale-INPS*. A proposito vorrei aggiungere che la si-

tuazione è tanto difficile perché vi sono medici che fanno solo questa attività. La FIMMG non sa quanti sono, ma sono centinaia. Ci sono medici che hanno un incarico, per esempio, di medico di medicina di controllo e anche di guardia medica assistenziale col sistema sanitario nazionale e vi sono medici che fanno solo questa attività e che hanno una fiorente attività libero-professionale. Neanche loro possono essere equiparati a chi non fa il dentista o altro.

È molto difficile capire la situazione. Bisognerebbe andare a vedere la dichiarazione dei redditi. Non si tratta solo di vedere il medico che ha un doppio incarico, a questo punto, ma, per equità, di individuare il medico che fa solo il medico fiscale e non svolge attività libero-professionale.

Non è molto semplice. La FIMMG non possiede questi dati, ma non so neanche se li possieda l'INPS, onestamente.

PRESIDENTE. Mi sembra che possiamo ringraziarvi di cuore per la disponibilità e anche per la profondità dei ragionamenti e delle informazioni che ci avete fornito. Vi ringraziamo anche per qualche ulteriore contributo scritto che voi vogliate eventualmente far pervenire a tutti i commissari. Sarete ovviamente informati sul prosieguo dell'indagine che questa Commissione sta portando avanti. Grazie ancora.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VALENTINO FRANCONI

*Licenziato per la stampa
il 6 maggio 2014.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

€ 2,00



17STC0003560