

**COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

2.

SEDUTA DI GIOVEDÌ 20 FEBBRAIO 2014

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **PIERPAOLO VARGIU**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:			
Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i>	2	Arbarello Paolo, <i>Presidente della Società italiana di medicina legale e delle assicurazioni (SIMLA)</i>	6, 19
INDAGINE CONOSCITIVA SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ DEI MEDICI CHE SVOLGONO GLI ACCERTAMENTI SANITARI PER VERIFICARE LO STATO DI SALUTE DEL DIPENDENTE ASSENTE PER MALATTIA		D'Ignazi Tiziana, <i>Tesoriere di SINMEVICO-Sindacato medici visite di controllo</i>	19
Audizione di rappresentanti dell'Associazione nazionale dei medici di medicina fiscale (ANMEFI), dell'Associazione nazionale medici INPS (ANMI-FeMEPA), del SINMEVICO-Sindacato medici visite di controllo, della Società italiana di medicina legale e delle assicurazioni (SIMLA), del Sindacato italiano specialisti in medicina legale e delle assicurazioni (SISMLA) e del Coordinamento medici legali aziende sanitarie (COMLAS):		D'Intino Giuseppina, <i>Vicesegretario nazionale dell'Associazione nazionale medici INPS (ANMI-FeMEPA)</i>	4
Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i>	2, 4, 5, 7, 9 11, 13, 14, 19, 20	Grillo Giulia (M5S)	12, 13
Ammaturo Francesco, <i>Presidente dell'Associazione nazionale medici INPS (ANMI-FeMEPA)</i>	17	Lenzi Donata (PD)	11
		Martelloni Massimo, <i>Presidente nazionale del Coordinamento medici legali aziende sanitarie (COMLAS)</i>	9
		Murer Delia (PD)	13
		Sette Annalisa, <i>Presidente dell'Associazione nazionale medici di medicina fiscale (ANMEFI)</i>	3, 15
		Stornaiuolo Eduardo, <i>Segretario generale di SINMEVICO-Sindacato medici visite di controllo</i>	5, 15
		Zinno Raffaele, <i>Segretario nazionale del Sindacato italiano specialisti in medicina legale e delle assicurazioni (SISMLA)</i>	7, 18

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.

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE
PIERPAOLO VARGIU

La seduta comincia alle 13.50.

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 dell'Associazione nazionale dei medici di medicina fiscale (ANMEFI), dell'Associazione nazionale medici INPS (ANMI-FeMEPA), del SINMEVICO-Sindacato medici visite di controllo, della Società italiana di medicina legale e delle assicurazioni (SIMLA), del Sindacato italiano specialisti in medicina legale e delle assicurazioni (SISMLA) e del Coordinamento medici legali aziende sanitarie (COMLAS).

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca, 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, l'audizione di rappresentanti dell'Associazione nazionale dei medici di medicina fiscale (ANMEFI), dell'Associazione nazionale medici INPS (ANMI-FeMEPA), del SINMEVICO-Sindacato medici visite di controllo, della Società italiana di medicina legale e delle assicurazioni (SIMLA), del Sindacato italiano specialisti in medicina legale e delle assi-

curazioni (SISMLA) e del Coordinamento medici legali aziende sanitarie (COMLAS).

Nel dare il benvenuto ai nostri ospiti, ricordo che sono presenti: per l'ANMEFI la dottoressa Annalisa Sette, presidente, il dottor Massimo Giansante, vicepresidente, la dottoressa Cinzia Melchior, consigliere, e il dottor Antonio Marra, associato; per ANMI-FeMEPA il dottor Francesco Ammaturò, presidente, e la dottoressa Giuseppina D'Intino, vicesegretario nazionale; per il SINMEVICO-Sindacato medici visite di controllo il dottor Ignazio Casciana, presidente, la dottoressa Maria Grazia Transi, vicepresidente, il dottor Eduardo Stornaiuolo, segretario generale, e la dottoressa Tiziana D'Ignazi, tesoriere; per la SIMLA il professor Paolo Arbarello, presidente; per il SISMLA il dottor Raffaele Zinno, segretario nazionale, e il dottor Francesco Minicuci, consigliere; per il COMLAS il dottor Massimo Martelloni, presidente nazionale.

Gli auditi di oggi sono numerosi e, quindi, io vorrei chiedere loro di essere sintetici, considerato che sanno perfettamente quali sono gli obiettivi della Commissione. Essa sta prendendo in esame la vicenda degli accertamenti sanitari relativi allo stato di salute del dipendente assente per malattia e vorrebbe farsi un'idea su eventuali suggerimenti che possano essere utili per la soluzione di un problema che gli auditi conoscono sicuramente quanto e meglio dei singoli commissari di questa Commissione.

Chiederei, quindi, ai rappresentanti delle varie associazioni, se possibile, di contenere nell'ambito di cinque minuti il proprio intervento per lasciare poi spazio alle domande dei colleghi commissari e, quindi, alla replica dei soggetti auditi.

Inizierei, dall'Associazione nazionale medici di medicina fiscale (ANMEFI), per la quale interviene la dottoressa Sette.

ANNALISA SETTE, *Presidente dell'Associazione nazionale medici di medicina fiscale (ANMEFI)*. Buongiorno. Vi ringrazio per averci dato questa possibilità.

La nostra è un'associazione nata nel maggio del 2013. Noi non siamo assolutamente esperti né di vita sindacale, né di vita politica e, quindi, abbiamo una grandissima difficoltà a trovarci in questo consesso. Possiamo portare soltanto l'esperienza che abbiamo maturato.

Noi viviamo dal maggio del 2013 una situazione di grande difficoltà, che per molti colleghi sta diventando assolutamente insopportabile, perché abbiamo subito una decurtazione del nostro introito economico, che per la stragrande maggioranza dei membri della nostra associazione è fonte unica di reddito che non ci consente più, almeno in molti casi, di andare avanti.

Abbiamo avuto contatti con l'INPS, abbiamo chiesto spiegazioni e ci è stata fornita la solita risposta, ossia che la riduzione fa parte della *spending review*. Noi possiamo solo constatare che questa è sempre stata una spesa di carattere obbligatorio e che improvvisamente è diventata una spesa opzionale.

Sappiamo anche che, contemporaneamente, l'INPS si è adoperato per reperire i fondi per coprire le necessità di 998 colleghi da inserire nella valutazione delle Commissioni di invalidità civile. Questo sicuramente avrà stornato una cifra economica non indifferente. Abbiamo avuto modo di parlare con il dottor Nori, il quale ci ha assicurato che non esistevano commistioni tra i medici che si occupavano delle Commissioni e quelli dediti alla nostra attività. Questo non ci risulta, ma più di questo non abbiamo avuto modo di poter valutare.

Abbiamo anche constatato che le pochissime visite che sono state riprese dall'INPS, utilizzando il famoso sistema autoapprendente del *data mining*, sono in numero assolutamente incongruo e distri-

buite, peraltro, sul territorio nazionale con disparità enormi: ci sono sedi con un alto tasso di visite e sedi in cui, invece, sei o sette medici si dividono sette visite.

Noi dobbiamo dare la nostra disponibilità tutti i giorni, nei giorni festivi e prefestivi, e siamo stati dotati di una valigetta informatica con la quale adesso la nostra attività viene addirittura tracciata. Se io compilo un verbale non nelle immediate vicinanze della casa del lavoratore, nel caso in cui non lo trovi, ma a distanza, questa circostanza viene segnalata. Siamo assolutamente sotto controllo. Ci è stato fornito tutto questo materiale in comodato d'uso, il che generalmente non avviene con liberi professionisti.

Noi veniamo ritenuti liberi professionisti, ma in realtà abbiamo degli impegni che non ci fanno sentire tali. Abbiamo, infatti, difficoltà a svolgere altre attività lavorative. Abbiamo un impegno orario che non ci consente di svolgere con grandissima facilità altre mansioni lavorative perché le fasce orarie in cui si effettuano le visite coincidono con la metà della mattinata e abbiamo la necessità di attendere che ci vengano fornite le visite.

Noi riteniamo di aver svolto con coscienza negli anni il nostro lavoro e di aver apportato qualche risultato, se è vero, come viene testimoniato, che l'assenteismo si è ridotto di gran lunga, anche se in quest'ultimo periodo gioca a favore della riduzione dell'assenteismo anche l'aumento della disoccupazione.

Tuttavia, ci rendiamo conto che, pur avendo cercato dati certi, ne abbiamo avuti pochi. Soltanto una sede regionale dell'INPS ha risposto in maniera pronta alla nostra richiesta di dati sull'affluenza dei certificati della spesa, ed è la regione Calabria. Valutando i dati che la regione Calabria ha fornito, sappiamo che c'è stato un incremento di spesa pari al 5 per cento. Se questo dato potesse essere riportato sul territorio nazionale, sapremmo anche che la riduzione dei costi per la medicina fiscale non corrisponde al risparmio che avrebbe dovuto realizzarsi nell'intenzione della riduzione della spesa per la medicina fiscale.

Sappiamo anche che il nostro lavoro non è costoso come viene ritenuto. Dobbiamo valutare, infatti, che l'INPS può recuperare i soldi per i pagamenti dai datori di lavoro che richiedono le visite. Sappiamo che l'INPS può recuperare denaro applicando le sanzioni previste per gli assenti a visita domiciliare senza giustificazione. Sappiamo anche che c'è da parte dei medici l'obbligo di segnalare eventuali responsabilità di terzi, come può avvenire negli incidenti stradali. Sappiamo, in sostanza, che ci sono soldi che possono rientrare all'INPS e che paghiamo delle tasse altissime anche noi come cittadini. Tutto quello che noi costiamo in gran parte rientra.

Per tali motivi noi non riteniamo di essere un orpello all'interno della struttura INPS. Riteniamo invece di essere una parte che fa il suo lavoro e che lo fa in maniera onesta. Aver ricevuto questo trattamento non essendo stati neanche avvertiti dell'azione intrapresa dalla struttura INPS ci fa sentire strani.

Noi abbiamo avviato delle azioni legali per tutelarci nei confronti dell'INPS. Certamente sentiamo che è stato tradito quello che per noi è il legittimo affidamento nei confronti di una grossa struttura per la quale ci siamo impegnati.

Abbiamo anche sopportato l'onere delle incompatibilità, che soprattutto fino al 2000 è stato un onere pressante. Dopo il 2000 i limiti sono stati allargati, ma si deve considerare che l'onere delle incompatibilità non è uguale in tutta Italia. Le varie direzioni regionali provvedono per conto proprio a far rispettare le incompatibilità in un modo piuttosto che in un altro e, quindi, noi viviamo una situazione di grandissima difficoltà.

Questa è la situazione che noi vorremmo rappresentarvi più di qualunque altra, al di là di tutte le proposte già rappresentate dai sindacati, come quella del Polo unico e quella della convenzione oraria, per poter ottenere finalmente, dopo il famoso decreto ponte che va avanti dal 2008, una stabilizzazione della nostra posizione. L'età non ci consente di riciclarci facilmente, soprattutto in un mo-

mento economico in cui l'attività libero-professionale di un medico che non l'abbia mai esercitata e che non sia già un « nome » è di grandissima difficoltà.

Vi ringrazio.

PRESIDENTE. Grazie alla dottoressa Sette per la passione, ma anche per la lucidità con cui ha espresso le posizioni della sua associazione, che credo siano state molto utili per la Commissione.

Per l'Associazione nazionale dei medici dell'INPS do la parola alla dottoressa D'Intino.

GIUSEPPINA D'INTINO, *Vicesegretario nazionale dell'Associazione nazionale medici INPS (ANMI-FeMEPA)*. Buongiorno a tutti. Lo stato di malattia di un individuo assume una connotazione diversa a seconda dell'ambito in cui viene a essere contestualizzato. Spesso la prognosi clinica, che viene formulata dal medico di medicina generale, può non essere esattamente corrispondente alla prognosi medico-legale che viene, invece, effettuata a seguito della verifica dello stato di malattia del lavoratore, perché nella prognosi medico-legale si valuta la condizione fisica della persona in relazione alla sua attività lavorativa.

Questo è un elemento che motiva fortemente l'esistenza del servizio di verifica dello stato di malattia dei lavoratori associato anche all'assenteismo, che, come abbiamo potuto verificare, in alcuni periodi dell'anno e in alcune zone territoriali presenta picchi di incremento notevoli. Una verifica medico-legale risulta, quindi, necessaria. Si tratta di una verifica dalla quale potrà poi scaturire un giudizio medico-legale che potrà essere sia di idoneità che di non idoneità relativamente all'attività lavorativa.

La nostra associazione ritiene di condividere anche l'ipotesi della costituzione di un Polo unico della medicina fiscale, sia per avere un unico ente referente che gestisca tutto il territorio nazionale nell'ambito sia pubblico, sia privato, sia soprattutto per non generare duplicazioni sia di giudizi sulla stessa persona, sia di spesa.

Questo progetto potrebbe essere ben realizzato con l'utilizzo sia di risorse umane altamente qualificate, nella persona o di colleghi specialisti in medicina legale o di colleghi che hanno ormai un'esperienza pluriennale in tale ambito, sia di tecnologie informatiche che consentono di razionalizzare sia i tempi di lavorazione che i costi.

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

È evidente che la costituzione del Polo unico non può prescindere, però, da un'assegnazione di risorse, che sono quelle già attualmente previste e assegnate alle singole amministrazioni del settore pubblico, in modo da poter gestire in maniera omogenea e coordinata sia l'ambito privato, sia l'ambito pubblico.

PRESIDENTE. Grazie, dottoressa D'Intino, anche per le ipotesi di soluzione o comunque di riorganizzazione dell'attività di controllo che lei ha fatto intravedere.

Io credo che sia utile, se possibile, chiedere a tutti i nostri ospiti di dare anche uno sguardo sul futuro per fornire indicazioni ai componenti della Commissione su eventuali idee che possano aiutare verso la riorganizzazione dell'attività di controllo del dipendente assente per causa di malattia.

Per il SINMEVICO, do la parola al dottor Stornaiuolo.

EDUARDO STORNAIUOLO, Segretario generale di SINMEVICO-Sindacato medici visite di controllo. Buongiorno. Sono Eduardo Stornaiuolo, segretario del SINMEVICO, il Sindacato dei medici fiscali nato nel 1994. Penso che la nostra più che ventennale esperienza in materia possa portare un valido contributo ai lavori di questa Commissione.

Non voglio ripetere cose che sono già state ampiamente dette dalla collega Sette,

ma la riduzione e poi la sospensione delle visite d'ufficio hanno creato due ordini di problemi.

Da una parte, c'è stato un aumento della spesa pubblica che noi, come sindacato e anche come cittadini, non possiamo valutare, ma di cui possiamo solamente avere il polso. Persone come noi, che da trent'anni fanno questo lavoro, vedono benissimo che in questo momento il ricorso alla malattia è un artificio che tante aziende — braccianti agricoli, aziende familiari e via elencando — attuano per problemi economici e che porta di fatto a un esborso da parte dell'INPS maggiore di quello che potrebbe essere il controllo della malattia.

Dall'altra parte, questa riduzione si ripercuote sul salario di professionisti che hanno ormai 50-60 anni, che da più di vent'anni lavorano per l'INPS e che, per una serie di legacci burocratici, — le cosiddette incompatibilità — non hanno potuto attuare il loro lavoro in altri ambiti. Ci sono state riduzioni di reddito dei nostri iscritti fino a 2-300 euro al mese. Alcuni guadagnano 2-300 euro al mese, tanto che l'ENPAM ci ha fatto il grosso favore di rateizzare i contributi dovuti, senza tener conto che ci sono colleghi che non hanno nemmeno la possibilità materiale di pagare le tasse.

Non voglio indagare se l'INPS, nel sospendere le visite fiscali, abbia speso 5, 10 o 15 milioni, perché non è compito nostro. Noi, come sindacato e come sindacalisti, osserviamo che la riduzione delle visite ha determinato un danno economico tremendo per l'Erario e per i medici.

Prima di questo devo ribadire che c'è un decreto ministeriale, l'ultimo del 2008, che è un decreto valido, in cui si prevedono le modalità con cui le visite devono essere effettuate. La legge impone all'INPS di effettuare i controlli fiscali. Non prega o chiede. L'INPS è tenuto, in base a una convenzione con le ASL, a effettuare un dato tipo di controllo. La sospensione delle visite di controllo è una palese violazione a una legge che è in vigore, con tutte le conseguenze che ciò ha comportato.

Noi, come sindacato, ribadiamo la necessità di ripristinare immediatamente il decreto del 2008 fino a una revisione della disciplina che non può prescindere dal fatto che ci debba essere un rapporto convenzionale con l'INPS. È improponibile che l'INPS faccia lavorare persone da trent'anni senza alcuna garanzia. Oggi siamo passati da un livello di precariato che durava dal 1986 a un livello di caporalato.

Signor presidente, ci sono alcuni colleghi che possono confermare che passano la giornata attaccati al computer sperando che arrivi una visita, sia di mattina che di pomeriggio. Questo non ci permette di avere una vita lavorativa, che, tra l'altro, è difficile in un momento di congiuntura tale. Ciò è comunque indegno per professionisti che hanno dedicato il loro lavoro, la loro vita per venti o trent'anni a un settore importante come quello della medicina fiscale.

Il Polo unico è un tema che ci vede d'accordo, ma, prima di parlare del Polo unico, cerchiamo di far sì che le leggi che sono in essere vengano rispettate. Ci sta bene il Polo unico, anche se io ho dei dubbi sul fatto di trovare le risorse. Ho dei dubbi sul fatto che le ASL possano essere d'accordo in questo senso.

Io chiederei, quindi, che prima di tutto siano rispettati i canoni del decreto e che si proceda a una verifica delle incompatibilità dei colleghi che svolgono questo lavoro. L'INPS non ha mai controllato la gran parte dei colleghi che, anche con le incompatibilità del 2008, continuano a svolgere il doppio incarico, sia nelle Commissioni di invalidità, sia come titolari di guardia medica, di medicina di base o di pediatria di base.

La ringrazio.

PAOLO ARBARELLO, *Presidente della Società italiana di medicina legale e delle assicurazioni (SIMLA)*. Credo che valga la pena di essere il più sintetici possibile perché hanno parlato esponenti della categoria direttamente coinvolti e anche il rappresentante dell'INPS.

Va da sé che la riduzione delle visite sia un danno per il Paese. Credo che sia una situazione che non c'è neanche il bisogno di descrivere. Fa parte dei compiti del legislatore individuare la strada acciocché essa non si verifichi.

Da parte della Società italiana di medicina legale e dei colleghi che io ho consultato l'impressione è che processi di semplificazione accelerata, come quello di metter mano a un Polo unico, possano dare apparentemente la sensazione della semplificazione dal punto di vista generale dell'applicazione del risultato che si vuole ottenere. Qual è, però, il rischio vero che si può correre? Credo che legislatori attenti conoscano bene la storia del Paese per quella che è stata.

Faccio un esempio per cercare di capirci. C'è stato un periodo nella storia del Paese nel quale, per cercare di sopperire a una situazione di un'industria che zoppicava — allora c'erano ben altri fondi a disposizione; purtroppo, per i miei capelli bianchi ho vissuto tale situazione — è nata, cresciuta e si è espansa l'IRI, con tanti pregi e tanti difetti. Un rischio che può esistere è quello di determinare, con un accentramento accelerato di competenze all'interno dell'INPS, una sorta di nuova IRI della sanità, con tutti i rischi che questo può comportare.

Peraltro — ha citato il tema qualcuno che ha parlato prima di me e io lo ripeto — come presidente della Società italiana di medicina legale, io considero l'INPS certamente l'unico serbatoio di assorbimento della specializzazione medico-legale nei prossimi anni in Italia. Assunzioni di specialisti in medicina legale non sono prevedibili per i prossimi anni. Sfido chiunque a smentirmi. Non esistono i primari ospedalieri e le ASL sono nella condizione economica nota a tutti. L'unica struttura che riesce a determinare ancora livelli di occupazione per uno specialista in medicina legale è l'INPS.

Tuttavia, la Società italiana è perfettamente d'accordo sul fatto che l'operazione che è stata fatta dall'INPS per quanto riguarda l'invalidità, vale a dire la sottrazione di una dimensione troppo territo-

riale nelle Commissioni di invalidità, sia stata un'operazione certamente positiva, che sta fruttando anche risparmi per il Paese molto forti nella revisione delle pensioni di invalidità.

Perché questo? Perché ci sono all'interno dell'INPS specifiche professionalità che sono in grado di essere mediamente, nella considerazione di questo tema, superiori a quelle che si avevano nei medici delle ASL del territorio. Il ricavo, quindi, c'è stato.

Dal punto di vista della cosiddetta medicina « fiscale » — chiamata così con un brutto termine — io credo che la concentrazione all'interno dell'INPS di tutto ciò che riguarda le valenze territoriali sia una situazione che in questo momento l'ente non è in grado di reggere. Non spetta a me, ma certamente al legislatore trovare una compensazione tra una dinamica di natura centralizzata e un'attivazione sicuramente di competenze, ma soprattutto di funzioni a livello locale.

Questo settore sta cominciando a zoppiare perché, se si fa un'analisi statistica, si vede che nel Paese ormai c'è una situazione « a pelle di leopardo » per cui in alcune zone sono garantiti la presenza e il ruolo del medico fiscale e in altre, invece, l'INPS non è in condizione di attendervi. Mi sembra che questo vada, quindi, nella direzione opposta a quella del decentramento.

Peraltro — e ho concluso davvero — sulla questione della valutazione delle invalidità, una volta passato il periodo nel quale siamo riusciti con l'INPS a realizzare una centralizzazione che ha portato dei risultati, non possiamo pensare che nei prossimi anni tutto venga gestito solo centralmente. Vanno recuperate in ogni modo alcune realtà territoriali, altrimenti si rischia veramente di accentrare senza ottenere risparmi di scala.

Non ho altro da dire.

PRESIDENTE. Grazie, professor Arbarelo. Do la parola al dottor Zinno, segretario nazionale del Sindacato italiano degli specialisti in medicina legale.

RAFFAELE ZINNO, *Segretario nazionale del Sindacato italiano specialisti in medicina legale e delle assicurazioni (SISMLA)*. Grazie, signor presidente. A nome del SISMLA porto un ringraziamento per averci invitati a quest'audizione e per le modalità con cui la Commissione intende procedere ad affrontare questo problema attraverso un'indagine conoscitiva, perché credo che vada fatta chiarezza.

Il SISMLA è molto interessato a questo problema perché fra i nostri iscritti noi abbiamo sia medici che svolgono attività fiscale presso l'INPS, sia medici che effettuano attività fiscale presso le ASL. Siamo un osservatorio a 360 gradi.

PRESIDENTE. Può farmi una cortesia, anche per i componenti della Commissione? L'avrei chiesta altrimenti al dottor Martelloni, subito dopo di lei. Può ricordare qual è la differenza tra l'attività di controllo svolta dalle ASL e quella svolta dall'INPS?

RAFFAELE ZINNO, *Segretario nazionale del Sindacato italiano specialisti in medicina legale e delle assicurazioni (SISMLA)*. Sì, intendevo farlo.

Noi siamo preoccupati. Siamo solidali, ovviamente, e ci batteremo perché vengano stabilizzati questi medici, ma dissentiamo circa le modalità con cui si vuole procedere.

I medici che lavorano presso l'INPS svolgono due tipi di attività fiscale. Una è un'attività cosiddetta d'ufficio. L'INPS svolge questo tipo di attività sull'analisi delle certificazioni e, quindi, *motu proprio* stabilisce di sottoporre ad accertamento fiscale un lavoratore assente per malattia.

Un'altra tipologia, invece, viene pagata dal datore di lavoro ed effettuata per i dipendenti del privato su richiesta del datore di lavoro, il quale può indifferentemente rivolgersi all'INPS o alle ASL.

Le ASL, invece, svolgono questo tipo di attività sia su richiesta dell'ente privato, sia su richiesta degli enti pubblici.

Questa è una delle motivazioni per le quali noi dissentiamo, perché dobbiamo parlare un po' di numeri. Abbiamo parlato

di 1.600 medici che fanno questo tipo di attività. In effetti, però, se guardiamo nel suo insieme tutta la filiera, sono 2.600, perché ci sono 1.400 medici dell'INPS e 1.400 delle ASL. Si dice che questi ultimi avrebbero comunque un contratto e che, quindi, lo spostamento di competenze non comporterebbe sostanzialmente danni al lavoratore.

Non è così, però, perché questi lavoratori sono pagati con le risorse che vengono erogate a monte sul conto capitale e che sono circa 79 milioni di euro, risorse che sarebbero trasferite all'INPS per fare quest'attività. Di fatto, quindi, i medici delle AASSLL verrebbero a essere privi di risorse.

Noi crediamo che il problema, che è un problema serio, vada affrontato in maniera unitaria, al di là di chi gestisce il Polo unico, e che si debba rispondere a tutta una serie di problematiche.

Innanzitutto c'è il problema delle risorse. Quali sono le risorse strutturali e quali i ricavi che possono derivare da questo tipo di attività? Per esempio, i costi delle aziende sanitarie locali per i medici sono inferiori a quelli dell'INPS come onorario, ma c'è un altro motivo ancora: le ASL hanno una presenza sul territorio capillare, sono presenti ovunque, ragion per cui il costo della visita *stricto sensu* cambia. Ci sono poi il rimborso delle spese accessorie, il rimborso chilometrico e via elencando. Questo vale a Roma. Se scendiamo in altre aree, per esempio, la mia azienda sanitaria locale comprende anche qualche isola, come Procida e Ischia, le cose cambiano. A Ischia e a Procida io ho dei medici e un servizio che svolge l'attività e, quindi, il rimborso spese non c'è. Viceversa, l'unica sede territoriale dell'INPS sarebbe Pozzuoli. Se si vogliono effettuare delle visite a Procida, ci sarebbe un costo, in termini di rimborsi, che comprendono anche il pranzo e la missione — perché c'è il mare — eccessivo. Il tema di chi dovrebbe gestire andrebbe visto anche in termini di efficienza sul territorio.

Per quanto riguarda l'esperienza in termini di attività fiscale, le competenze

alle aziende sanitarie locali vengono definite dalla legge n. 833 del 1978, che non attribuisce nuove attività, ma trasferisce attività già esercitate dagli enti previdenziali che sono stati soppressi, come INAM, ENPALS e via elencando.

Il sottoscritto può vantarsi di essere il più anziano medico fiscale presente qui dentro, perché ha iniziato la sua attività nel 1981 facendo visite fiscali, esattamente il tipo di attività istituzionale che fanno i colleghi e che all'epoca si chiamava «6-12», perché si potevano fare tra 6 e 12 visite. Questi erano compiti dell'INAM, che poi vennero trasferiti.

Non credo che ci sia un problema di anzianità di professionalità. Credo che il vero problema sia come garantire una certezza ai nostri colleghi. Il semplice trasferimento dei fondi, così come perlomeno ho visto nella proposta del senatore Bianco, non garantisce poi ai colleghi la certezza che queste risorse si trasformino.

Io condivido le perplessità del collega Stornaiuolo: occorrono dei criteri. Se andiamo a vedere l'analisi dei costi, noi vediamo che — sono dati forniti dalla FIMMG — un'attività che è costata 79 milioni ha consentito di recuperare 17 milioni di euro. Si spendono 70 milioni per recuperarne 17-20. Credo che questo sia, in termini di economia, poco appropriato. Bisogna cercare di capire come recuperare le risorse. Potrebbero esserci anche dei contributi che potrebbero venire dal risparmio della spesa.

Un Polo unico, o comunque vogliamo chiamarlo, dovrebbe rispondere, secondo noi, a tre requisiti principali. Innanzitutto dovrebbe garantire la dignità e la professionalità di chi fa questo lavoro. Occorre garantire la dignità del lavoratore. È vero che ci possono essere, e ci sono senz'altro, delle aree o delle persone che utilizzano lo strumento dell'assenza senza essere malate, ma non criminalizziamo l'intera classe lavoratrice. Ci vuole una terzietà, un'indipendenza da parte di chi fa questo lavoro.

Bisogna garantire anche i conti dell'INPS e, infine, bisogna garantire i datori di lavoro. Bisogna, quindi, garantire la

stabilità e le risorse soprattutto del nostro sistema di previdenza e di controllo dei pubblici dipendenti.

Grazie, signor presidente.

PRESIDENTE. Grazie, dottor Zinno.

Do la parola per l'ultimo intervento in questa prima fase al dottor Martelloni, presidente del Coordinamento dei medici legali delle aziende sanitarie.

Dottor Martelloni, le vorrei chiedere se può precisare come viene svolta l'attività di controllo da parte della medicina di controllo delle ASL, se con personale dipendente o con personale che ha convenzioni realizzate con le ASL.

MASSIMO MARTELLONI, *Presidente nazionale del Coordinamento medici legali aziende sanitarie (COMLAS)*. Onorevole Vargiu, per quanto riguarda l'organizzazione delle unità sanitarie locali, tutta la materia che discende dall'articolo 14 della legge n. 833 del 1978 trova un preciso riferimento nel decreto ministeriale dell'8 gennaio del 1985, che fissa le modalità di svolgimento dell'attività. Il decreto è stato adottato in applicazione della legge n. 683 del 1983.

Ci sono poi leggi aggiuntive che riguardano le modalità rispetto alle fasce orarie, ma in realtà la modalità principale con cui si svolge l'accertamento è ormai fissata da tantissimi anni, circa trenta.

Come si organizzano i servizi? I servizi delle ASL, che hanno ereditato questa funzione dalle varie casse mutue, in pratica hanno sempre svolto attività nei riguardi del personale dipendente sia delle aziende pubbliche, sia di quelle private. Queste attività sono state svolte, a seconda dell'organizzazione che ci siamo dati nel tempo, sia con personale dipendente, sia con personale convenzionato. Il personale dipendente in alcune regioni è prevalente nello svolgimento delle attività, mentre in altre c'è personale convenzionato che fa questa attività in parallelo ad altre attività svolte.

Tutte le regioni hanno regolamentato la materia e, quindi, da questo punto di vista posso dirle che più o meno attualmente

abbiamo 1.200-1.400 medici convenzionati, salvo poi avere in alcune zone del Paese avere anche personale dipendente che svolge questa attività.

Il tutto è organizzato attraverso strutture che nella stragrande maggioranza delle regioni utilizzano strumenti informatici, ovvero cartelle di carattere medico-legale, nonostante non ci sia una previsione normativa in tal senso nella legge n. 196 del 2003. Questa consuetudine si è sviluppata, però, a vario livello.

Per quanto riguarda i costi, anche questo è un tema piuttosto interessante, che abbiamo sottolineato nel documento inviato alla XII Commissione. Si parla di una spesa per le visite di circa 25-26 euro, in alcune aziende di 18, in altre ancora di 16, con premi relativi a quanto poi viene incassato, se si va in pareggio di spesa o se c'è un incasso superiore da parte di aziende. Questo dipende dalla situazione organizzativa locale.

Tutto ciò ha permesso di avere un'organizzazione diffusa e capillare sul territorio che ha garantito e garantisce tuttora, in questo momento, gli accertamenti in tutto il Paese. È vero che quest'attività è stata fatta in base a una precisa indicazione che riguarda l'utilizzo di strutture specialistiche. In questo senso le ASL hanno strutture specialistiche di medicina legale.

Devo smentire quanto è stato detto precedentemente, perché il solo personale dipendente supera circa le 1.000 unità e fa molti altri mestieri. Noi ci interessiamo non solo della materia dei diritti del lavoro, che riguarda anche le visite di controllo, ma anche del rischio clinico e della responsabilità professionale con sistemi autoassicurativi e addirittura anche in cogestione con l'assicurazione. Si va anche su altri campi. Si tratta di strutture complesse, che garantiscono livelli di professionalità che non hanno nulla da invidiare rispetto a quelli di altri enti, con tutto il rispetto che io porto per i colleghi che lavorano in altri enti.

Da questo punto di vista io credo che si tratti di capire una questione di fondo. In primo luogo, noi ci siamo trovati di

fronte a una situazione di difficoltà quando si è addirittura ridotta la prognosi di malattia, perché abbiamo avuto una non applicazione della legge n. 33 del 1980, nel momento in cui il medico di famiglia è chiamato a stimare una durata presunta della malattia. Noi interveniamo da un punto di vista medico-legale per chiarire se la ripresa della capacità lavorativa possa avvenire prima, non solo per il controllo dell'esistenza. Di dottrina medico-legale ne abbiamo scritto tanta, e questa ci insegna.

L'effettuazione delle visite di controllo può avere un effetto sicuramente importante se noi riusciamo ad avere servizi diffusi, costi controllati e facile accessibilità per enti pubblici e privati, ma anche a cambiare le modalità con cui avviene la richiesta.

Ricordo semplicemente che, quando io lavoravo per la Cassa mutua artigiani — ormai anch'io ho la mia età — se avevamo una pratica di malattia, decidevamo noi se fare o meno una determinata visita, non il datore di lavoro. In pratica, applicando in modo diffuso quanto indicato dallo Statuto dei lavoratori all'articolo 5, comma 2, noi abbiamo avuto anche una richiesta indiscriminata di visite. Non si possono fare visite su persone che hanno le gambe ingessate appena dimesse dall'ospedale. Sono visite inutili. Ci sono sentenze, da questo punto di vista, scandalose su soggetti che vengono fuori da infortuni sul lavoro.

Queste cose bisogna che il Parlamento le sappia. Noi dobbiamo garantire un servizio, ma anche esercitare i diritti dei datori di lavoro in modo giusto e corretto. Se si fa un accertamento, io non mi posso ritrovare il giorno dopo un altro accertamento e poi il giorno dopo un altro ancora. Questo reato ha un nome e cognome, se lo vogliamo, oggi come oggi, indicare come reato.

È possibile e, io credo, necessario, intervenire su questa materia riformando e arrivando all'istituzione di una cartella medico-legale individuale che per legge permetta di fatto a chi interviene sulla

materia, in questo caso l'INPS e il Servizio sanitario nazionale, di decidere in modo mirato il controllo di malattia.

Questa è una questione di fondo che bisogna cominciare a capire. Il controllo deve essere mirato e, quindi, occorre qualificare l'attività e le modalità di intervento e, allo stesso tempo, omogeneizzare le metodologie di intervento. Se si ritiene che questo sia necessario, noi non abbiamo problemi a passare per un tavolo tecnico in cui ci si confronti anche sulle modalità di svolgimento degli accertamenti, sul modo in cui gli stessi vengono effettuati e sui risultati che si possono ottenere.

Non si può pensare, però, che si possa intervenire sul tema semplicemente creando un Polo unico. Francamente, noi non siamo d'accordo sulla creazione di un Polo unico. Siamo invece dell'idea che si possa creare una valida collaborazione, in base all'articolo 75 della legge n. 833 del 1978, tra l'INPS e il Servizio sanitario nazionale, garantendo la diffusione dei servizi e una procedura unica che possa permettere anche dei controlli di qualità in materia.

Di questo tra medici legali abbiamo bisogno. Questo è uno dei settori che non hanno sistemi di revisione di qualità garantiti dal sistema. È un problema serio e lo vediamo anche in altri campi, in relazione ad altri tipi di problemi. Pensiamo agli atti della vita quotidiana. C'è chi li considera solamente fisiologici. Io non credo che i nostri atti della vita quotidiana siano solo fisiologici. Sono gli atti che rendono la vita dignitosa. Questo spiega anche perché in altri settori dello Stato si è avuto uno sfondamento di spesa nei ricorsi all'autorità giudiziaria.

Non voglio aprire questo tema per rispondere a chi è intervenuto prima declinando risultati che sarebbero tutti da misurare anche in questa direzione, perché non voglio far polemica, ma semplicemente dire che, se dobbiamo costruire qualcosa, bisogna che ci siano dei tavoli tecnici, in cui i tecnici vengano invitati anche a creare qualcosa di nuovo.

Io ritengo che si debba partire dalla riforma dell'articolo 5, comma 2, della

legge n. 300 del 1970, e impedire che ci sia una richiesta indiscriminata. Le garanzie per i colleghi e l'obbligatorietà di legge vanno rispettate e, quindi, è chiaro che questo va in parallelo, se si crea, però, un sistema che sia, come per il sistema sanitario nazionale, organizzato secondo una compatibilità di spesa. A questa il Parlamento deve chiamare le strutture specialistiche e intervenire con serietà e prudenza, rispondendo ai diritti dei lavoratori, da una parte, e alle richieste equilibrate e valutate di chi richiede questi accertamenti, dall'altra.

PRESIDENTE. Grazie, dottor Martelloni.

Io credo che ci possano essere diverse domande da parte dei colleghi componenti della Commissione. Do, quindi, la parola ai deputati che intendano intervenire per porre quesiti o formulare osservazioni.

DONATA LENZI. Molto schiettamente, noi abbiamo voluto fortemente questa indagine conoscitiva e penso, presidente, che abbiamo fatto bene, perché abbiamo avuto uno spaccato della situazione. Forse soffermarci nella discussione sulla legge di stabilità per cercare di approfondire è servito per capire meglio la questione.

Devo dire che su una platea che - come mi sembra di capire, sommando tutti - si aggira sulle 3.000 unità c'è qualche problema di disgregazione della rappresentanza, se mi posso permettere, tra coloro che abbiamo audito martedì e coloro che abbiamo audito oggi. Il tema di riuscire a mettere tutti intorno a un tavolo, compito che non spetta di sicuro a questa Commissione, ma ai ministeri, mi sembra uno di quelli che dovremo segnalare per riuscire a raccogliere tutte le esigenze.

Per quanto riguarda le cose che avete detto io vorrei capire meglio come possiamo fare. Se si va nella strada di una sistemazione di questa materia, vorrei capire se sia giusto individuare un problema di normative diverse fra pubblico e privato rispetto, per esempio, agli orari. Probabilmente noi dovremo porci anche l'obiettivo

di una maggiore omogeneizzazione di questo aspetto per uscire a rendere più efficace il servizio.

Io do per scontato, raccogliendo anche le considerazioni che sono state svolte nelle audizioni, che sia un obiettivo pubblico condivisibile e di interesse generale quello che prevede una lotta all'uso distorto dell'assenza per malattia. Può essere un uso distorto del singolo, o, come ci è già stato riferito, un uso dovuto addirittura, in qualche caso, in una piccola azienda in crisi, a un accordo con il datore di lavoro. È comprensibile, ma è sempre un uso distorto.

Dall'altra parte c'è l'esigenza di dar vita a un sistema in cui non ci siano persone che rimangono a disposizione, con il paradosso che un operaio che rimane a disposizione ha un contratto minimo che lo tutela, mentre un lavoratore professionista di questo tipo che rimane a disposizione prende 3-400 euro al mese. È una situazione che non può più essere tollerata.

Il percorso verso l'unificazione è nel senso delle cose che stiamo facendo. Quando noi andiamo a superare sempre di più le divergenze tra mondo del lavoro pubblico e mondo del lavoro privato e rimettiamo in discussione, come sta già succedendo, addirittura la possibilità del ricorso alla giustizia amministrativa per concentrarci sulla giustizia del lavoro, unificando INPS e INPDAP, è perché andiamo su quella strada. Si può discutere sui livelli centrale o locale, ma il percorso mi sembra quello.

In questo quadro, a parte il fatto che i dati rispetto alle vostre relazioni non sono tra di loro tutti concordi - una parte dei dati noi la raccoglieremo presso l'INPS, quando avremo l'audizione con l'INPS, almeno quelli dovrebbero essere in qualche modo certificati - la domanda attiene alla strategia che voi indicavate per riuscire ad arrivare a un'omogeneizzazione.

Mi rivolgo soprattutto all'ultimo intervenuto, al dottor Martelloni. Le chiedo se riesce a precisare meglio come potrebbe

essere la collaborazione che lei ha prefirurato tra i due enti coinvolti, le ASL e l'INPS.

L'altra domanda sarà da neofita — forse mi sbaglio — ma perché ci deve essere dentro all'INPS e, allo stesso modo, nelle ASL una diversità tra chi sta nelle Commissioni che valutano l'invalidità e chi svolge l'attività di controllo delle visite mediche? Non dovremmo avere un corpo unico di medici legali a disposizione del sistema? Poiché so che l'INPS ha provveduto recentemente — l'anno scorso, se non sbaglio — a fare una graduatoria di medici messi a disposizione (per un anno solo, però, se non ricordo male il bando), di specialisti, mi chiedo se non sia possibile ricordare all'ente che ha già un bacino di utenza di medici.

GIULIA GRILLO. Vorrei fare alcune osservazioni.

Mi rivolgo soprattutto a chi è stato colpito dalla legge di stabilità, in particolare dal comma 8 dell'articolo 1 della legge n. 147 del 24 dicembre 2012. Questa indagine conoscitiva nasce da questo comma. In questa Commissione sono presenti alcuni membri del precedente Parlamento. Mi piacerebbe sapere se, quando voi avete votato questo comma, eravate consapevoli di quello che stavate votando, perché 1.400 medici sono stati licenziati per questo comma. Questa è la verità (*Commenti*)!

GIULIA GRILLO. Licenziati no. Arriviamo poi al contratto.

Con questo comma è stato detto all'INPS di risparmiare 300 milioni. L'INPS ha ritenuto, come tutti gli altri enti ai quali viene applicata la *spending review*, di individuare in quest'area quella in cui tagliare.

Approvando questo comma, era verosimile che qualcuno avrebbe pagato. Se oggi non avessi trovato davanti a me la dottoressa Sette, probabilmente avrei trovato un'altra dottoressa, o un altro dottore, a rappresentare un'altra categoria di lavoratori colpiti dalla *spending review*.

Ahimè, quello che noi diciamo sempre, come movimento politico, è che la società è

un tutt'uno. C'è sempre qualcuno che viene colpito da un'azione. Se non sono io, è colpito chi è accanto a me. Il problema non è che io oggi venga colpito. Il problema è a monte, è l'azione che colpisce me.

Come Movimento 5 Stelle, noi prendiamo atto che, quando è stato votato questo comma, evidentemente nessuno si è posto questo problema. Ciò è gravissimo. Quando si vota la legge di stabilità, queste cose andrebbero valutate. Allo stesso modo oggi ci troviamo una relazione della Corte dei conti che bocchia la legge di stabilità del 2014 perché mancherebbero 13,5 miliardi.

A me sarebbe piaciuto che questa indagine conoscitiva la XII Commissione l'avesse fatta — io non c'ero — prima di generare quella che oggi è una situazione *de facto*. Noi possiamo adesso ragionare, l'indagine conoscitiva ha questo scopo, di tavoli ministeriali. La soluzione del dottor Martelloni mi sembra molto razionale. Signori, però, il dato è tratto, *alea iacta est*: 1.400 medici non hanno un lavoro.

Adesso nell'immediatezza cosa possiamo fare? Secondo me, è importante vedere innanzitutto il contratto che hanno questi medici fiscali con l'INPS. Si è parlato in più occasioni di incompatibilità. È chiaro che questa rappresenta una gravissima discriminante in negativo per chi ha questo contratto. Non si può pretendere che persone che non possono lavorare contemporaneamente abbiano incompatibilità.

Probabilmente — mi rivolgo al presidente della mia Commissione — come Commissione, noi possiamo esaminare questo contratto e sollecitare immediatamente l'INPS a cambiarlo. Questa è un'azione immediata che può essere propeedeutica all'istituzione di un tavolo di lavoro.

Poi, come dice la collega Lenzi, abbiamo bisogno anche di dati certi. Io ho letto un po' le relazioni e i costi dei 1.400 medici fiscali.

Parlo del contratto che avete avuto finora. Qual è il tipo di contratto? È una convenzione? Ce la potete fare avere (*Commenti*)?

PRESIDENTE. Scusate, colleghi, chiedo una cortesia. Avrete occasione per intervenire, ma lasciamo finire la collega Grillo. Se lei riesce a porre delle domande, è meglio.

GIULIA GRILLO. Ho finito.

PRESIDENTE. Prosegua pure, se crede.

GIULIA GRILLO. Come dato, poiché ho visto che ci manca, io vorrei vedere questa convenzione, o contratto, e capire se noi, come XII Commissione, nell'immediatezza possiamo fornire un aiuto in questa direzione. Naturalmente noi siamo d'accordo — figuriamoci — sul tavolo di confronto, il tavolo di lavoro, per risolvere il problema.

Il problema di ASL e INPS e dell'uso dei medici, se mi permettete, è un problema anche un po' — io sono anche medico legale, tra l'altro, e, quindi, ho un minimo di cognizione, anche se non posso sapere tutto — di invasione territoriale. Si combatte anche sul discorso delle Commissioni di invalidità. Purtroppo, in tutti o quasi gli ambiti delle pubbliche amministrazioni ci sarebbe da parlare molto su questo tema, ma non voglio perdere tempo su questo. Mi voglio concentrare sulla convenzione e sui dati precisi.

Dall'altra parte, mi sento di dire, come nota politica del nostro movimento, che noi riteniamo semplicemente aberrante che venga tagliato un servizio pubblico perché è necessario all'interno della *spending review* e tutto quello che voi volete, ossia semplicemente per una mera questione di calcolo economico. Ottimizzare e ridurre gli sprechi va bene, è quello che noi diciamo sempre, ma, se è vero che i medici fiscali costano 50 milioni di euro e pensiamo che noi abbiamo rifiutato 41 milioni di euro di rimborsi elettorali, se la matematica non è un'opinione, i soldi ci sono.

Con i soldi nella legge di stabilità si fa così. Noi abbiamo approvato la legge di stabilità per spostare i soldi da una parte all'altra. Si fa proprio così: si levano da una parte e si mettono da un'altra. Poiché noi vediamo che ci sono sprechi enormi e

che i soldi vengono erogati in maniera assolutamente incongrua, io non capisco come non si trovino 50 milioni di euro all'anno, se è questa la cifra, per pagare 1.400 medici. Certamente, anche se si deve tagliare, non si possono prendere questi medici e buttarli in mezzo alla strada. Questa mi sembra una questione assolutamente ovvia e naturale.

Pertanto, aspettiamo l'INPS per sapere i dati certi e anche come mai non abbia ritenuto di attivare un tavolo preventivo con i medici per potere discutere con loro. Mi sembrerebbe il minimo in uno stato civile ed evoluto, che fa parte dell'Europa, ma qui ne stiamo vedendo tante.

Da parte nostra c'è la disponibilità a discutere, ma, ripeto, per quello che sto vedendo, con i prossimi tagli che ci saranno — dal 2014 abbiamo anche il *Fiscal Compact* — non ci sarà da stare allegri con i soldi.

Per quanto riguarda noi, dunque, va bene il tavolo di lavoro. Io sposo in parte anche la tesi del dottor Martelloni, perché mi sembra abbastanza razionale. Poi bisogna vedere la compatibilità di tutto questo. Chiedo comunque come dato questa convenzione per poterla vedere e studiare e capire che cosa si può modificare.

DELIA MURER. Io vorrei sottolineare l'importanza di aver voluto questa indagine conoscitiva, che noi abbiamo proposto alla Commissione proprio perché eravamo ben consapevoli delle difficoltà in cui si è trovata in particolare una parte della vostra categoria.

Già l'altra volta io avevo posto alcune domande, a cui mi è stato detto che non era possibile avere le risposte — le riferemo all'INPS — su quanti medici abbiano un rapporto esclusivo con l'INPS, senza altre specializzazioni. Quelli sono probabilmente, all'interno di una categoria che può avere nell'insieme delle difficoltà, coloro che hanno le difficoltà più estreme, perché non hanno gli ammortizzatori che altri lavoratori avrebbero.

Ci veniva proposta nella passata audizione un'immagine che, secondo me, fa pensare. Nell'immaginario nostro la figura

del medico, peraltro con una certa esperienza e con un certo bagaglio professionale, non era la figura del precario che invece si rivela essere.

Uno dei punti è questo: c'è una disparità anche dentro i 1.400 dell'INPS, perché alcuni hanno alcune modalità di esclusività e altri no. Credo che dovremmo capire queste differenze anche per poter salvaguardare questi lavoratori e fornire loro delle risposte.

Poi c'è il tema del Polo unico e di come potrebbe attivarsi.

Infine, io credo che ci sia anche un'altra questione che è emersa, che emergeva dai vostri interventi e che emergeva anche l'altra volta: la discrezionalità che l'INPS ha applicato nella scelta di tagliare queste visite, ossia questo comparto di attività. La legge di stabilità non ha detto all'INPS di tagliare questo comparto. Si tratta di un'azione fatta con una circolare interna all'INPS. Su questa questione io credo che noi dovremmo aprire un dialogo per capire se sia una delle priorità oppure no all'interno delle scelte.

Questo anche a fronte del fatto che emerge un uso improprio della malattia. Vorremmo capirne le dimensioni. È una questione difficile da capire. Anche oggi da alcuni di voi veniva sollevato il tema che ci possono essere casi in cui si sostituisce un ammortizzatore sociale con la malattia. Il fatto che non vengano svolti i controlli danneggia l'insieme della società. Credo che questo sia un problema.

Volevo chiedere, quindi, se voi siete in grado di fornirci qualche dato più preciso sui medici maggiormente penalizzati, come li chiamo io, ossia quelli che hanno un rapporto di esclusività, e anche su che tipo di percorso si può ipotizzare verso il Polo unico.

PRESIDENTE. Se non ci sono altre domande da parte dei colleghi commissari, prima di dare la parola per le risposte, svolgo alcune osservazioni.

In realtà, la maggior parte degli interventi dei colleghi hanno riportato considerazioni, più che domande specifiche, e una parte delle domande che sono emerse

oggi in Commissione mi sembra abbia come referenti soggetti che oggi non sono presenti in audizione. Le ripresenteremo, dunque, quando avremo in audizione i soggetti che possono fornire una risposta puntuale alle osservazioni che i colleghi hanno svolto.

Io credo di potermi riallacciare a una considerazione che ha fatto Donata Lenzi per confermarla. Probabilmente, se nella legge finanziaria approvata nel dicembre del 2012 non fosse stato contenuto un intervento di *spending review* sull'INPS, noi non ci troveremo ora di fronte a queste esigenze di audizione e di indagine conoscitiva e forse il Parlamento non avrebbe appreso una serie di criticità che esistono indipendentemente da quell'intervento di *spending review*.

Io credo che i rappresentanti dei medici fiscali e dei medici di medicina legale che sono intervenuti abbiano sottolineato un aspetto che non ci deve sfuggire: il problema fondamentale, al di là delle sofferenze professionali ed economiche di chi esercita quest'attività, è dato dal fatto che, come ci è stato detto anche nelle scorse audizioni, un ipotetico 1 per cento di crescita di malattia inappropriata costa 100 milioni al sistema Paese. Noi non vorremmo che alla fine ci fossero piccoli risparmi a fronte del rischio di grossi sprechi.

Mi sembra che tenere a mente questo sia importante. Ovviamente i rappresentanti dei medici fiscali segnalano la loro sofferenza, ma essa, per quanto importante, è da inquadrare nel rischio di sofferenza complessivo che la cultura del lavoro avrebbe in Italia. Noi sappiamo che siamo arrivati a livelli fisiologici di assenza per malattia grazie a una serie di interventi culturali importanti, in cui anche l'attività di controllo ha avuto un ruolo non di secondo piano. Dobbiamo mantenere questo clima culturale. Se il clima culturale si ribaltasse, ci sono dei rischi che sono stati da voi stessi già sottolineati, quando ci avete detto che in alcune situazioni di sofferenza aziendale si utilizza in modo improprio e inappropriato il sistema della malattia.

Bisogna che teniamo bene a mente questo, ma ciò che è successo ha portato alla conoscenza della Commissione una serie di incongruenze, come orari di controllo diversi, meccanismi di controllo diversi, metodi di lavoro e sistemi di incompatibilità diversi all'interno della stessa INPS. Magari, se entrassimo nel dettaglio, troveremmo differenze anche all'interno del reclutamento tra le aziende sanitarie e l'INPS nel convenzionamento dei medici che svolgono quest'attività.

Inoltre, abbiamo scoperto che quello che noi chiamiamo, forse impropriamente, Polo unico — per noi è forse semplificativo parlare di « Polo unico » — in realtà riguarda un'omogeneizzazione dei criteri e un ragionamento unico su come debba essere attuata la medicina di controllo, la medicina fiscale.

Io non credo che il Parlamento abbia come idea fissa quella di accentrare tale servizio in capo a un unico erogatore, quanto quella di aprire un tavolo comune in cui ci sia un'omogeneizzazione complessiva di tutto tale per cui, se anche i soggetti istituzionalmente preposti fossero più di uno, sia unico il Polo, nel senso che siano unici i criteri di reclutamento e di retribuzione dei medici, nonché i criteri con cui vengono effettuate le visite di controllo e le modalità medico-legali con cui vengono attuate. In sostanza, l'idea è che ci sia una cultura unica. Il Polo unico per noi è cultura unica.

Ciò detto, vi chiedo scusa se ho portato via qualche minuto di tempo e do la parola agli auditi per la replica.

EDUARDO STORNAIUOLO, *Segretario generale di SINMEVICO-Sindacato medici visite di controllo*. Signor presidente, io vorrei solamente ribadire che, quando si parla di una spesa per le visite fiscali di 50 milioni, si parla di ciò che esce dall'INPS, senza fare il bilancio di ciò che dovrebbe rientrarvi. L'INPS prende soldi dai datori di lavoro per le visite da questi richieste e dovrebbe prendere soldi con la riduzione delle prognosi e con le eventuali sanzioni.

Noi oggi ci troviamo in una situazione in cui alcune sedi INPS chiedono ancora

alle aziende fatture del 2003. Non ho sbagliato: del 2003. Stiamo parlando di undici anni fa. Sono soldi che dovrebbero rientrare e che non sono rientrati.

Quanto alla *spending review*, adesso non voglio scendere nella polemica se si poteva o non si poteva applicare alle visite di controllo. Di fatto si è applicata. Io penso che molto probabilmente sarebbe stato molto più onesto e dignitoso prima riscuotere i crediti e poi tagliare le spese, che hanno portato, come abbiamo visto, a un aumento enorme della spesa dell'INPS.

Quando parliamo di Polo unico, siamo d'accordo che le modalità debbano essere uguali per le ASL e per l'INPS, ma non vogliamo fare il discorso brutto, del tipo: visto che l'INPS non ci dà i soldi per le visite fiscali, noi vogliamo appropriarci dei pazienti delle ASL, in modo da avere un bacino d'utenza. La disponibilità economica è ampiamente presente. Sono le modalità da parte dell'INPS, che ha sempre gestito questo settore in una maniera scellerata, che hanno portato alla situazione attuale.

ANNALISA SETTE, *Presidente dell'Associazione nazionale medici di medicina fiscale (ANMEFI)*. Io vorrei puntualizzare alcune cose.

Per quanto riguarda il nostro contratto di lavoro, non esiste. Noi lavoriamo con una convenzione. L'unica volta che abbiamo avuto un rinnovo del decreto-legge è stato nel 2008. Avrebbe dovuto essere un decreto « ponte » per arrivare a una stabilizzazione, ma noi la stabilizzazione non l'abbiamo. Non possiamo, quindi, fornirvi un pezzo di carta con garanzie o regole particolari, se non le regole che detta l'INPS nelle circolari che di volta in volta emana.

Per quanto riguarda la spesa per la medicina fiscale, già a ottobre del 2012 il Ministro Balduzzi sottolineò come non fosse possibile sopprimere la medicina fiscale anche nell'ambito della *spending review*. Lo stesso CIV, il Comitato interno di vigilanza, dell'INPS, a giugno del 2013, dopo che l'INPS aveva preso l'iniziativa di bloccare le visite fiscali, ha chiesto al-

l'INPS di porre in atto iniziative che contenessero l'assenteismo.

Per quanto riguarda, invece, l'entità del danno nella nostra categoria, noi non possiamo quantificarla, perché non abbiamo modo di sapere quanti dei nostri colleghi svolgono solo il nostro lavoro e quanti, invece, fanno lavori nell'ambito libero-professionale, per non parlare di coloro che eventualmente, in aperto contrasto con le incompatibilità, svolgono attività nell'ambito di strutture pubbliche. Questo è un compito che spetta all'INPS. Solo l'INPS può avere dati in questo senso e può verificare le eventuali richieste che di tanto in tanto ci fanno compilare per firmare documenti che dichiarino la nostra non incompatibilità.

Per quanto riguarda il numero delle visite fiscali, oggi l'INPS stabilisce che si possono fare 100 visite fiscali. In passato aveva stabilito che, per avere un rapporto di qualità tra costi e benefici, non si potesse scendere al di sotto del 20 per cento sui controlli rispetto ai certificati in ingresso. L'INPS, quindi, si contraddice da solo.

Per quanto riguarda la capillarità del servizio INPS, è una capillarità che esiste. L'INPS ha sedi ovunque. Noi facciamo visite in tempo reale ovunque, sia per i datori di lavoro privati, sia per i datori di lavoro pubblici. C'è un immediato avvio della visita al medico attraverso il computer e c'è l'obbligo di registrazione del verbale medico contemporaneamente alla visita. Al termine della visita tale verbale deve essere trasferito al datore di lavoro e all'INPS.

Per quanto riguarda l'abuso delle visite, le visite fiscali, con o senza *data mining*, sono sempre state sottoposte con certificati ai medici strutturati INPS, che mi risultano essere medici qualificati, medici legali che controllavano i certificati, valutavano la diagnosi — nella mia sede si è sempre fatto; avevamo un buon rapporto con i medici e sapevamo che questo veniva fatto — i tempi di malattia e la congruità tra la prognosi e la malattia. Non abbiamo mai fatto visite a un paziente oncologico,

per esempio, o nell'immediato dell'uscita da un ospedale per un'ingessatura o per un grosso intervento chirurgico.

Ci sono poi le visite richieste dal datore di lavoro. Faccio questo lavoro da molto tempo e mi ricordo che moltissimi anni fa noi potevamo fare anche due visite al giorno allo stesso lavoratore. Era una forma di persecuzione. Noi chiedemmo che questo non si potesse fare, facendo presente che noi non potevamo fare i controllori della presenza al domicilio perché siamo medici, non impiegati o carcerieri.

Questa attività è stata eliminata. Noi valutiamo, quando andiamo a casa, l'idoneità al lavoro, non se il paziente sia malato oppure no. Noi valutiamo se, rispetto alla mansione svolta, il lavoratore può lavorare oppure non può lavorare. Una malattia che può essere anche una semplice influenza non è la stessa cosa per un impiegato rispetto a un soggetto che svolge un'attività all'aperto su una pista d'aerei.

Peraltro, noi non vogliamo necessariamente il Polo unico all'INPS perché crediamo di essere più bravi di altri. È stata fatta questa proposta. Nel corso di un tavolo di trattative si potrà valutare, ma noi non vogliamo assolutamente sostituirci ad alcun tipo di professionalità di alto profilo. Tutto ciò che concerne la medicina legale, la valutazione del rischio clinico, le valutazioni delle malattie professionali, le invalidità civili lo facciano e lo continuino a fare, come hanno sempre fatto, i medici legali. Noi non chiediamo di sostituirci a loro, ma di rispettare la nostra professionalità, che sul campo ci siamo guadagnati.

Tutto qui. Non vogliamo prendere il posto di nessuno, non vogliamo scalzare i medici ASL, non vogliamo stabilire che noi lavoriamo e loro non lavorano. Vogliamo cercare di capire se sia possibile che si lavori tutti. Noi sicuramente non abbiamo né una convenzione a ore, né un contratto di lavoro stabile, diversamente dai colleghi ASL. Noi non abbiamo nulla.

FRANCESCO AMMATURO, *Presidente dell'Associazione nazionale medici INPS (ANMI-FeMEPA)*. Ci sono alcune questioni che presentano la necessità di una precisazione e di un inquadramento.

La prima è che sfortunatamente per noi medici dell'INPS c'è stata una convergenza di INPS, INPDAP ed ENPALS in un unico ente e che, quindi, i lavoratori sono adesso in un sistema previdenziale e assicurativo unico, tant'è che si rende indubbiamente la necessità di omogeneizzare la criteriologia di accertamento, dalle fasce orarie ad altre condizioni.

Essendo differente la condizione lavorativa dei vari soggetti, indubbiamente si pongono interrogativi differenti. È una questione diversa valutare un soggetto di una società privata che fa il manovale e valutare un dipendente pubblico, ma fondamentalmente giornate, malattie o condizioni strane e particolari sono uguali per tutti.

Senza fare riferimento alla normativa del Dipartimento della funzione pubblica che andava a individuare necessità e anche obblighi abbastanza severi e anche un po' eccessivi di responsabilità nei confronti di un medico che deve andare ad accertare uno stato di malattia, esiste comunque una condizione per la quale la malattia deve essere individuata e si può individuare in tante forme, al di là dell'attività dei singoli.

L'INPS ha fatto, in questi anni, un percorso sulla certificazione di malattia molto interessante, che nessun'altra struttura del territorio, né tanto meno il Servizio sanitario nazionale, ha mai fatto, perché non ha dedicato forse il dovuto tempo per quanto riguarda la condizione lavorativa, dovendo vedere in via preponderante i dipendenti pubblici.

Noi, invece, abbiamo le industrie. Abbiamo fatto numerosi congressi anche con Confindustria, perché in alcuni momenti la filiera produttiva si interrompeva. Quando c'è la vendemmia, quando c'è la raccolta delle olive, quando ci sono altre situazioni, si verifica una condizione generale. Da una parte, abbiamo cercato di individuare la tutela del lavoratore che stava veramente male e, dall'altra, ab-

biamo cercato di tutelare anche il datore di lavoro, perché chiaramente questo aspetto crea dei problemi.

Oltretutto, almeno noi medici dell'Istituto abbiamo cercato di tutelare anche le condizioni lavorative delle persone, tanto che rivediamo i soggetti quando loro non li trovano e applichiamo condizioni varie su cui non vi sto ad annoiare, perché sono abbastanza specifiche.

Comunque c'è un problema fondamentale, al di fuori della norma di conglomerazione, ma tutto si può fare. Se la malattia deve essere scorporata, a mio avviso, da qualsiasi altro sistema, occorre individuare una condizione necessaria di Polo unico. Il momento attuativo è un'altra condizione, ma noi abbiamo due elementi. Il primo è la raccolta della nosologia, cioè della tipologia di malattia, che non fa nessun altro. Il secondo è il famoso procedimento del *data mining*, che sembra niente, ma che va a escludere, sotto indicazione di alcuni parametri informatici, le condizioni, per esempio, di neoplasie accertate. I soggetti interessati vengono scartati.

Se siamo a dieci mesi di distanza da una condizione che si protrae per un determinato arco di tempo, da rosso — non andare a vedere il soggetto — a mano a mano il colore si attenua e, quindi, il lavoratore può essere soggetto a valutazione del medico dell'INPS, il quale va a individuare specificatamente nella registrazione di tutti i certificati a nostra disposizione come storico, strumento che nessun'altra amministrazione ha, quale è, per esempio, il tipo di neoplasia interessata. È un problema piuttosto interessante. Questo è un secondo punto.

Come terzo punto, non è assolutamente proponibile che debbano esistere commissariati periferici. L'INPS è diramato su tutta la nazione, tant'è che le valigette informatiche servono anche per offrire e ricevere in tempo reale i dati. In un sistema informatico nazionale, in un mondo che va avanti, difficilmente possiamo tornare indietro, a meno che non

vogliamo ritornare al cartaceo, che è vietato, o almeno fortemente criticato, nelle pubbliche amministrazioni.

Non possiamo tornare indietro con determinati sistemi. Il medico va da a casa sua a dove deve andare. Noi abbiamo diversificato i medici rispetto al codice di avviamento postale. A questo punto sappiamo chi sta dove. Non bisogna prendere l'elicottero per andare a Ponza se c'è maltempo, perché ci sono degli ammalati. Ci sarà il medico di riferimento.

Quanto alle graduatorie, sono state volute da alcuni sindacalismi — mi dispiace dirlo, da sindacalista — come fondamentalmente chiuse, non apribili, non disponibili, non modulari. L'INPS aveva cercato di individuare un sistema convenzionale, come è stato fatto con i medici di invalidità civile, i quali possono svolgere plurime attività nell'ambito dell'individuazione dei carichi di lavoro.

Una pubblica amministrazione — l'INPS lo fa ormai da 20-25 anni — individua gli organici su carichi di lavoro, non inventandoli, bensì addirittura (noi diciamo, come associazione, che questo è un po' esagerato), dettagliando la quantità di tempo che ci vuole per verificare un certificato medico. Se abbiamo 100 certificati medici e occorrono 3 minuti a certificato, si calcolano 300 minuti. Su questo tempo si determina la necessità di organico in una media nazionale ponderata nei diversi anni e si crea una volontà di organico convenzionale o da assunzione.

I 998 medici che noi abbiamo sono collaboratori validissimi perché selezionati per fare sia l'attività di invalidità civile, sia quella di tipo previdenziale, quando in una sede cade la quantità di invalidità civile. Non si può pensare che oggi noi congeliamo un'unica attività e, quindi, individuiamo una data persona. Se c'è caduta di un prodotto, come potrebbe avvenire per ragioni normative o per altre motivazioni, per esempio per picchi di tipo influenzale, per cui tutti siamo ammalati, fare improvvisamente un'assunzione di mille medici non mi sembra, in questo momento, praticabile. Se lo fosse, ben venga, perché noi accettiamo sempre che i colleghi diventino

dipendenti e non convenzionati, ma una modularità su uno zoccolo duro di dipendenza ci deve essere.

Ce l'hanno tutte le strutture. Ce l'hanno quelle del Servizio sanitario nazionale — se non mi sbaglio, siamo a un convenzionamento tra il 45 e il 55 per cento con contratti a tempo determinato su tutti gli organici — ce l'hanno quelle dell'INAIL, che fanno contratti di tipo SUMAI, e da pochi anni, da quando è stata introdotta l'invalidità civile, ce l'ha anche l'INPS, con un convenzionamento che è molto meno rigido e che è rinnovato annualmente rispetto a quello dei medici cosiddetti fiscali, ossia dei colleghi con i quali lavoriamo.

RAFFAELE ZINNO, *Segretario nazionale del Sindacato italiano specialisti in medicina legale e delle assicurazioni (SISMLA)*. Vorrei concludere precisando che, a mio avviso, non è opportuno sovrapporre alcune questioni. Noi abbiamo il problema dei colleghi, ai quali bisogna dare una risposta; credo sia giusto, ma è un problema che va affrontato in quanto tale.

Poi c'è il problema del ruolo strategico delle visite fiscali e della necessità di omogeneizzare i protocolli, i comportamenti e le valutazioni, che è un'altra questione, che prescinde dalla necessità di stabilizzare i colleghi. Noi dovremmo cercare di capire l'obiettivo strategico, lo strumento e le risorse.

Le risorse in termini di personale le abbiamo: sono i colleghi che lavorano presso l'INPS e quelli che lavorano presso l'ASL. Quanto alle risorse, una parte c'è. Il loro trasferimento, però, non risolve nessuno di questi problemi. Il trasferimento dall'ASL all'INPS non risolve i problemi di nessuno, forse solo quelli dell'INPS. Pertanto, bisogna creare tutte le linee guida necessarie e bisogna recuperare alcune prassi che, per esempio, non vengono seguite a tutela anche del lavoratore.

Noi avevamo una norma che indicava due tipi di attività di controllo, il controllo di tipo amministrativo e il controllo di tipo sanitario. Il controllo di tipo amministrativo era la verifica della permanenza del

lavoratore ammalato presso il proprio domicilio. Tali verifiche venivano fatte da amministrativi e, quindi, incidevano poco o per niente sull'attività di controllo. Bisognerebbe ripristinare tale norma, lasciando i controlli mirati e seri che vengono alla fine di un dato percorso.

Io rinnovo, quindi, il nostro vivo apprezzamento per lo svolgimento dell'indagine conoscitiva. Se conosciamo a fondo tutto il problema e la conoscenza diventa patrimonio comune, forse riusciremo a trovare delle soluzioni comuni e condivise per fornire una risposta ai problemi.

Di nuovo grazie, signor presidente, e grazie a tutti i componenti della Commissione.

PAOLO ARBARELLO, *Presidente della Società italiana di medicina legale e delle assicurazioni (SIMLA)*. Mi avrebbe stupito se Ammaturo avesse detto dicesse per conto dell'INPS delle cose diverse. Il punto, Ammaturo, non è se siamo contro. Secondo quello che mi pare ci siano venuti a chiedere...

PRESIDENTE. Mi scusi, professore. Non è richiesto il commento di quello che ha detto il dottor Ammaturo. Le chiediamo la risposta a quello che le hanno chiesto i colleghi.

PAOLO ARBARELLO, *Presidente della Società italiana di medicina legale e delle assicurazioni (SIMLA)*. Quello che ci domandate è se siamo d'accordo o no su un Polo unico.

PRESIDENTE. Non abbiamo chiesto questo. Abbiamo chiesto di sapere se ci sono vostre posizioni in merito. La sua posizione sul Polo unico l'abbiamo sentita.

PAOLO ARBARELLO, *Presidente della Società italiana di medicina legale e delle assicurazioni (SIMLA)*. La posizione è esattamente questa: esiste un'esigenza che i medici fiscali vadano avanti col loro lavoro e realizzino utili nell'economia del Paese? A me pare che la risposta sia indubitabilmente sì.

Il punto è che per ora, sotto l'egida dell'INPS, tali medici sono fortemente precarizzati. Io non credo, diversamente da quello che hanno detto altri, che l'INPS sia in condizione, in questo momento, di razionalizzarli economicamente — non voglio usare altri termini — non perché non voglia farlo, ma perché ha veramente tanto da fare, anche in campi come i nostri della medicina legale specifica, in cui ha svolto un ruolo pregevolissimo. Questa è una funzione parallela. Sarebbe il caso che l'INPS prevedesse anche una formazione nei confronti dei medici che a questa materia si applicano, sicuramente con una contrattualizzazione seria, perché essa costituisce un risparmio per il Paese.

Io credo che non sia facile, ma bisogna cercare di farla, l'integrazione tra le strutture territoriali della sanità, quelle del Servizio sanitario nazionale e l'INPS in questa fattispecie è indispensabile. Se concentriamo tutto, cioè se affidiamo la medicina fiscale esclusivamente alle ASL o all'INPS, rischiamo di avere dei difetti di funzionamento di questa struttura preziosa. Dobbiamo trovare un modo perché i medici fiscali siano, per un verso, istituzionalizzati e, per l'altro, formati. Non mi sembra, però, che in questo momento l'INPS sia in condizione di fare tutto da solo.

Con riferimento a quello che è stato detto da qualcuno, cioè che l'INPS ha una serie di possibilità dal punto di vista della verifica dei dati, noi avremmo il piacere di vederli, perché fino adesso questo tipo di dati sulle visite fiscali non li abbiamo visti.

TIZIANA D'IGNAZI, *Tesoriere di SINMEVICO-Sindacato medici visite di controllo*. Vorrei soltanto puntualizzare alcune cose.

Avendo fatto questo lavoro dal 1986 — peraltro, sono anche medico legale, per cui ho una *forma mentis* probabilmente diversa da quella di qualche collega che non ha una specializzazione — io ho notato che quello che, secondo me, non va nell'INPS non è tanto l'organizzazione. Ci sono alcune questioni che noi nel corso degli anni abbiamo ripetutamente fatto presenti e

che non funzionavano. Abbiamo offerto la nostra collaborazione, eravamo disposti a verificare altre situazioni, ma non ci è mai stato risposto.

Non solo, ma nel corso degli anni, quando i colleghi di Canicattì o di Venezia ci dicevano che loro lavoravano in un certo modo, che gli stipendi venivano pagati in un modo, che il rapporto con l'impiegata o con il direttore funzionava in una data maniera, queste cose noi nel corso degli anni le abbiamo sempre fatte presenti per cercare una collaborazione e per avere un miglioramento del servizio. Vivendo sul territorio la malattia del dipendente tutti i giorni, sapevamo chi era l'abitudinario, chi era quello che ci « provava ». Sembrano cose stupide, ma in realtà non lo sono, perché aiutavano a migliorare il servizio.

Questa collaborazione noi l'abbiamo chiesta, ma ci è stata sempre rifiutata. Ultimamente, quando abbiamo chiesto i dati all'INPS, non ci sono mai stati forniti. Abbiamo chiesto la verifica delle incom-

patibilità, che non è mai stata fatta. Noi le cose all'INPS le abbiamo chieste, ma ci è sempre stato risposto « picche ».

PRESIDENTE. Credo di poter ringraziare di cuore tutti gli ospiti che sono stati presenti oggi nell'audizione. Mi sembra che sia stata un'audizione molto interessante. Ringrazio davvero, perché non è stata né banale, né formale. Probabilmente ciascuno di noi ha appreso cose che potranno essere utili nell'attività successiva della Commissione. Un grazie veramente di cuore e non formale.

Dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15.20.

*IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE*

DOTT. VALENTINO FRANCONI

*Licenziato per la stampa
il 29 aprile 2014.*

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

