

COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI

RESOCONTO STENOGRAFICO
INDAGINE CONOSCITIVA

3.

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 26 FEBBRAIO 2014

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **PIERPAOLO VARGIU**

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i>	3, 4, 7, 8, 10
Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i>	3	Carnevali Elena (PD)	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		Cecconi Andrea (M5S)	6
Audizione di rappresentanti dell'Istituto nazionale di previdenza sociale (INPS):		D'Amato Vincenzo, <i>Direttore centrale dei bilanci dell'INPS</i>	10
		Lenzi Donata (PD)	5, 8
		Murer Delia (PD)	6
		Nori Mauro, <i>Direttore generale dell'INPS</i> .	3, 7, 8

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 14.15.

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'Istituto nazionale di previdenza sociale (INPS).

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'Istituto nazionale di previdenza sociale (INPS).

Nel dare il benvenuto ai nostri ospiti, ricordo che sono presenti per l'INPS il dottor Mauro Nori, Direttore generale, il dottor Vincenzo D'Amato, Direttore centrale dei bilanci, e la dottoressa Francesca Fedele, Dirigente della direzione centrale prestazioni a sostegno del reddito.

Do la parola al dottor Nori affinché svolga la sua relazione.

MAURO NORI, *Direttore generale dell'INPS*. Ringrazio il presidente e gli onorevoli commissari. Sarò sintetico, anche perché ho depositato una relazione dettagliata sullo stato dell'arte. Sarò ovviamente

a disposizione per rispondere a qualunque domanda i componenti della Commissione vorranno porre.

L'argomento oggetto di questa audizione si inserisce nell'ambito del sistema di accertamento delle visite mediche fiscali nel settore privato affidate all'INPS. La materia del contendere interviene in un processo di razionalizzazione delle spese dell'Istituto, rappresentando oltre il 50 per cento delle spese di funzionamento del bilancio complessivo dell'Istituto.

L'Istituto, nelle varie poste passibili di revisione di spesa, ovvero le spese cosiddette non obbligatorie — non avremmo potuto ridurre, ad esempio, il pagamento delle pensioni —, ha effettuato una riduzione delle spese di funzionamento compatibile con il mantenimento del livello di servizio e quindi del livello di controllo dell'intero sistema.

Le somme appostate per la medicina di controllo nel bilancio 2014 ammontano a 12 milioni di euro, in diminuzione rispetto ai 22 milioni spesi nel corso del 2013, ma in aumento rispetto alla seconda metà dell'anno 2014 di oltre il 50 per cento. Chiarisco meglio questo passaggio perché lo scorso anno ci sono stati parecchi interventi e interrogazioni parlamentari sul punto.

Intervenute le disposizioni operative della *spending review*, l'Istituto nei primi mesi dell'anno 2013 ha mantenuto il bilancio degli anni precedenti, ma nel secondo semestre ha rideterminato le proprie spese per questa attività in circa 500.000 euro al mese. Nel 2014 questo importo è stato elevato a un milione di euro al mese.

Questo per quanto riguarda l'entità della spesa. Per quanto concerne, invece, l'efficacia del nostro intervento, dati di

bilancio alla mano, pur avendo ridotto la quantità di visite complessive, l'Istituto non ha riscontrato alcun elemento significativo di incremento della spesa per malattia, che è un indicatore chiaro. Inoltre, non sono peggiorati, anzi sono migliorati, i rapporti per quanto riguarda il tasso di idoneità, che in termini percentuali è salito, nonostante i tagli del 2013, dal 23,9 per cento al 29,4 per cento. Allo stato attuale, pertanto, non si registrano problematiche, pur nella significativa riduzione delle spese per le visite mediche di controllo disposte d'ufficio.

Faccio questa precisazione perché, con riferimento alle visite mediche disposte dalle aziende, non c'è stata alcuna contrazione, com'è logico aspettarsi. Poiché sono le aziende a doversene caricare il costo, non avrebbe avuto senso che l'Istituto riducesse anche il *budget* di queste visite mediche. Peraltro, anche il sistema delle aziende ha ridotto le richieste di visite fiscali, segno che il fenomeno viene considerato sotto controllo.

Questa riduzione di spesa è stata resa possibile anche grazie all'utilizzo più puntuale e mirato di un sistema telematico di *data mining*, attraverso una ricognizione delle tipologie storiche e un'analisi puntuale, svolta con modelli esperti tecnologici, dei potenziali rischi di frode. Anche in ragione di alcune situazioni territoriali che presentavano maggiore rischiosità di un utilizzo fraudolento dello strumento della malattia da parte di lavoratori o di aziende in collusione con i lavoratori, i numeri in evidenza ci dimostrano che il fenomeno è ampiamente sotto controllo.

Per quanto riguarda più in generale il meccanismo delle visite mediche di controllo, l'Istituto si dimostra favorevole alla creazione di un polo unico della medicina di controllo pubblica e privata. Come sapete, da circa ventiquattro mesi l'INPS è interessato da un processo di accorpamento di altri enti previdenziali, uno su tutti l'INPDAP, l'ente di previdenza che gestisce la previdenza e il *welfare* dei dipendenti pubblici. Come logica conseguenza, l'Istituto ritiene di poter realizzare significativi risparmi per conto del bilancio pubblico,

accollandosi l'onere di effettuare le visite mediche di controllo per il segmento pubblico attualmente affidate alle ASL, ricevendo in termini di ritorno una quota parte delle attuali somme appostate per l'attività di controllo del segmento pubblico.

Abbiamo anche partecipato a tavoli tecnici organizzati dal precedente Governo e abbiamo risposto positivamente alle associazioni di categoria dei medici che ci hanno sollecitato su questo punto. Siamo disponibili ad assumere l'onere di effettuare le verifiche anche per il segmento pubblico, previo conferimento dello stanziamento attualmente stabilito per il settore, che è di circa 70 milioni di euro.

Per darvi la dimensione dell'entità della spesa tra il segmento pubblico e il segmento privato, faccio presente che i lavoratori privati iscritti sono circa 22 milioni contro i 3,5 milioni di iscritti nell'ambito del segmento pubblico.

PRESIDENTE. Grazie, dottor Nori. Prima di dare la parola ai colleghi, vorrei porre anch'io alcune domande, partendo dalle sue considerazioni.

La Commissione si occupa di due aspetti differenti. Da un lato, esiste il problema dei medici che effettuano le indagini, dall'altro esiste il problema della certezza dei controlli e quindi della stabilità culturale dell'atteggiamento del dipendente nell'assenza per malattia, che è fondamentale per il controllo complessivo delle assenze dal lavoro.

Lei ha detto che c'è stata una riduzione delle richieste di visita da parte delle aziende private. Vorrei chiederle se tale riduzione è della stessa dimensione percentuale di quella che l'INPS ha compiuto a sua volta nel sistema di controllo a campione. Vorrei sapere qual è la riduzione in percentuale nei controlli a campione e quale la riduzione percentuale che riguarda le aziende private.

Lei ha anche detto che non esiste al momento un segnale di sofferenza del sistema dei controlli, nel senso che rimane immutata la percentuale delle assenze per malattia nel settore il cui controllo è affidato all'INPS. I dati di cui voi dispo-

nete si confrontano con dati di quanto tempo fa? E qual è il lasso di tempo che voi considerate statisticamente attendibile per dire che il sistema culturalmente regge e che non c'è una tendenza in aumento a usare in modo inappropriato la malattia per carenza di controllo?

Do ora la parola ai colleghi che intendano porre quesiti o formulare osservazioni.

DONATA LENZI. Sono grata di avere l'occasione di un confronto con l'INPS, che è uno dei nostri interlocutori più importanti, essendo noi la Commissione che si occupa degli affari sociali. È opportuno per noi, e forse avremo ulteriori occasioni su argomenti come, per esempio, la disabilità, comprendere meglio come stanno andando le cose. Questa nostra richiesta nasce anche dalle sollecitazioni provenute dai medici che svolgono questo servizio per l'INPS da molti anni. Li abbiamo già auditi e alcune questioni ci lasciano perplessi.

L'esclusività del rapporto è senz'altro un aspetto importante, che si lega al tema dell'incompatibilità. Io capisco che non si possa fare il medico di medicina fiscale nello stesso territorio dove si esercita come medici di famiglia. Non è possibile controllare i certificati emessi da se stessi. Tuttavia, nel momento in cui si procede a una simile riorganizzazione, questi medici in generale e soprattutto coloro che hanno maggiore anzianità di servizio finiscono per non avere via d'uscita. Non hanno altro lavoro né altra possibilità di esercitare. Mi chiedo se non sia evitabile.

Lo stesso ragionamento vale per l'utilizzo di questa forza lavoro vincolata da un rapporto così forte con l'INPS, sia pure con un contratto anomalo. Visto che non più tardi di un anno fa avete emesso il bando per individuare i medici da inserire nelle commissioni di certificazione per l'invalidità, mi chiedo se non fosse possibile assorbire una parte di medici anche in questa funzione, naturalmente tenendo conto delle competenze e delle figure professionali.

Peraltro, sul mio territorio ho visto partecipare a quel bando e vincere medici

già in pensione dall'Istituto e ho trovato la cosa sgradevole. In generale siamo dell'opinione che quando uno è in pensione è bene che ci stia. È diventato così difficile arrivarci, che quando la si conquista, si farebbe bene a starci e a non rubare lavoro ai più giovani. Inviterei a escludere la possibilità che chi riceve una pensione possa ulteriormente lavorare, almeno nel pubblico. Il privato fa quello che vuole.

Ancora a proposito del rapporto di lavoro, questo tipo di convenzionamento è fuori da qualsiasi normativa giuslavoristica. L'imprenditore privato ha a disposizione delle persone, ma quel mettersi a disposizione ha un costo. Il sistema dei controlli sul mercato del lavoro è, sia pure per la parte dei contributi e altro, una parte rilevante dell'attività dell'Istituto e penso che l'INPS dovrebbe adottare strumenti contrattuali standard anziché crearne di nuovi. La mia richiesta è sapere se esista una trattativa, un tavolo o una qualche sede in cui si cerchi di affrontare il tema di coloro che si trovano in questa condizione.

Le dirò anche che noi abbiamo sentito numeri molto diversi su quanti siano i medici direttamente coinvolti. Soprattutto ci è sembrato di capire che sia difficile determinare quanti sono quelli che hanno rapporto solo con l'INPS e si trovano in maggiore difficoltà. Le chiedo allora quanti sono i medici fiscali che lavorano per l'Istituto in questo ambito.

Per quanto riguarda il polo unico, lei ha colto e ci fa cogliere l'enorme differenza tra i 12 milioni di euro stanziati per una platea potenziale di 18 milioni di lavoratori e i 70 milioni di euro — e li abbiamo dimezzati perché erano di più — dedicati al controllo nel pubblico impiego. È vero che dopo Brunetta i controlli nel pubblico avrebbero dovuto aumentare di numero, ma questa differenza salta agli occhi.

Non ho però compreso se l'eventuale trasferimento di risorse — atto sicuramente parlamentare trattandosi di spostamento da un capitolo all'altro di peso rilevante, e le dico subito che sarebbe vincolato a codesta attività e non ad altro — significa immaginare un polo unico con

un solo soggetto titolare della responsabilità di fare visite fiscali, responsabilità che quindi sarebbe tolta alle ASL, oppure immaginare una doppia competenza, per cui competerebbe al datore di lavoro pubblico o privato scegliere, tenendo conto magari dei contesti locali (abbiamo avuto il problema delle isole e delle zone difficili) a chi rivolgersi.

Queste sono le mie domande.

ANDREA CECCONI. Ho solo poche domande. Più che altro si tratta di chiarimenti.

In tema di visite fiscali, si evidenzia l'elemento della deterrenza della visita stessa. In altre parole, si fanno visite fiscali al domicilio dei lavoratori non solo come verifica, ma anche come meccanismo deterrente affinché il lavoratore non si metta in malattia quando non è malato. Vorrei sapere se, secondo voi, il sistema con le due fasce orarie attualmente in vigore è un deterrente adeguato oppure se sia migliorabile attuando un altro genere di meccanismo che, pur con carenza di personale e di fondi, possa rafforzare il controllo.

Prima di voi abbiamo ascoltato tutti i soggetti interessati, quali sindacati, associazioni di medici eccetera. Non ho ben capito se attualmente tutti i medici che sono incaricati di questo servizio percepiscano un'identica retribuzione o se qualche medico prenda di più e qualche medico prenda di meno. Soprattutto mi piacerebbe conoscere l'entità di questa retribuzione. Non ci è stato detto da nessuno quanto guadagni effettivamente un medico per compiere le sei visite nelle due ore mattutine e nelle due ore serali.

Da ultimo, mi collego alla domanda posta dalla collega Lenzi in merito al sistema di convenzionamento con i medici fiscali. Come nelle aziende private, in tanti enti pubblici il dipendente ha un rapporto esclusivo con lo Stato: può fare quello e non può fare altro. Mi chiedo se nella vostra visione di un polo unico prevediate che i medici lavorino in via esclusiva oppure siano in convenzione come medico

di medicina generale, un pediatra di libera scelta e tante altre categorie di medici che possano svolgere anche altre attività.

DELIA MURER. Vorrei chiedere alcune informazioni rispetto alle domande già poste dalla collega Lenzi.

Mi interessa capire innanzitutto quanti sono i medici con rapporto esclusivo, medici cioè sottoposti alla convenzione che pone tutta una serie di vincoli, compreso quello di non partecipare a specializzazioni che diano la possibilità di ricevere altri introiti, e quanti altri medici vengono usati dall'INPS per svolgere la stessa funzione. Molto abbiamo discusso con le associazioni che rappresentano i medici, ma non siamo riusciti ad avere un quadro preciso. Ci hanno detto che questi dati ce li potete fornire solo voi come Istituto.

Donata Lenzi sottolineava la natura del rapporto di lavoro, chiedendo chiarimenti sul tipo di convenzione che esiste tra l'INPS e i medici. Credo che sia una problematica da tenere presente. Ci è stato rappresentato che la richiesta di disponibilità temporale è tale da impedire la possibilità di svolgere altri lavori. Credo sia utile per noi capire se vi siano medici che si trovano in questa situazione e che, sommate le visite, abbiano una retribuzione finale tanto bassa da trovarsi vicini alla precarietà. Si parlava di circa 300 euro al mese.

All'inizio lei ha detto che, nel momento in cui avete rivisto la spesa in attuazione della *spending review*, avete ritenuto che questa fosse una spesa non obbligatoria. Vorrei essere sicura di aver ben capito.

Vorrei infine qualche chiarimento sul perché l'INPS abbia scelto di intervenire su questa voce di spesa e vorrei sapere quali dati vi fanno dire che il contenimento della spesa non ha comportato una diminuzione del livello di servizio. In base a dati che ci sono stati riportati, sembra che della malattia si faccia un uso improprio — non so in che misura — al posto di altre modalità di sostegno come la cassa integrazione.

Vorrei sapere se avete dati in proposito e se potete fornirceli.

ELENA CARNEVALI. Vi ringrazio per la disponibilità. Non ci sfugge il dato rilevante della diminuita disponibilità di risorse economiche. Una riduzione da 22 a 12 milioni di euro credo sia particolarmente significativa.

Mi incuriosisce la valutazione che ci avete fornito rispetto agli *outcome*. In particolare, voi vi riferite al numero complessivo di visite, ma noi non lo conosciamo. Ci piacerebbe pertanto capire quale sia il numero complessivo delle visite che svolgevate a fronte di una disponibilità finanziaria di 22 milioni di euro nel 2013 e qual è il numero complessivo di visite che svolgete dal secondo semestre dell'anno scorso, visto che avete avuto questa possibilità di variazione tra preventivo e assestamento. Vorremmo sapere di quali numeri in termini assoluti stiamo parlando.

Inoltre vorremmo conoscere l'indicatore che vi porta a dire che, nonostante i tagli, non rilevate un'incongruità nell'idoneità della richiesta di malattia.

Mi sembra sia questo il dato rilevante.

PRESIDENTE. Ringrazio i colleghi e do la parola al dottor Nori per la replica, pregandolo di dividere le due parti fondamentali del ragionamento. La prima parte è quella che riguarda l'efficacia dei controlli a fronte della riduzione del numero delle visite fiscali effettuate. La preoccupazione della Commissione è capire se abbiate già dati consolidati che consentano di dire con ragionevole certezza che non è aumentato — dalle audizioni che abbiamo svolto sembrerebbe invece che ci sia questo rischio — l'uso inappropriato della malattia a seguito della riduzione dell'azione che il collega Cecconi ha definito di deterrenza.

La seconda parte invece è quella che riguarda la situazione specifica dei medici su cui sono state poste molte domande.

MAURO NORI, *Direttore generale dell'INPS*. Grazie. Rispondo alla prima domanda rivolta dal presidente della Commissione. Prendendo a base il 2009, anno di partenza della relazione che abbiamo

consegnato, il numero di richieste di visite fiscali da parte dei datori di lavoro è passato da 345.000 a 275.000, con una riduzione percentuale intorno al 25 per cento. Le visite di controllo effettuate di nostra iniziativa sono passate da 789.000 a 340.000.

I due insiemi, dal punto di vista del rischio, non sono nemmeno lontanamente comparabili. Mentre un'azienda conosce l'indice di potenziale assenteismo di un lavoratore, nel nostro caso, trattandosi di visite eseguite « al buio » nei confronti del sistema delle imprese sulla scorta di dati storici presenti nei nostri archivi, il tasso di efficacia è notevolmente differente. Un'azienda sa qual è il lavoratore a rischio assenteismo perché, per esempio, è un lavoratore che si assenta sempre di venerdì o di lunedì. L'Istituto queste informazioni non le ha, se non sulla base di un'analisi storica.

Per quanto riguarda la seconda domanda posta dal presidente Vargiu a proposito del lasso di tempo necessario per le verifiche, devo fare una precisazione. Noi stiamo monitorando la spesa e il dottor D'Amato poi fornirà i dati relativi alla variazione di spesa per indennità di malattia. Il nostro obiettivo non è quello di trovare occasioni di lavoro per i medici, ma tenere sotto controllo la malattia. Il problema dei medici ci sta a cuore, ma è un elemento secondario. L'elemento primario è il controllo della spesa per l'indennità di malattia.

Il lasso di tempo per avere un dato significativo credo non possa essere che il classico triennio. È chiaro, come abbiamo detto e ripetuto più volte in occasione degli incontri con le organizzazioni di categoria e a seguito delle interrogazioni parlamentari per le quali abbiamo fornito materiale al Governo, che la spesa viene monitorata nel tempo. Non aspettiamo un triennio per verificare che la spesa raddoppi o triplichi.

Fintanto che la spesa rimane, come adesso, sotto controllo e non ci sono significative variazioni, la nostra politica, che si avvale di strumenti di indagine più efficaci, rimane la linea di governo del

fenomeno in questi termini. Per avere un dato significativo, credo che il triennio offra un elemento di robustezza dal punto di vista delle analisi. Pertanto, per poter dare un giudizio stabile, io credo che bisognerà aspettare i prossimi due bilanci, fermo restando che, se dovessimo riscontrare un incremento significativo della spesa, interverremmo con iniziative anche straordinarie.

Per quanto riguarda le richieste di informazione dell'onorevole Lenzi su esclusività del rapporto e incompatibilità, sottolineo che questi medici non hanno un rapporto di lavoro diretto con l'Istituto. Hanno un contratto di collaborazione e tra l'altro il contenzioso che negli scorsi anni è stato instaurato da parte di alcuni di questi medici per richiedere, in relazione alle caratteristiche del contratto, un rapporto di subordinazione, si è sempre concluso con una vittoria in giudizio da parte dell'Istituto. Non si tratta dunque di un rapporto di lavoro diretto, che tra l'altro non potrebbe essere costituito con un ente pubblico se non attraverso un concorso.

L'esclusività del rapporto è in qualche misura generata dal decreto che stabilisce i compensi orari e per le trasferte nonché una serie di incompatibilità. Il decreto, infatti, fissa tre fasce di disponibilità da parte del medico, il quale, se aderisse a tutte e tre, teoricamente potrebbe avere un rapporto di esclusività con l'Istituto, ma non è l'Istituto a pretenderlo. L'esclusività nasce sulla base di un decreto che potrebbe essere oggetto di modifica, anche alla luce delle novità che sono state introdotte a livello della spesa, e stabilire un diverso rapporto di servizio.

Come ripeto, l'esclusività non è richiesta direttamente dall'Istituto, ma è conseguenza delle incompatibilità stabilite dal decreto, che fissa la disponibilità per fasce orarie. Si tratta di un decreto del Ministero del lavoro, adottato di concerto con il Ministero della sanità, del 12 ottobre 2000. È la prima disposizione richiamata nella relazione.

Per quanto riguarda l'utilizzo dei medici in relazione al bando sull'invalidità

civile, il rapporto indicato nel bando è diverso. Nell'ambito della medicina di controllo abbiamo in convenzione circa 1.400 medici di tutte le tipologie. Ci sono medici pensionati, medici anziani, medici neo laureati e quant'altro. Non esiste da parte dell'Istituto un regime di esclusione che non sia quello stabilito dalle incompatibilità del decreto. L'Istituto non effettua selezioni.

Realisticamente, i medici che negli scorsi anni hanno avuto un rapporto di lavoro continuativo, oserei dire — anche se non è tecnicamente corretto — di quasi esclusività, con l'Istituto sono 200 o 300 su 1.400. Il numero può essere noto all'Istituto solamente in maniera indiretta perché non abbiamo contezza che un medico che lavori con noi non abbia altri rapporti. Noi non glielo chiediamo e pertanto non è un'informazione che deteniamo.

PRESIDENTE. Scusi, dottor Nori, ma la verifica dei requisiti del decreto del 2000 a chi è affidata?

MAURO NORI, Direttore generale dell'INPS. È affidata all'Istituto e al Ministero in qualità di organismo vigilante.

DONATA LENZI. Sedi centrali o periferiche?

MAURO NORI, Direttore generale dell'INPS. Sedi periferiche. La sede centrale verifica eventualmente la coerenza delle disposizioni con le situazioni di fatto. L'accertamento non può che avvenire attraverso le sedi periferiche. La sede centrale può stabilire se un'ipotesi di fatto che la sede territoriale qualifica come incompatibilità sia rispondente al decreto.

Come dicevo, per quanto riguarda l'invalidità civile, il rapporto di lavoro è tecnicamente diverso. L'Istituto ha emesso un bando aperto a tutte le categorie di medici che abbiano determinate caratteristiche e sulla base di questo bando ha selezionato circa 800 medici, con i quali ha stipulato una convenzione e un rapporto libero professionale di venti ore settimanali, con una retribuzione fissa.

Come ripeto, il rapporto di lavoro nell'ambito dell'invalidità civile è differente da quello relativo alle visite mediche fiscali. Esiste una parziale sovrapposizione tra questa lista e la lista dei medici di controllo per circa 150, 200 unità.

Per quanto riguarda i pensionati, condivido il fatto che, data la ristrettezza delle risorse, il privilegio vada a chi è senza lavoro anziché a chi ha altri mezzi di sostentamento e di reddito. Negli interventi futuri raccoglieremo ovviamente l'indicazione di privilegiare chi è senza reddito o, meglio, chi ha minori occasioni di reddito rispetto a soggetti che già percepiscono un reddito per altre attività professionali o un reddito previdenziale.

Quanto al fatto che il rapporto con i medici è fuori dalle norme giuslavoristiche, come ho detto in precedenza non si tratta di un rapporto diretto con l'Istituto, ma di un rapporto convenzionale libero professionale, articolato in due modalità. I medici dell'invalidità civile hanno un contratto per venti ore settimanali, mentre per i medici di controllo si attinge a quel nucleo di medici che risponde alle caratteristiche di compatibilità professionale del decreto del Ministero del lavoro, di concerto con il Ministero della salute. Sulla base di questo sono chiamati i medici che in quelle fasce orarie e in quei territori vengono identificati dal *database* dell'Istituto.

Come ripeto, sono 1.400 i medici fiscali che hanno il requisito per essere chiamati. Sono circa 300 quelli che stimiamo avere un rapporto di esclusività indiretta con l'Istituto.

Per quanto riguarda il polo unico, l'INPS si rimette alla volontà del legislatore. Se il legislatore stabilirà che questa diventi un'attività amministrativa esclusiva dell'Istituto, saremo in condizione di affrontarla. Se il Parlamento deciderà di affidare il servizio in coabitazione, con una sorta di cogestione pubblico-privato, ci rimetteremo alla sua volontà. Non abbiamo preferenze in merito.

Noi siamo un ente strumentale: quello che ci dicono le istituzioni governative e parlamentari facciamo. Possiamo eventual-

mente dire se siamo in grado di operare, se siamo in grado di operare a certe condizioni o se non siamo in grado di operare. La volontà dell'ente da questo punto di vista non rileva assolutamente, se non per il fatto di dire se è in condizione di poter svolgere un servizio laddove il Parlamento ritenga opportuno affidarglielo.

L'onorevole Cecconi chiedeva se il sistema delle visite fiscali sia adeguato o migliorabile. Per definizione ogni sistema è perfettibile. Dico subito che negli ultimi due anni, da quando abbiamo avviato il sistema di *data mining*, abbiamo riscontrato un incremento dell'efficacia e quindi una riduzione del numero delle visite a prescindere dai tagli imposti dalla *spending review*.

L'utilizzo del *data mining*, un sistema esperto intelligente che, sulla base dei riscontri storici, delle tipologie di settore e delle aree territoriali, ci dà un indice di rischiosità di utilizzo distorto del beneficio della malattia, ci ha permesso di riscontrare dei miglioramenti straordinari.

Alla domanda se l'attuale sistema sia migliorabile rispondo sicuramente sì. Come ripeto, il sistema è sottoposto ad attento monitoraggio da parte dell'Istituto. Facendo un discorso più generale, il taglio della *spending review* non ha riguardato i 20 milioni di euro destinati alle visite fiscali, bensì ha riguardato oltre 500 milioni di euro.

L'Istituto ha effettuato tagli su tutti i segmenti della propria attività. Ha tagliato l'informatica per 150 milioni di euro e il settore ha risposto con un incremento della disoccupazione e dell'utilizzo degli strumenti di sostegno al reddito. Ha tagliato le spese postali per oltre 40 milioni di euro. Ha tagliato gli oneri bancari per il pagamento delle prestazioni di altri 50 o 60 milioni di euro. Ha tagliato una serie di costi indiretti del personale, come la formazione, il trattamento di missione e lo straordinario. Ha tagliato le locazioni passive delle sedi strumentali dell'ente. I tagli hanno riguardato ogni segmento della nostra attività.

Per quanto riguarda costi obbligatori e non obbligatori, i costi obbligatori sono il

pagamento delle prestazioni istituzionali. È chiaro che l'Istituto non ha la potestà, laddove le leggi gli impongono di tagliare 500 milioni di euro di spesa, di tagliare 500 milioni di euro alle pensioni. Non è nella disponibilità dell'Istituto né tagliare le pensioni né tanto meno incrementare i contributi previdenziali.

Tutto il resto è spesa per il personale. Non c'è stata voce di spesa che non sia stata toccata dalla *spending review*. Mi piace fare la seguente annotazione. In base a dati Eurostat 2013, non dati INPS, quindi, né dati domestici italiani, la spesa per l'erogazione di servizi di *welfare* in Italia è di 1,7 punti inferiore a quella francese. Per fare le stesse cose che l'INPS fa con 30.000 persone — dopo l'accorpamento, a fine 2014, l'INPS avrà 30.000 dipendenti, anche per effetto dei tremila tagli della *spending review* sul personale — la Francia, spesso presa ad amministrazione di riferimento, impiega nove enti e 120.000 dipendenti.

All'onorevole Murer, che chiedeva quanti siano i medici con rapporto esclusivo con l'INPS, credo di aver già risposto indirettamente: sono circa 300 su 1.400. Delle spese non obbligatorie ho detto che sono state toccate tutte dalla *spending review*.

Infine, la retribuzione dei medici fiscali dipende dal numero di visite che effettuano. Il decreto stabilisce che nei giorni feriali percepiscano 41 euro e nei giorni festivi 52 euro. In caso di visita non eseguita il compenso è di 28 euro o 39 euro. Esistono poi degli importi fissi per i trasporti: 6 euro nel perimetro urbano, 15 euro oltre i 20 chilometri. Un medico può svolgere al massimo sei visite al giorno.

Per quanto riguarda l'uso improprio della malattia, darei la parola al dottor D'Amato, che vi fornirà i numeri relativi.

VINCENZO D'AMATO, *Direttore centrale dei bilanci dell'INPS*. Buonasera. Sarò brevissimo.

Per quanto riguarda la spesa per malattia, dal 2009, in cui si attestava su un miliardo e 843 milioni di euro, siamo passati a un miliardo e 787 milioni di

euro. Rispetto all'anno scorso c'è stata dunque una contrazione. Abbiamo registrato una lieve flessione di 5 milioni di euro rispetto al 2011 e al 2012.

Ciò dipende senza dubbio da molteplici fattori e non soltanto dall'attività che svolge l'INPS come deterrenza. Ha origine anche dal quadro macroeconomico perché una riduzione delle assenze per malattia dipende sia dal numero di lavoratori occupati sia dalla propensione a lavorare che esiste nei momenti di contrazione dell'offerta di lavoro. I lavoratori diventano più diligenti.

Vorrei aggiungere un ultimo aspetto che riguarda la distinzione tra visite mediche d'ufficio e visite mediche datoriali, che rispondono a diverse esigenze. Il datore di lavoro conosce il lavoratore, come diceva il Direttore generale, e quindi effettua visite mirate. Inoltre ha l'esigenza di colpire i primi tre giorni di malattia, che non sono coperti dall'Istituto. Le visite mediche di ufficio hanno, invece, l'esigenza di colpire i comportamenti opportunistici del lavoratore, ma eventualmente anche del datore di lavoro, quando intraprenda comportamenti frodatori a carico dell'Istituto.

Negli ultimi quaranta giorni — abbiamo i dati — abbiamo rilevato che il nostro *data mining* consente di effettuare visite d'ufficio con un grado di prognosi di inidoneità al lavoro dei dipendenti addirittura superiore a quello delle visite datoriali.

La scelta compiuta dall'Istituto nel senso di un miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza amministrativa ci sta dando i frutti sperati.

PRESIDENTE. Ringrazio tutti gli intervenuti, chiedo scusa per i tempi stretti con cui abbiamo concluso, legati ai lavori dell'Aula, e dichiaro conclusa l'audizione.

La seduta termina alle 15.10.

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VALENTINO FRANCONI

*Licenziato per la stampa
il 29 aprile 2014.*

PAGINA BIANCA

€ 1,00



17STC0003420