

**COMMISSIONE XII  
AFFARI SOCIALI**

**RESOCONTO STENOGRAFICO  
INDAGINE CONOSCITIVA**

8.

**SEDUTA DI MARTEDÌ 27 MAGGIO 2014**

PRESIDENZA DEL PRESIDENTE **PIERPAOLO VARGIU**

**INDICE**

	PAG.		PAG.
<b>Sulla pubblicità dei lavori:</b>		<b>Seguito dell'esame e approvazione del documento conclusivo:</b>	
Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i> .....	2	Vargiu Pierpaolo, <i>Presidente</i> .....	2, 3, 4
<b>INDAGINE CONOSCITIVA SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ DEI MEDICI CHE SVOLGONO GLI ACCERTAMENTI SANITARI PER VERIFICARE LO STATO DI SALUTE DEL DIPENDENTE ASSENTE PER MALATTIA.</b>		Cecconi Andrea (M5S) .....	3
		Fucci Benedetto Francesco (FI-PDL) .....	3
		Lenzi Donata (PD) .....	4
		Murer Delia (PD) .....	2
		<b>ALLEGATO: Documento conclusivo approvato dalla Commissione</b> .....	5

**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-Alleanza Nazionale: (Fdi-AN); 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 15.10.**

**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).*

**Seguito esame del documento conclusivo.**

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'esame del documento conclusivo 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.

La proposta di documento conclusivo è stata illustrata nella sessione precedente dalla collega Donata Lenzi.

Chiedo, pertanto, se ci sono colleghi che intendono intervenire — ricordo che era stata data la possibilità di farlo già nella sessione in cui la collega Lenzi aveva incominciato a illustrare il documento — per formulare eventuali suggerimenti.

DELIA MURER. Signor presidente, questo documento conclusivo rispecchia certamente il lavoro molto importante e serio che abbiamo svolto. Esso dà infatti conto di tante difficoltà e individua possibili soluzioni che noi abbiamo auspicato

possano confluire anche in future modifiche legislative che raccolgano le sintesi che qui sono state prodotte.

Vorrei fare un'osservazione perché credo che involontariamente, per come è scritto il testo, rischiamo di creare una disparità che invece volevamo superare. Nella pagina 19 del documento, al secondo capoverso, si dice che è condivisibile che il ricorso al medico fiscale sia effettuato in base a graduatorie nazionali che rispettino la normativa vigente, la quale prevede l'obbligo di attingere a liste speciali ad esaurimento, e si propone di inserire in queste liste anche i medici che svolgono analoghe attività presso le ASL. Questo nell'ipotesi che l'INPS si occupi sia del privato che del pubblico.

A mio avviso, bisognerebbe introdurre un'aggiunta e chiedere che anche i medici delle ASL abbiano gli stessi requisiti dei medici INPS che sono nelle liste speciali ad esaurimento. Proporrei, dunque, un emendamento che sostanzialmente chiede di aggiungere, nella parte delle conclusioni relativa alle graduatorie nazionali, dopo le parole « le ASL », le seguenti: « in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 4, comma 10-bis, del decreto-legge n. 101 del 2013, convertito dalla legge n. 125 del 2013, ovvero medici in servizio alla data del 31 dicembre 2007 che sono ancora in servizio alla data del 30 ottobre 2013 ». Questo al fine di non creare disparità tra i medici INPS, che in questo caso verrebbero penalizzati con la dicitura riportata nel documento, e i medici delle ASL.

PRESIDENTE. Onorevole Murer, in realtà, rispetto al documento conclusivo, più che emendamenti, si possono proporre dei suggerimenti che io trasferirò alla collega Donata Lenzi — non appena arriva dall'Aula, dove sta rivolgendo un'interro-

gazione al Governo — perché si trovi eventualmente la maniera di riformulare quella parte che, come lei ha segnalato, potrebbe essere meglio precisata.

ANDREA CECCONI. Il documento conclusivo riporta una serie di audizioni che abbiamo svolto, nel corso delle quali, in linea generale, tutti ci hanno detto di andare nella stessa direzione. Pertanto, non mi aspettavo certo da questo documento una direzione diversa da quella che abbiamo ascoltato da tutti gli auditi, laddove indifferentemente sindacati, rappresentanti di associazioni, lo stesso INPS e il Governo hanno manifestato l'intenzione di andare verso questo polo unico. La relazione finale, ovviamente, poteva andare solo in quella direzione.

Se il nostro documento può essere utile affinché il Governo possa prenderne spunto per produrre un atto legislativo per riorganizzare la materia, mi sembra che con questa indagine — che ha riguardato sicuramente un aspetto di nicchia ma che interessa molti lavoratori — la Commissione abbia svolto un buon lavoro.

PRESIDENTE. Onorevole Cecconi, mi permetto solo due precisazioni sul suo intervento. Ribadisco — poiché è stata una considerazione direi universale durante i lavori della Commissione — che il tema non è soltanto quello della tutela dei lavoratori, ma è soprattutto quello del buon funzionamento del sistema della medicina di controllo, che è indispensabile per garantire che chi è malato davvero abbia tutte le tutele che lo stato sociale gli riconosce in pieno.

Manterrei, quindi, come punto di riferimento fondamentale quello del buon funzionamento della medicina di controllo e della cultura che lo sottende, ovviamente tenendo anche presente che il problema nasce perché ci viene segnalata la sofferenza di un gruppo professionale.

La seconda osservazione, che abbiamo già ribadito in altre circostanze, è che per far conoscere al Governo la nostra posizione specifica e per chiedere anche con forza che venga tenuta in considerazione,

la Commissione ha altri strumenti, eventualmente anche questi di iniziativa parlamentare. Pertanto, se noi volessimo, per iniziativa parlamentare dei gruppi, dei colleghi deputati, adottare una proposta di risoluzione che viene discussa e comporta una risoluzione, quello è probabilmente l'atto con cui la Commissione esercita poteri di indirizzo nei confronti del Governo.

Ovviamente le proposte di legge, anche unitarie, dell'intera Commissione, sono un'altra delle iniziative nella disponibilità della Commissione, e hanno un significato — tutti ne siamo perfettamente consapevoli — ben più forte di una semplice risoluzione. Quindi, possiamo graduare e decidere se terminare con l'indagine conoscitiva oppure se utilizzare quest'ultima come strumento propedeutico per iniziative ulteriori.

BENEDETTO FRANCESCO FUCCI. Propongo un'integrazione riguardante le conclusioni, affinché si tenga in considerazione che il ricorso al medico fiscale deve essere effettuato in base a graduatorie nazionali che rispettino la vigente normativa, che prevede l'obbligo di attingere a liste speciali ad esaurimento nelle quali vanno inseriti anche i medici che svolgono analoga attività presso le ASL, i quali come i medici fiscali delle liste ad esaurimento INPS siano in servizio alla data del 31 dicembre 2007, cioè in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 4, comma 10-bis, del decreto-legge n. 101 del 2013, convertito dalla legge n. 125 del 2013.

Chiediamo se è possibile inserire questo tipo di formulazione.

PRESIDENTE. Collega Fucci, è bello verificare che dal suo gruppo viene la stessa indicazione appena giunta dalla collega Murer. Penso che l'onorevole Lenzi, appena arrivata dall'Aula, abbia appreso sia le considerazioni della collega Murer, che le sono state riferite, sia quelle del

collega Fucci, quindi prima dell'approvazione ne terrò sicuramente conto.

Se non ci sono colleghi che intendono intervenire, potremmo chiedere, collega Lenzi, cinque minuti di sospensione, trattandosi dell'unico suggerimento pervenuto per l'integrazione del documento conclusivo dell'indagine conoscitiva.

DONATA LENZI. Non c'è bisogno. Accogliamo il suggerimento.

PRESIDENTE. Raccogliendo da parte dell'onorevole Lenzi la disponibilità a integrare il documento così come la collega Murer e il collega Fucci hanno proposto,

pongo in votazione il documento conclusivo dell'indagine conoscitiva.

*È approvato all'unanimità.*

Dichiaro conclusa la seduta.

**La seduta termina alle 15.25.**

---

IL CONSIGLIERE CAPO DEL SERVIZIO RESOCONTI  
ESTENSORE DEL PROCESSO VERBALE

DOTT. VALENTINO FRANCONI

---

*Licenziato per la stampa  
il 7 agosto 2014.*

---

STABILIMENTI TIPOGRAFICI CARLO COLOMBO

ALLEGATO

**Indagine conoscitiva sull'organizzazione dell'attività dei medici che svolgono gli accertamenti sanitari per verificare lo stato di salute del dipendente assente per malattia**

**DOCUMENTO CONCLUSIVO APPROVATO**

*INDICE*

1. Premessa
2. Quadro normativo
  - 2.1 Competenza dell'INPS
  - 2.2 Competenza delle Aziende sanitarie locali
3. Oggetto e svolgimento dell'indagine
4. Sintesi delle audizioni svolte
5. Conclusioni

**1. Premessa**

Le disposizioni sulla riduzione della spesa pubblica hanno imposto all'INPS risparmi non inferiori a 300 milioni di euro annui. Pertanto, dal maggio 2013 l'Istituto ha ridotto drasticamente, e poi, dal 1° ottobre dello stesso anno, di fatto interrotto, le visite mediche di controllo domiciliare disposte d'ufficio, lasciando operative solo quelle richieste dai datori di lavoro.

La conseguenza immediata è stata la riduzione del carico di lavoro dei medici iscritti nelle liste speciali, che, retribuiti con un contratto atipico a prestazione e vincolati da incompatibilità, hanno visto ridurre i propri compensi in maniera improvvisa, senza alcuna certezza per il futuro (in alcuni casi i compensi mensili sono scesi a circa 400 euro).

Si segnala, riguardo ai tagli delle risorse finanziarie destinate alle visite mediche di controllo disposte d'ufficio dall'INPS, che da un budget preventivo per il 2013 pari a circa 50 milioni si è passati ad un budget aggiornato di 22,3 milioni di euro<sup>1</sup>. Più precisamente, il budget disponibile alla data del 29 maggio 2013 risultava essere di 4,2 milioni di euro, poiché dal 1° gennaio 2013 erano già state assegnate d'ufficio visite mediche di controllo per una spesa pari a 18,1 milioni di euro. In conseguenza di tale riduzione, i medici iscritti nelle liste

---

(1) Risposta scritta del Ministro del lavoro e delle politiche sociali all'interrogazione 4-01153 pubblicata il 20 febbraio 2014 nell'allegato B della seduta n. 177 della Camera dei Deputati.

dell'Istituto hanno registrato una consistente diminuzione del numero di visite loro assegnate. Si è passati, infatti, da circa 78.700 visite mediche d'ufficio effettuate mensilmente nel 2012 a circa 10.000 visite mensili disposte per i mesi di luglio e agosto 2013, ulteriormente ridotte a 5.000 visite per il mese di settembre.

In merito alla riduzione del volume di accertamenti operati dai medici fiscali INPS, si fa presente inoltre che, nel 2012, l'INPS ha provveduto ad una più attenta selezione delle visite di controllo, cui si è potuto fare fronte anche mediante l'utilizzo di strumenti tecnologici, quali:

un sistema di *Data Mining*, attraverso il quale la scelta dei soggetti da sottoporre a visita di controllo viene guidata da un « sistema informatico esperto » che garantisce oggettività, conservazione e riproducibilità delle azioni effettuate;

il ricorso alle cosiddette valigette informatiche di cui sono dotati i medici di controllo, per la redazione — presso il domicilio del lavoratore — del verbale informatico che viene trasmesso, in tempo reale, ai sistemi informatici dell'Istituto. In tal modo, l'esito della visita risulta immediatamente disponibile per le attività di competenza dell'INPS e reso contestualmente accessibile;

un nuovo applicativo S.A.Vi.O. per l'ottimizzazione dell'assegnazione delle visite ai medici di lista <sup>2</sup>.

## 2. Quadro normativo

La normativa che disciplina gli accertamenti sulle assenze per malattia dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni è stabilita dall'articolo 55-*septies* del decreto legislativo n. 165 del 2001, recante *Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*. Gli accertamenti per malattia sono inquadrati fra le misure a cui la pubblica amministrazione può ricorrere per contrastare e prevenire l'assenteismo, valutando il rapporto costo/beneficio tra la tariffa della visita e la condotta complessiva del dipendente. Quando l'assenza si verifica nelle giornate precedenti e successive a quelle non lavorative, il controllo è sempre richiesto dal primo giorno.

Per rendere più rigorosa la certificazione della malattia, l'articolo 55-*septies* prevede che l'assenza può essere giustificata esclusivamente mediante certificazione medica rilasciata da una struttura sanitaria pubblica, o dal medico convenzionato con il S.S.N., quando l'assenza per malattia è protratta per un periodo superiore a 10 giorni, o dopo il secondo evento di malattia nell'anno solare.

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 207 del 2010, ha stabilito che l'attività di controllo medico-legale sulle condizioni di salute dei lavoratori dipendenti delle pubbliche amministrazioni, pur

---

(2) A questo proposito si rinvia all'audizione e alla memoria INPS.

rientrando nelle competenze delle ASL, non costituisce un livello essenziale di assistenza, non essendo una prestazione di cura e prevenzione e, tanto meno, avendo la finalità di tutelare la salute collettiva.

Pertanto, non essendo ascrivibile ad alcun titolo alla competenza legislativa esclusiva dello Stato, la Consulta sottolinea come gli oneri derivanti dalle visite fiscali sui dipendenti delle pubbliche amministrazioni non possono essere posti a carico del Servizio sanitario nazionale<sup>3</sup>.

Le pubbliche amministrazioni possono chiedere le visite di controllo alle aziende sanitarie locali o all'INPS. Non è prevista, a differenza di quanto accade nel lavoro privato, un'iniziativa d'ufficio da parte dell'INPS o delle aziende sanitarie per il settore pubblico.

Per quanto concerne l'assenza per malattia nel settore privato, fino all'entrata in vigore del decreto-legge 112/2008, la disciplina concernente le visite di controllo era identica a quella per i dipendenti pubblici. Attualmente invece, in seguito ad interventi normativi successivi, la disciplina si è differenziata<sup>4</sup>.

Nel settore privato, l'INPS generalmente esegue dei controlli a campione. Inoltre, anche il datore di lavoro privato può richiedere una visita fiscale attraverso l'ASL o l'INPS (come nel pubblico impiego), ma in questo caso la visita ha un costo per la ditta richiedente. I lavoratori del settore privato hanno l'obbligo di reperibilità 7 giorni su 7, compresi giorni festivi e non lavorativi, dalle ore 10:00 alle 12:00 e dalle ore 17:00 alle 19:00. Anche il lavoratore privato ha l'obbligo di trovarsi presso l'indirizzo indicato nel certificato di malattia per ricevere la visita fiscale richiesta dall'INPS o dal proprio datore di lavoro e le categorie esenti sono le stesse riconosciute per il lavoratore statale. Anche nel settore privato la certificazione medica (con inizio e durata presunta della malattia) deve essere trasmessa per via telematica, direttamente dal medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale o dalla struttura sanitaria pubblica che la rilascia, all'INPS e dal predetto Istituto immediatamente inoltrata, con le medesime modalità, ai datori di lavoro.

### **2.1. Competenza dell'INPS**

La competenza dell'INPS trova la sua fonte nell'articolo 5 dello « Statuto dei lavoratori », che vieta che gli accertamenti sull'idoneità

---

(3) Le disposizioni impugnate - articolo 71, commi 5-*bis* e 5-*ter*, del decreto legge 112/2008 - obbligavano le Regioni a sostenere, per il tramite del fondo sanitario, l'onere delle visite fiscali ai dipendenti assenti dal servizio per malattia.

(4) In particolare, attualmente il settore privato è disciplinato dalle seguenti norme: articolo 1, co. 149, della L. 311/2004 (che prevede la trasmissione telematica del certificato di malattia, da parte del medico curante, all'INPS); articolo 1, co. 810, della L. 296/2006 (che rende disponibile, dal 1° luglio 2007, il collegamento in rete dei medici del SSN, secondo le regole del sistema pubblico di connettività); il D.P.C.M. 26 marzo 2008 (che definisce i principi generali relativi alle modalità di trasmissione telematica); il D.I. 26 febbraio 2010 ed il disciplinare tecnico ad esso allegato (che definiscono le modalità tecniche per l'invio telematico dei dati delle certificazioni al S.A.C.); l'articolo 25 della L. 183/2010 (che uniforma il regime del rilascio e della trasmissione delle certificazioni di malattia per il settore privato a quello già previsto per il settore pubblico).

e sull'infermità per malattia o infortunio del lavoratore dipendente siano compiuti dai datori di lavoro, incaricandone invece i servizi ispettivi degli istituti previdenziali competenti, su richiesta dell'imprenditore.

La funzione di garanzia dell'Istituto è sottolineata dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 78 del 1988 che sottolinea: « Costituisce certamente indice di buona amministrazione l'espletamento, da parte dell'INPS, di controlli diretti ad accertare la sussistenza del rischio presupposto dell'erogazione assistenziale e previdenziale, l'attuazione delle misure predisposte dalla legge perché i detti controlli risultino veramente efficaci e siano realizzate le finalità indicate ».

Per l'effettuazione delle visite mediche di controllo dei lavoratori, come già accennato, l'articolo 5, comma 12, del decreto legge n. 463 del 1983, stabilisce che l'INPS, sentiti gli ordini dei medici, istituisca liste speciali formate da medici a rapporto di impiego con pubbliche amministrazioni e da medici liberi professionisti. La disciplina attuativa è stata poi definita da una serie di decreti del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali che, a partire dal decreto ministeriale 15 luglio 1986, seguito dal decreto del 18 aprile 1996, poi del 12 ottobre 2000 e infine dell'8 maggio 2008, hanno disciplinato la materia nel dettaglio. Anche il datore di lavoro privato può richiedere una visita fiscale attraverso l'ASL o l'INPS (come nel pubblico impiego); in questo caso la visita ha un costo per il datore richiedente. A differenza dei medici incaricati dalle Aziende sanitarie locali, i medici inseriti nelle liste speciali INPS sono legati da rapporti di collaborazione di natura libero-professionale con un regime di incompatibilità che gli impedisce di svolgere ulteriori prestazioni professionali (articolo 6 del decreto 18 aprile 1996).

Il comma 10-bis articolo 4 del decreto-legge n. 101 del 2013, in materia di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni, come modificato dal comma 340 della legge di stabilità 2014 (legge n. 147 del 2013), ha trasformato le liste speciali in liste ad esaurimento, nelle quali sono stati confermati i medici già inseriti alla data del 31 dicembre 2007, e ha vincolato l'INPS ad avvalersi, in via prioritaria, dei medici iscritti nelle liste speciali ad esaurimento.

## **2.2 Competenza delle Aziende Sanitarie Locali**

L'articolo 14, lettera q), della legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, mette in capo alle Aziende la responsabilità per gli accertamenti, le certificazioni e ogni altra prestazione medico-legale spettanti al SSN.

Successivamente l'articolo 8-bis del decreto-legge n. 168 del 1981, *Misure urgenti in materia di assistenza sanitaria*, ha stabilito che l'effettuazione dei controlli sullo stato di salute dei soggetti aventi titolo alle prestazioni economiche di malattia e di maternità, è disciplinata dall'INPS e dalle Aziende sanitarie locali attraverso convenzioni, sulla base di appositi schemi-tipo elaborati d'intesa tra l'INPS e le regioni ed approvati con decreto del Ministro della salute. In assenza della messa a punto delle convenzioni, l'articolo 5, comma 9, del decreto-legge 463/1983 ha rinviato al Ministro della salute, di concerto con il Ministro per il lavoro e le politiche sociali, la



formulazione degli schemi-tipo di convenzione e il decreto ministeriale 25 febbraio 1984 ha stabilito che le Aziende sanitarie locali, su richiesta dell'INPS, devono assicurare il controllo medico-legale sullo stato di salute dei lavoratori, provvedendo ad effettuare le visite di controllo domiciliari, ambulatoriali e collegiali per accertamenti specifici.

L'articolo 4 del decreto regola nel dettaglio i compiti del medico di controllo.

Infine, l'articolo 1, comma 339, della legge di stabilità 2014 definisce le procedure per il riparto tra le regioni delle risorse finanziarie per la copertura degli oneri relativi agli accertamenti medico-legali, eseguiti dalle aziende sanitarie locali, sui dipendenti assenti per malattia.

Da tempo si è cercato di superare l'impostazione descritta con il passaggio al cosiddetto « Polo Unico per l'effettuazione delle visite di accertamento medico legale », per la cui costituzione si era pensato ad un Tavolo tecnico preparatorio, con il coinvolgimento di: Ministero del lavoro e delle politiche sociali; Ministero della salute; Ministero della pubblica amministrazione e la semplificazione; INPS; rappresentanze sindacali mediche e degli ordini professionali. Il Tavolo, che non è mai stato istituito, avrebbe dovuto raggiungere i seguenti obiettivi: individuare le modifiche legislative necessarie per attivare il Polo unico; ridefinire le modalità di attuazione dei controlli sulle assenze per malattia dei dipendenti pubblici; raccogliere i dati concernenti le assenze e le verifiche compiute; fissare una remunerazione delle prestazioni rese; stabilire i criteri di inserimento nelle attività di controllo dei medici che, con rapporto libero professionale o con contratti a tempo determinato, prestano funzioni fiscali presso le ASL e di coloro che risultano iscritti a decorrere dal 1° gennaio 2008 nelle liste speciali.

### **3. Oggetto e svolgimento dell'indagine**

La Commissione Affari Sociali, nella seduta del 14 febbraio 2014, ha deliberato lo svolgimento di una indagine conoscitiva sull'organizzazione dell'attività dei medici che svolgono gli accertamenti sanitari per verificare lo stato di salute del dipendente assente per malattia, secondo un programma che ne ha definito le finalità ed individuato le audizioni da effettuarsi entro il termine del 30 marzo 2014, successivamente prorogato al 30 aprile 2014.

L'indagine è stata promossa al fine di acquisire dati ed informazioni sulle modalità di organizzazione dell'attività di medicina fiscale da parte dell'INPS e da parte delle ASL ed elementi informativi in merito alla relazione tra i costi e i benefici della spesa dell'Inps per il pagamento dei medici fiscali e di quella dovuta agli oneri per prestazioni di malattia, ma soprattutto di individuare iniziative volte alla salvaguardia della professionalità dei numerosi medici fiscali dell'Inps che, per le modalità di svolgimento della professione, rischiano di non avere in prospettiva alcuna possibilità di reinserimento lavorativo.

Nell'ambito dell'attività conoscitiva si sono svolte le audizioni previste nel programma. In particolare:

nella seduta del 18.02.2014 è stata svolta l'audizione di rappresentanti della Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG), del Sindacato nazionale autonomo medici italiani (SNAMI)-settore medici fiscali INPS, della Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO), nonché di rappresentanti delle organizzazioni sindacali CISL-medici, UIL-FPL medici e NIdiL-CGIL;

nella seduta del 20.02.2014 è stata svolta 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 assicurazioni (SISMLA) e del Coordinamento medici legali aziende sanitarie (COM-LAS);

nella seduta del 26.02.2014, l'audizione di rappresentanti dell'Istituto nazionale di previdenza sociale (INPS);

nella seduta del 13.03.2014, l'audizione di rappresentanti della Conferenza delle regioni e delle province autonome;

infine, nelle sedute del 27.03.2014 e del 01.04.2014, si sono svolte rispettivamente l'audizione del sottosegretario di Stato per la salute, Vito De Filippo, e quella del sottosegretario di Stato per la semplificazione e la pubblica amministrazione, Angelo Rughetti.

#### **4. Sintesi delle audizioni svolte**

In questo paragrafo del documento si fornirà una sintetica esposizione degli elementi emersi nel corso delle audizioni che si sono svolte sul tema. Nell'audizione del 18 febbraio, la **Federazione italiana medici di medicina generale** (FIMMG) ha rilevato che i cospicui tagli operati dall'INPS alle visite mediche di controllo domiciliare, motivati dalla necessità di ottemperare alla *spending review*, rischiano di aprire fronti di spesa maggiori per la malattia e di avallare comportamenti poco trasparenti del mondo del lavoro. Pertanto con i tagli sopracitati, da un lato, si induce un risparmio lineare immediato ma, dall'altro, si rischia che un minimo aumento di assenteismo determini un notevole incremento della spesa per l'indennità di malattia.

La soluzione prospettata dal Governo, in risposta ad atti di sindacato ispettivo, vale a dire la creazione presso l'INPS del Polo unico della medicina fiscale, con il compito di salvaguardare gli incarichi dei medici di controllo, progetto presentato già dalla FIMMG nel 2011 all'allora Ministro del lavoro, a giudizio della Federazione, razionalizza la funzione di controllo dello stato di salute dei lavoratori: infatti l'Istituto riceve la certificazione di malattia sia del

comparto pubblico che di quello privato, ed ha la capacità, la consistenza numerica e anche i medici per poter costituire il Polo unico.

Peraltro il citato Polo unico, che è stato presentato in modo trasversale da diversi Gruppi parlamentari con proposte emendative, è stato accolto come ordine del giorno ed è un'ipotesi condivisa ed auspicata dallo stesso INPS. Inoltre alcuni recenti interventi normativi (il comma 10-*bis* dell'articolo 4 della legge n. 125/2013 e il comma 340 dell'articolo 1 della legge di stabilità 2014) hanno dato un contributo importante alla questione della stabilizzazione della categoria dei medici di controllo. Infatti per tali soggetti non è risolta la questione della garanzia di un reddito stabile e dignitoso che potrebbe essere raggiunta mediante il passaggio dall'attuale retribuzione a prestazione a una retribuzione oraria.

Considerazioni in parte coincidenti con quelle appena esposte sono state svolte anche dalla **FNOMCeO** che le ha circostanziate con alcuni dati: viene infatti rilevato che ai 50 milioni di esborso dell'INPS del 2012 corrisponde, dal 2013, un *budget* di 12 milioni di euro, che può comportare solamente una media di 5 visite d'ufficio al mese per medico rispetto alle 21 previste in precedenza.

Viene inoltre evidenziato il fatto che il medico fiscale ha l'obbligo di prestazione, nonché di reperibilità e disponibilità nei giorni festivi e feriali. A tale medico viene imposta un'incompatibilità che di fatto non ha consentito a molti di accedere, per esempio, alla specializzazione post-laurea creando, quindi, una nicchia di lavoro che in questo momento si trova in grande sofferenza. Inoltre, sempre nel 2012, risulta che l'INPS abbia speso oltre 2 miliardi di euro per l'indennità di malattia e che in parte tali somme sono state recuperate attraverso l'azione fiscale, aggirandosi intorno ai 20 milioni di euro la somma per le sanzioni per le assenze a visita, le riduzioni prognostiche e le irreperibilità al domicilio dichiarato. Considerando che il tasso medio di assenteismo per malattia in Italia è stimato intorno al 2 per cento, un aumento, anche solo di un decimale di un punto di assenteismo, determinerebbe un incremento della spesa per l'indennità di malattia di circa 100 milioni di euro, il doppio del costo che si è avuto nel 2012 e quindi un danno erariale per lo Stato, per tutti i cittadini e per le aziende. Oltre a concordare sulla costituzione di un Polo unico da istituire presso l'INPS, la **FNOMCeO** chiede l'apertura di un tavolo tecnico di confronto sull'organizzazione dell'attività dei medici che svolgono gli accertamenti sanitari per verificare lo stato di salute del dipendente assente per malattia che coinvolga il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, il Ministero della salute, il dipartimento per la pubblica amministrazione e la semplificazione, l'INPS, nonché le organizzazioni sindacali mediche.

A giudizio della **CISL** è assolutamente indispensabile l'adozione di una soluzione immediata temporanea che garantisca ai medici fiscali, che rappresentano oggi una categoria di medici collaboratori con rapporto di lavoro libero-professionale, in forza sia all'INPS che alle ASL, un sostegno economico almeno dignitoso per sopravvivere. Occorre quindi assicurare a tutti coloro che fanno questo lavoro e in via prioritaria a quelli dei 1.400 che svolgono solo questa attività, la possibilità di effettuare le 6 visite giornaliere. Oltre a concordare

sull'esigenza di istituire il Polo unico, viene rilevata la necessità che i medici dovranno godere di una forma di stabilizzazione: la più adatta per la tipologia di lavoro, è quella convenzionata, vale a dire una retribuzione oraria con rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Tra le considerazioni svolte dalla **UIL FPL** medici, va sottolineata la particolare attenzione dedicata ai medici fiscali che, non essendo né medici di medicina generale né specialisti, hanno scelto di fare solo questo tipo di accertamenti (circa 3-400 dei 1.400 totali) e che, dovendo essere presenti all'inizio e alla fine della giornata, venivano continuamente rintracciati e non hanno quindi potuto dedicarsi ad altre attività di apprendimento o di specializzazione. Il crollo totale delle visite fiscali ha determinato quindi una situazione di alcuni medici che vivono con 600 euro lordi al mese. Concordano sull'istituzione di un Polo unico gestito dall'INPS insieme alle altre forze sociali e governative.

Infine, la **NidiL CGIL** sottolinea come l'INPS che, in forza di una circolare interna ai medici delle proprie sedi territoriali, ha ridotto i *budget* a disposizione per le visite di controllo sostenendo la non obbligatorietà, nel proprio bilancio, di quella voce di spesa, avrebbe dovuto assumersi in qualche modo la responsabilità almeno di quei medici che svolgendo questo lavoro come attività prevalente sta cominciando ad accusare gravi problemi di tenuta economica familiare. Nell'attesa della costituzione del Polo unico potrebbe intanto essere trovata una soluzione di mediazione che possa essere a breve termine, quale potrebbe essere l'attribuzione delle poche visite rimaste a quei medici che hanno dato la disponibilità su due fasce e che hanno una maggiore anzianità.

**Nell'audizione del 20 febbraio**, l'**ANMEFI**, che rappresenta 360 medici che svolgono le visite fiscali sul territorio, ha lamentato la consistente decurtazione delle entrate economiche a partire dal maggio 2013, mese a partire dal quale l'INPS ha sospeso le visite fiscali disposte d'ufficio, per motivi di contenimento della spesa (*spending review*). Ha, inoltre, chiarito il tipo di rapporto di lavoro che intrattengono con l'INPS, ossia un rapporto di lavoro di tipo libero-professionale ma con una rigidità in termini di orari e di giornate di disponibilità nei giorni festivi e prefestivi che peraltro incide negativamente sulla possibilità di svolgere altre attività lavorative.

L'associazione ha inoltre evidenziato, da un lato, che fino al marzo 2013 la spesa per le visite fiscali era considerata spesa obbligatoria e quindi da non sottoporre a *spending review*, e dall'altro, che l'INPS ha contemporaneamente provveduto all'inserimento di 998 medici fiscali nelle Commissioni di invalidità civile, reperendo invece le necessarie disponibilità finanziarie per coprire i relativi costi.

L'associazione ha inoltre paventato come il venire meno delle visite di controllo disposte d'ufficio possa avere riflessi negativi sui livelli di assenteismo per malattia e riscontrato peraltro che le pochissime visite disposte dall'INPS, utilizzando il sistema autoapprendente del *data mining*, sono in numero assolutamente incongruo e distribuite,

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.

L'ANMEFI ha quindi sottolineato la difficoltà riscontrata nell'acquisire i dati sull'affluenza dei certificati della spesa, ad eccezione di quelli forniti dalla regione Calabria, valutando i quali l'Associazione ha appreso che c'è stato un incremento di spesa per indennità di malattia del 5 per cento.

Poiché poi l'INPS può recuperare i soldi per i pagamenti delle visite fiscali dai datori di lavoro che le richiedono e può recuperare denaro applicando le sanzioni previste per gli assenti a visita domiciliare senza giustificazione, l'Associazione ritiene di non rappresentare un costo insostenibile per l'INPS, nei confronti del quale ha intrapreso azioni legali.

È stato fatto presente anche che solo successivamente all'anno 2000 sono stati resi meno stringenti i vincoli di incompatibilità, che peraltro non si applicano in modo omogeneo sul territorio nazionale, in quanto le varie direzioni regionali assumono comportamenti difformi in merito al rispetto delle incompatibilità.

In conclusione, l'ANEMFI riterrebbe quanto mai opportuna una stabilizzazione della posizione dei medici fiscali presso l'INPS.

L'**Associazione Nazionale Medici Inps (ANMI-FEMEPA)** ha innanzitutto evidenziato la necessità di mantenere il servizio di verifica dello stato di malattia dei lavoratori, anche in funzione di contrasto all'assenteismo, che in alcuni periodi dell'anno e in alcune zone territoriali presenta picchi di incremento notevoli. Dalla verifica potrà poi scaturire un giudizio medico-legale di idoneità o di non idoneità all'attività lavorativa.

In secondo luogo, ha espresso condivisione circa l'ipotesi di costituire un Polo unico della medicina fiscale, sia per avere un unico ente referente nel territorio nazionale per il pubblico e per il privato, sia soprattutto per evitare duplicazioni di giudizi sulla stessa persona e di spesa. Tale progetto potrebbe essere ben realizzato con l'utilizzo sia di risorse umane altamente qualificate, nella persona di specialisti in medicina legale o di medici con un'esperienza pluriennale in tale ambito, sia di tecnologie informatiche che consentono di razionalizzare i tempi di lavorazione e 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.

Si segnala in conclusione la necessità di prevedere che la costituzione del Polo unico sia accompagnata dall'attribuzione delle risorse già attualmente 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.

Il **Sindacato dei medici fiscali (SINMEVICO)**, nato nel 1994, oltre a condividere le considerazioni espresse dall'ANMEFI, ha osservato che 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 dovuta al fatto che in questo momento il ricorso alla malattia è un artificio che tante aziende - braccianti agricoli, aziende familiari, ecc - 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, la riduzione del numero di visite fiscali 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 vari vincoli burocratici, come le cosiddette incompatibilità, non hanno potuto esercitare altra attività professionale. Ciò ha comportato riduzioni di reddito fino al caso di medici che guadagnano 2-300 euro netti al mese, ma anche un consistente danno economico per l'Erario, avendo l'INPS, nel sospendere le visite fiscali, speso diversi milioni di euro in conseguenza di tale operazione.

Il Sindacato, nel richiamare il decreto ministeriale del 2008 che ha disciplinato le modalità con cui le visite devono essere effettuate, e la normativa di rango legislativo attualmente vigente che impone all'INPS di effettuare i controlli fiscali, ha sostenuto che la sospensione delle visite di controllo è una palese violazione della legislazione vigente.

A fronte di tale grave situazione, il sindacato condividerebbe anche l'ipotesi di creare un Polo unico, nonostante i dubbi sulla capacità di reperire le risorse necessarie, ma, prima di questo, ritiene prioritario che le leggi in vigore vengano rispettate, a partire dalla verifica da parte dell'INPS del regime di incompatibilità, essendo noto a tutti che molti medici 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.

Anche la **SIMLA** ha criticato la riduzione delle visite fiscali, che rappresenta un danno per il Paese, ed espresso perplessità sull'ipotesi di creare un Polo unico presso l'INPS, sebbene questo rappresenti certamente l'unico serbatoio di assorbimento della specializzazione medico-legale nei prossimi anni in Italia, non essendo prevedibili in futuro assunzioni di specialisti in medicina legale.

Per quanto riguarda, invece, l'operazione portata avanti dall'INPS volta a contenere la dimensione territoriale nelle Commissioni di invalidità, la **SIMLA** ha evidenziato come la medesima stia comportando risparmi significativi nella revisione delle pensioni di invalidità. Dal punto di vista della cd « medicina fiscale », di converso, il tentativo di accentrare nell'INPS il relativo servizio appare difficilmente sostenibile, come emerge dai dati statistici che evidenziano una situazione eterogenea nelle varie aree del Paese, in alcune delle quali soltanto sono garantiti la presenza e il ruolo del medico fiscale. Pertanto, se su questo settore si potrebbe auspicare un rafforzamento del processo di centralizzazione, sulla questione della valutazione delle invalidità è necessario, ad avviso della **SIMLA**, superare la centralizzazione, che pure ha portato dei risultati, ritenendo che per il futuro si debba procedere al recupero delle realtà territoriali.

Il **SISMLA** ha espresso preoccupazione per la situazione in cui versa l'attività dei medici fiscali, sia di coloro che svolgono attività fiscale presso l'INPS sia dei medici che effettuano attività fiscale presso le ASL, per i quali auspica l'avvio di un percorso di stabilizzazione.

I medici che lavorano presso l'INPS svolgono due tipi di attività: quella d'ufficio, disposta sulla base delle certificazioni dall'INPS, che stabilisce di sottoporre ad accertamento fiscale un lavoratore assente per malattia; quella, invece, effettuata per i dipendenti del privato su richiesta del datore di lavoro e da questi pagata, che può indifferentemente rivolgersi all'INPS o alle ASL. Queste ultime, a loro volta, svolgono tale attività sia su richiesta del privato, sia su richiesta degli enti pubblici.

Il SISMLA ha poi precisato che il numero dei medici che svolgono l'attività di accertamento fiscale dello stato di salute dei dipendenti assenti per malattia è di circa 1.600 unità, anche se in realtà tale numero arriva anche a 2.600 unità circa se si considerano sia i medici dell'INPS che quelli delle ASL. Sebbene si ritenga che i medici delle ASL non subirebbero un danno economico dallo spostamento di competenze verso l'INPS, essendo legati da un contratto, in verità questi lavoratori sono pagati con le risorse erogate alle regioni pari circa a 79 milioni di euro, risorse che sarebbero trasferite all'INPS in conseguenza dell'accentramento nell'Istituto della attività di medicina fiscale. Di fatto, quindi, i medici delle ASL verrebbero a essere privi di risorse.

Il problema del Polo unico va affrontato tenendo presenti varie questioni a partire dalla questione delle risorse. In proposito, il SISMLA ha osservato che i costi per le visite dei medici delle Aziende sanitarie locali sono inferiori a quelli dell'INPS sia come onorario, sia in quanto le ASL hanno una presenza sul territorio capillare, e quindi le spese per i rimborsi sono significativamente minori.

Precisa peraltro che la legge n. 833 del 1978 ha trasferito alle Aziende sanitarie locali le attività di visite fiscali già esercitate dagli enti previdenziali soppressi, come INAM, ENPALS eccetera.

Evidenzia infine che il Polo unico dovrebbe rispondere a tre requisiti principali: l'imparzialità e l'indipendenza dei medici fiscali, in quanto occorre garantire la dignità del lavoratore, dal momento che se ci sono delle persone che utilizzano lo strumento dell'assenza senza essere malate, non bisogna criminalizzare l'intera classe lavoratrice; garantire al tempo stesso la posizione dei datori di lavoro; l'adeguatezza delle risorse necessarie all'INPS per lo svolgimento di tale attività.

**Il Coordinamento medici legali aziende sanitarie (COMLAS)** ha sottolineato che, per quanto riguarda l'organizzazione delle aziende sanitarie locali, tutta la materia che discende dall'articolo 14 della legge n. 833 trova un preciso riferimento nel decreto ministeriale dell'8 gennaio del 1985, che fissa le modalità di svolgimento dell'attività e nelle norme intervenute successivamente in merito alle fasce orarie.

I servizi delle ASL, che hanno ereditato questa funzione dalle varie casse mutue, hanno sempre svolto attività nei riguardi del personale dipendente sia delle aziende pubbliche, sia di quelle private. Queste attività sono state svolte sia con personale dipendente sia con personale convenzionato. In alcune regioni è prevalente il primo, mentre in altre prevale il personale convenzionato che è pari a circa 1.200-1.400 medici che svolgono questa attività non in via esclusiva.

L'organizzazione, diffusa e capillare sul territorio grazie a strutture che nella stragrande maggioranza delle regioni utilizzano per consuetudine strumenti informatici, ovvero cartelle di carattere medico-legale, garantisce gli accertamenti in tutto il Paese. Per quanto riguarda i costi, si tratta per ciascuna visita di una spesa di circa 25-26 euro, che scende a 18 in alcune aziende e a 16 in altre.

**Nell'audizione del 26 febbraio**, l'INPS ha sottolineato che l'Istituto ha effettuato una riduzione delle spese di funzionamento (non obbligatorie) compatibile con il mantenimento del livello di servizio e 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. Tuttavia, pur avendo ridotto la quantità di visite complessive, l'Istituto non ha riscontrato alcun elemento significativo di incremento della spesa per malattia. La riduzione di spesa è stata resa possibile anche grazie all'utilizzo puntuale di un sistema di *data mining*, attraverso una ricognizione delle tipologie storiche e un'analisi puntuale dei potenziali rischi di frode. Anche l'Istituto è favorevole alla creazione di un Polo unico della medicina di controllo pubblica e privata. Da circa 24 mesi infatti l'Istituto è interessato da un processo di accorpamento degli altri enti previdenziali (uno su tutti l'INPDAP) ritenendo, logicamente, 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.

Viene inoltre sottolineato che se sono 1.400 i medici fiscali che hanno il requisito per essere chiamati sono circa 300 quelli che si stima abbiano un rapporto di esclusività con l'Istituto. Infine, quanto ai dati sulla retribuzione dei medici fiscali viene fatto presente che essa dipende dal numero di visite che effettuano essendo pari a 41 euro nei giorni feriali e a 52 euro nei giorni festivi. In caso di visita non eseguita il compenso è di 28 o di 39 euro.

**Nell'audizione del 13 marzo**, il rappresentante della **Conferenza Stato-regioni** ha ricordato che, ancorché la sentenza della Corte Costituzionale n. 207 del 2010 abbia sancito che gli oneri economici per le visite fiscali al personale dipendente, effettuate dalle ASL, sono a carico delle Pubbliche Amministrazioni richiedenti, essi gravano tuttora, in gran parte, sui bilanci delle aziende sanitarie regionali.

Infatti, in maniera consuetudinaria, è stata accettato il principio che le visite mediche di accertamento per i dipendenti pubblici siano organizzate ed effettuate dal Servizio sanitario nazionale, senza alcuna tariffazione a carico dei datori di lavoro, se non in maniera molto parziale ed episodica, con la conseguenza che negli ultimi anni sono stati utilizzati 70 milioni di euro provenienti dal Fondo sanitario nazionale per una funzione di controllo e fiscale che poco ha a che fare con la tutela della salute dei cittadini.

Valutata l'impossibilità, in una situazione di criticità finanziaria, di un aumento della spesa per prestazioni non finalizzate alla tutela



della salute, le regioni ritengono che non vi siano le condizioni per mantenere questo tipo di attività in carico al SSN e anzi ritengono contestualmente necessario integrare nuovamente il FSN con le risorse che sono state sottratte al SSN per queste finalità.

Il rappresentante delle regioni dichiara tuttavia che l'autorizzazione a svolgere tale attività verrà revocata con tutte le cautele dovute a fronte di una situazione così complessa e sottolinea come tutta l'attività di accertamento fiscale dovrebbe essere trasferita all'INPS mentre dovrebbe ritornare nella piena competenza del Servizio Sanitario Nazionale l'accertamento della disabilità.

**Nell'audizione del 27 marzo, il Sottosegretario alla salute De Filippo** ha sottolineato che la funzione di controllo dell'INPS garantisce l'equilibrio e l'equità del sistema e ha per questo auspicato la costituzione presso l'INPS di un Polo Unico per l'effettuazione delle visite di accertamento medico legale, sia per i lavoratori pubblici che per quelli privati, con uno stanziamento proprio in capo all'Istituto.

**Nell'audizione del 1° aprile**, rispetto al « Polo unico di medicina fiscale », il **sottosegretario per la semplificazione e la pubblica amministrazione Rughetti** ha ricordato che anche il Governo precedente, in risposta ad atti di sindacato ispettivo, aveva individuato la possibilità di istituire il « Polo », quale misura di semplificazione, per accentrare presso un'unica struttura amministrativa dell'INPS le competenze nella gestione del servizio medico-legale. Il sottosegretario ricorda che l'istituzione del Polo deve essere accompagnata da necessari stanziamenti dedicati, che appaiono contrastare con le misure di contenimento a cui è stato sottoposto il bilancio dell'Istituto.

A seguito di queste considerazioni, il sottosegretario ritiene che occorra una disciplina normativa il più possibile chiara e la definizione di risorse certe. Secondo il sottosegretario non bisogna parlare di un polo unico che eserciti il ruolo di accertamento, ma deve essere più semplicemente individuato l'INPS come soggetto a cui affidare esclusivamente la titolarità di questa funzione.

Il sottosegretario ricorda che ancora oggi, nell'incertezza interpretativa delle norme, le pubbliche amministrazioni utilizzano esclusivamente le ASL per gli accertamenti; ritiene pertanto che un cambiamento celere possa intervenire solo con l'emanazione di disposizioni che attribuiscono la titolarità della funzione in modo esclusivo. Conclude infine interrogandosi se la disciplina normativa, che prevede che la visita fiscale venga fatta già dal primo giorno, sia ancora attuale, o se invece si possa passare ad una fase successiva, visto che il livello di assenza per malattia nel nostro paese è ormai più o meno nel *range* europeo.

## 5. Conclusioni

Alla luce di quanto emerso nel corso dell'indagine conoscitiva e in particolare dei diversi contributi forniti dai soggetti durante le audizioni, la Commissione Affari sociali ritiene ancora valida la previsione, nel nostro sistema di *welfare*, della copertura assicurativa

dei giorni in cui si è assenti dal lavoro per malattia o infortunio per i lavoratori dipendenti, posta a carico dell'INPS per i lavoratori del settore privato e a carico dei singoli enti pubblici per il settore del pubblico impiego.

L'indagine inoltre ha riconfermato l'utilità di un sistema di controlli che contrasti il fenomeno dell'assenteismo e assicuri un corretto uso delle risorse pubbliche, oltre a rispondere alle esigenze dei datori di lavoro in merito ai controlli sulla salute dei propri dipendenti, esigenze che lo Statuto dei lavoratori riconosce, ma dispone siano effettuate solo attraverso i servizi ispettivi degli enti previdenziali.

L'educazione al corretto utilizzo dell'istituto dell'assenza per motivi di salute, supportata da un'attività appropriata della medicina di controllo, che consenta di riconoscere e dissuadere eventuali abusi, rappresenta in definitiva il vero presidio di garanzia dei diritti del cittadino costretto ad assentarsi dal lavoro per reali e comprovate esigenze di salute.

Tuttavia, la sostanziale permanenza di un doppio e diverso regime tra lavoratori del settore pubblico e del settore privato non sembra trovare più giustificazione. Coerentemente con quanto già avvenuto per altri aspetti — si pensi all'unificazione degli enti previdenziali — anche la disciplina che regola i controlli sulle assenze per malattia, ad avviso della Commissione, va armonizzata e uniformata.

Si aggiunga che la normativa più recente ha stabilito l'invio telematico all'INPS dei certificati per malattia, dimostrando a maggior ragione l'intenzione di porre in capo solo a tale ente le funzioni di vigilanza.

In questo quadro il permanere di funzioni di accertamento dello stato di salute dei dipendenti assenti per malattia in capo alle aziende sanitarie, su incarico di enti pubblici, non trova giustificazione.

È stato esplicitamente fatto presente dalla Conferenza delle regioni quanto che, in una situazione di criticità finanziaria, risulterebbe impossibile aumentare la spesa per prestazioni non finalizzate alla tutela della salute, quali quelle relative alle certificazioni delle assenze per malattia, che infatti non rientrano nei LEA.

Per quanto attiene alle modalità con cui l'INPS procede a questi controlli è emerso altresì che tale funzione viene svolta da moltissimi anni attraverso il ricorso a personale con contratti libero-professionali pagato sostanzialmente a prestazione e in regime di incompatibilità più o meno totale con altri incarichi.

È emerso altresì che i tagli di spesa conseguenti all'applicazione della *spending review* hanno reso drammatica la situazione di molti medici che hanno svolto per molti anni in modo prevalente o addirittura esclusivo questo tipo di attività professionale. Peraltro tale attività è stata regolata in via amministrativa in modo non uniforme sul territorio nazionale e attraverso un contratto difficilmente riconducibile al rapporto di lavoro dipendente ma atipico sia rispetto alla categoria dei contratti di collaborazione coordinata e continuativa che rispetto al lavoro autonomo e, in particolare, all'esercizio delle professioni intellettuali, in quanto non si risolve nella prestazione di un'opera o di un servizio verso un corrispettivo, con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione, essendo piut-

tosto caratterizzato da lunghe reperibilità, non adeguatamente remunerate ed assolutamente sproporzionate rispetto alle prestazioni effettivamente richieste.

Poiché il rappresentante del dipartimento della funzione pubblica, nella sua audizione, si è detto disponibile a contribuire a « valutare l'opportunità di ridefinire i caratteri della collaborazione, secondo canoni di stabilità rivendicati dai medici fiscali, nei limiti del rispetto costituzionale del concorso pubblico e della normativa vigente in tema di reclutamento nella P.A. » si ritiene che la riorganizzazione dell'attività di medicina fiscale possa andare in questa direzione.

In tal modo si andrebbe incontro all'esigenza di dare certezze ai suddetti rapporti di lavoro, anche per l'indubbio interesse pubblico di garantire che coloro che svolgono funzioni di controllo possano farlo senza timori.

Sulla base di quanto evidenziato da più parti nel corso dell'indagine, le richieste che la Commissione Affari sociali ritiene condivisibili riguardano innanzitutto una chiarezza sulle condizioni contrattuali, con un regime di incompatibilità omogeneamente applicato che escluda la possibile sovrapposizione del ruolo di certificatore e di verificatore dello stesso stato di malattia che vanno invece rigorosamente tenuti distinti.

In secondo luogo, è condivisibile che il ricorso al medico fiscale sia effettuato in base a graduatorie nazionali che rispettino la vigente normativa che prevede l'obbligo di attingere a liste speciali ad esaurimento, nelle quali andranno inseriti a regime anche i medici che svolgono analoga attività presso le ASL, purché in servizio alla data del 31 dicembre 2007, analogamente a quanto previsto dall'articolo 4, comma 10-*bis* del decreto-legge n. 101 del 2013 per i medici fiscali delle predette liste ad esaurimento INPS.

Appare infine utile il percorso di fidelizzazione del personale sanitario anche attraverso il ricorso alla professionalità del medesimo, verificando ad esempio la possibilità che siano chiamati a partecipare alle commissioni per certificazioni di invalidità e, da ultimo, l'esclusione dalle suddette liste di chi è già in quiescenza.

In conclusione, i tempi sembrano ormai maturi per l'individuazione di un solo soggetto cui affidare lo svolgimento della funzione di controllo in merito alle assenze per motivi di salute, da individuarsi necessariamente nell'INPS. Tale scelta richiede alcune modifiche della normativa vigente che andranno meglio precisate con appositi atti.

Il costo del servizio reso dall'INPS nel settore del pubblico impiego potrebbe trovare risposta nelle cifre già ora stanziare per il medesimo scopo. Si potrebbe valutare un *budget* annuo complessivo e tale da coprire una quota predefinita di visite di controllo per la P.A., lasciando ad ogni amministrazione la possibilità di integrare tale quota ove risultasse necessario procedere ad un numero maggiore di controlli. Tale ipotesi consentirebbe di evitare che ragioni di risparmio immediato con conseguente riduzione del numero dei controlli lasci trasparire l'idea di un rallentamento della lotta all'assenteismo.

In ogni caso, la Commissione, anche nell'interesse generale di garantire il diritto del cittadino assente dal lavoro per motivi di salute, ritiene necessario che con urgenza l'INPS dia risposta ai problemi sollevati dalle rappresentanze dei medici fiscali, nella convinzione che

la *mission* stessa dell'ente lo induca a rispondere positivamente alle giuste istanze sollevate, attenendosi alle indicazioni che il dipartimento della funzione pubblica potrebbe fornire allo scopo.

Nell'immediato, la Commissione ritiene opportuno che l'INPS dia piena e completa attuazione a quanto previsto dalla normativa vigente, in particolare dall'articolo 4, comma 10-*bis*, del DL n. 101 del 2013, come modificato dall'articolo 1, comma 340, della legge n. 147/2013 (legge di stabilità 2014).

Infine, in considerazione della complessità incontrata dalla Commissione nel raccogliere i dati necessari al completamento dell'indagine, si ritiene opportuno che essi siano sistematicamente e annualmente raccolti, in modo che il bilancio sociale dell'INPS ne dia utilmente conto e garantendo al tempo stesso che l'evolversi della situazione sia tenuta sotto stretto controllo pubblico, consentendo le scelte organizzative conseguenti.

