

Roma, 17 febbraio 2014

Prot. GM/2014/079

Al Presidente della XII Commissione
Affari Sociali Camera dei Deputati
On. Pierpaolo Vargiu

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

Onorevole Presidente, Onorevoli Deputati,

la **Federazione Italiana Medici di Famiglia**, FIMMG, rappresenta attualmente più di 26.000 medici, pari a circa il 64% dei Medici di Medicina Generale iscritti ad un sindacato, risultando pertanto l'Associazione professionale medica maggiormente significativa dell'intera area sanitaria. FIMMG è al contempo l'Organizzazione Sindacale maggiormente rappresentativa dei medici di controllo INPS.

Tale categoria è stata sottoposta dal 30.04.2013, senza alcun preavviso, ad una drastica riduzione del carico di lavoro e dei compensi da parte dell'INPS che ha prima sospeso e attualmente fortemente ridotto le visite mediche di controllo d'ufficio. Si ricorda inoltre che negli stessi giorni in cui si tagliava il budget per visite mediche di controllo, l'ENTE procedeva all'emissione di un bando per il reclutamento di medici esterni per altre attività istituzionali, utilizzando un budget economico pressoché equivalente a quello depennato per le visite fiscali.

Attualmente i medici di controllo INPS, con età media superiore ai 50 anni, sono obbligati ad una reperibilità giornaliera gratuita anche nei giorni festivi, al rispetto delle previste incompatibilità e, nel contempo, sono mortificati dalla sostanziale assenza di incarichi che si traduce in un compenso ridotto a circa 300- 400 euro mensili, per molti ancora oggi la principale se non addirittura l'unica fonte di reddito.

I cospicui tagli operati dall' INPS in tema di visite mediche di controllo domiciliare sono stati motivati con la necessità di ottemperare alla *spending review* e giustificati dall'analisi dell'esito delle visite di controllo nel 2012, anno in cui su 900.000 controlli disposti d'ufficio si è ottenuta una riduzione prognostica "solo" in 83.mila casi i corrispondenti al 9% delle visite effettuate. L'Ente, con comunicato a firma del Direttore Generale in data 23.05.2013 ha ribadito che ".....Una riduzione a circa 100mila visite per il 2013, forti dell'esperienza costruita con un sempre più sofisticato sistema di data mining, ci porterà a far crescere la percentuale dei risultati di riduzione di prognosi, pur in presenza di una sensibile diminuzione del numero di visite eseguite. Quindi con meno risorse economiche e con maggiore selettività dei controlli, riusciremo a produrre comunque un sempre più efficace contrasto al fenomeno dell'assenteismo"

In realtà tale operazione, pur inducendo un «risparmio» lineare immediato, rischia di aprire fronti di spesa maggiori per la malattia ed avallare comportamenti poco trasparenti nel mondo del lavoro.

Nel 2012 la spesa complessiva per le visite mediche di controllo è stata di circa 69 mln di euro: la quota recuperata dai datori di lavoro è stata di circa 17 milioni di euro, mentre quella recuperata dalle sanzioni per le assenze a visita, circa 250.000, corrisponde ad una cifra oscillante tra i 17 ed 20 mln di euro.



A queste cifre vanno aggiunte quelle derivanti dai risparmi operati dall'Istituto a seguito della riduzione delle prognosi e, soprattutto, con le riammissioni al lavoro.

Nel 2012 l'INPS ha erogato 2.053 mln di euro di indennità di malattia con un assenteismo per malattia in Italia stimato intorno al 2 per cento: ne consegue che l'aumento di un solo decimale di punto di assenteismo provocherebbe un maggior esborso di circa 100 mln di euro (sia per l'Istituto che per le aziende, essendo mediamente la quota a carico dell'Inps del 50%).

Negli ultimi anni l'Inps ha investito ingenti risorse economiche ed umane nello sviluppo di un software di analisi dei certificati pervenuti per via telematica ed in grado di identificare quelli aventi maggiore probabilità di andare incontro, se sottoposti a visita medica di controllo, ad una idoneità al lavoro e non, così come comunicato dall' INPS, ad una mera riduzione prognostica tout court.

E' bene precisare che **solo** l'idoneità consente di esigere la ripresa dell'attività lavorativa mentre il semplice taglio di giorni di prognosi senza idoneità non consente alcuna governance, anzi espone al rischio di novellata certificazione **con** complessiva maggiore assenza dal lavoro.

Il dato riportato dall' INPS nel comunicato del 23 maggio 2013 è fortemente criticabile anche perchè non considera gli assenti a visita, i controlli effettuati nell' ultima giornata di prognosi e gli accessi che, se calcolati, porterebbero la percentuale di riduzioni prognostiche a circa oltre il 12%.

Bisogna considerare:

1. il numero annuale dei certificati: essi risultano avere un trend sostanzialmente stabile malgrado l'aumento del numero di disoccupati non fruitori della malattia assicurata (il che vuol dire che è aumentato il ricorso alla malattia)
2. l'incremento *anche per patologie a basso impatto incapacitante al lavoro* dei giorni di prognosi assegnati nei singoli certificati.
3. l'incremento percentuale di assenti a visita - oltre il 25 % secondo i dati raccolti dalla FIMMG sulle poche visite di ufficio effettuate dall' inizio del 2014, dato questo che evidenzia un verosimile, se non sicuro, aumento dell' assenteismo che si sta verificando dopo ormai 10 mesi di sostanziale mancanza di visite mediche di controllo di ufficio.

Pensare di effettuare, così come dichiarato dall' Ente, un numero così ridotto di controlli, anche se selezionati con sistemi informatici esperti (data mining) – *che però, per mantenere l'efficacia di selezione, hanno anche la necessità di "apprendere" mediante una corrente alimentazione con dati nuovi* - è un'ipotesi non solo difficile da far durare nel tempo, ma sicuramente non efficace nella prevenzione dell'assenteismo che oltre 12 milioni di certificati annualmente prodotti nel comparto privato possono nascondere, generando forse un modesto risparmio nella gestione ma anche un sicuro aumento per lo Stato del costo dell'Indennità di malattia.

Una delle soluzioni proposte già da tempo dalla FIMMG, tesa a ripristinare adeguati livelli di controllo, è la creazione del cosiddetto Polo Unico di medicina di controllo.

Tale progetto, accentrando in un'unica gestione sotto l'egida dell'INPS, razionalizza ed efficiente la funzione del controllo dello stato di salute dei lavoratori in malattia, ripristinandone nel contempo adeguati livelli d'impiego dei medici che, iscritti nelle liste speciali ivi costituitesi, fin dagli anni ottanta, hanno operato nel contenimento dell'assenteismo, con ottimi risultati.

E che l'INPS sia il naturale alveo di questo progetto deriva dal fatto che tale Istituto ha, negli ultimi anni, progressivamente acquisito competenze previdenziali anche per il settore pubblico, inglobando altri Istituti non meno importanti, a fianco alle tradizionali funzioni previdenziali svolte per il settore privato ed ha, del tutto di recente, realizzato ulteriori applicativi che consentono oggi la completa telematizzazione del flusso su base nazionale.



È intervenuta, infatti:

- a. la completa automatizzazione mediante l'utilizzo da parte dei medici di lista dell'Inps di valigette informatiche che consentono la visualizzazione giornaliera delle visite mediche assegnate e la redazione degli appositi verbali da trasmettere anche in tempo reale, sempre telematicamente, all'Istituto per i conseguenti adempimenti;
- b. l'assegnazione delle visite mediche di controllo richieste dai datori di lavoro o disposte d'ufficio – attraverso l'intervento del *data mining*, «sistema informatico esperto» capace di individuare, applicando appositi filtri e sulla base di indicatori di probabilità, i soggetti da sottoporre a visita per verificare la sussistenza dello stato di incapacità temporanea al lavoro o la congruità della prognosi indicata nel certificato;
- c. l'ottimizzazione di tempi e costi, mediante un applicativo “intelligente” denominato SAVIO che, chiudendo il ciclo dell'automazione, permette al datore di lavoro di conoscere davvero in tempo reale gli esiti delle visite mediche di controllo richieste e disposte.

Tali strumenti garantiscono quella assoluta trasparenza e oggettività all'intero processo, realizzando quanto persino previsto dallo statuto dei lavoratori e da disposizioni comunitarie sul tema, che rendono i medici di controllo INPS del tutto «terzi» anche se affiliati all'Istituto.

Il progetto del Polo Unico della medicina fiscale, presenta, a parere della FIMMG, degli indiscussi vantaggi; tra questi, a titolo meramente indicativo e non esaustivo, si possono identificare i seguenti:

1. **Qualità dei controlli.** A partire da una univoca regia manageriale a cura dell'INPS – che si giova di atti regolamentari a valenza nazionale (circolari e *modus operandi*) – la maggior qualità dei controlli si sostanzia in uno *standard* operativo consolidato, i cui capisaldi sono *a)* certezza dell'esecuzione degli incarichi affidati; *b)* livelli di provvedimenti idoneativi oscillanti dal 20 per cento al 50 per cento in alcune aree geografiche a fronte del 4 per cento mediamente fornito dalle ASL; *c)* completezza e rigore dell'atto medico puntualmente annotato nel verbale telematico, codificato mediante ICD9-CM, controllato dalla supervisione degli uffici medici INPS;
2. **Scelta appropriata delle visite mediche di controllo domiciliare nel pubblico.** La possibilità per le Unità Operative Complesse (U.O.C.) e le Unità Operative Semplici Territoriali (U.O.S.T.) dell'INPS di vedere la diagnosi – oggi oscurata – e l'uso del *data mining* per la scelta delle visite mediche di controllo da espletare sui lavoratori pubblici consentirebbe di usare metodi di scelta rapportati non solo ai comportamenti dei lavoratori ma anche all'effettiva tipologia della malattia;
3. **Uniformità dei controlli e di giudizio per tutti i lavoratori.** Attraverso l'applicazione sia nel privato che nel pubblico di una stessa metodologia, maturata in un'esperienza oramai ultra ventennale, si potrebbe garantire un'omogeneità applicativa territoriale altrimenti impensabile;
4. **Razionalizzazione della spesa:** l'impatto economico del costo della riorganizzazione sarebbe sicuramente inferiore alla somma di quanto lo Stato ha stanziato fino ad oggi, attraverso i vari organi preposti ai controlli, con la possibilità, anche mediante una rimodulazione ed ottimizzazione del compenso per i medici, di un consistente risparmio e univocità di costo della singola visita su tutto il territorio (senza la disparità di tariffari oggi vigente), predeterminandolo e semplificando le procedure di fatturazione e riscossione delle stesse da parte dell'Inps con ulteriore risparmio del personale a tale funzione dedicato.
5. **Maggiore efficacia** nella lotta agli abusi, all'assenteismo e alle truffe con rigore metodologico, con una regia univoca informaticamente supportata e con immediatezza di risposta e di output.



La proposta di Polo Unico della medicina di controllo, presentata in modo trasversale da vari gruppi parlamentari in occasione della conversione di recenti decreti legge, è stata accolta come ordine del giorno nell'ultima Legge di Stabilità (Ordine del Giorno n. G/1120/195/5 al DDL n. 1120) ed è un'ipotesi condivisa ed auspicata dalla stessa INPS così come recentemente comunicato dal Direttore Generale Nori in risposta ad una specifica richiesta di FIMMG.

Onorevole Presidente, Onorevoli Deputati,

i circa 1400 medici, molti dei quali da oltre 25 anni incaricati dall'INPS al controllo dello stato di salute dei lavoratori, con un contratto libero professionale che prevede una retribuzione a prestazione, hanno subito da quasi un anno la improvvisa, e quasi totale, perdita del loro reddito senza neanche poter beneficiare, considerata la tipologia del rapporto di lavoro, degli ammortizzatori sociali e con davvero minime possibilità di reinserimento lavorativo e gravi conseguenze personali e familiari, in particolare per coloro, e sono molti, che svolgono da tanti anni questa attività in via esclusiva.

I recenti interventi normativi di cui il comma 10bis art 4 Legge 30/10/2013 n. 125 (liste ad esaurimento) ed il comma 340 dell'articolo 1 della legge n. 147 del 2013 (priorità nell'attribuzione delle visite ai medici delle liste ad esaurimento) hanno dato un importante input alla più che ventennale attesa stabilizzazione della categoria, mentre assolutamente non risolta è la garanzia di un reddito stabile e dignitoso.

La garanzia del reddito e la definitiva stabilità del rapporto potrebbero essere ottenute con il passaggio dalla attuale retribuzione a prestazione ad una retribuzione oraria del medico di controllo, che contempli un allargamento delle competenze dei sanitari fissando la disponibilità del singolo medico in un congruo monte ore settimanali da modulare con opportune turnazioni per i festivi e prefestivi, secondo le esigenze funzionali dell'INPS e **da regolare mediante apposita convenzione che fissi tra l'altro criteri di garanzia fra le parti.**

Con tale progetto si porrebbe fine alla **fluttuazione occupazionale** di questi professionisti in questo momento così duramente colpiti dalle ricadute della *spending review*, garantendo loro continuità del rapporto. Una convenzione oraria consentirebbe di ridurre fino al 50 per cento il costo della singola prestazione con un notevole risparmio anche da parte delle aziende che potrebbero così concorrere in maniera determinante alla lotta agli abusi.

In particolare, un orario garantito e sufficientemente ampio è in grado di offrire maggiore flessibilità a diversificate esigenze come l'incremento dei controlli, la durata di singoli accertamenti, la possibilità di rivedere i lavoratori con prognosi lunghe, studi e approfondimenti epidemiologici a supporto delle U.O.C./U.O.S.T. dell'INPS e di eventuali altre esigenze istituzionali che INPS, in ottica di risparmio, volesse loro affidare.