

Gentilissimi Colleghi,

La nostra richiesta può essere sintetizzata in una proposta di intervento legislativo a modifica della norma contenuta nel D.Lgs.C.P.S. n° 233 del 13/09/1946, **istituente l'obbligatorietà dell'iscrizione⁽¹⁾ e del pagamento dei contributi all'ENPAM, in qualità di Ente di Previdenza ed Assistenza di categoria**, per tutti i Medici italiani, come indicato nell' Art. 21⁽²⁾ dello stesso D.Lgs.

CONTESTO STORICO

L'Ordine dei Medici è stato istituito nel 19 luglio 1910 con la pubblicazione in Gazz. Uff. della Legge 455, approvata il 10 luglio 1910.

(Allegato 1 - Istituzione Ordine dei Medici)

Il Capo Provvisorio dello Stato Enrico De Nicola il 13 settembre 1946 promulgò il D.Lgs. 233/46 in un contesto storico, istituzionale e professionale completamente diversi dall'attuale; lo stesso D.Lgs., che si riferisce con specificità alla sola professione medica e identifica la necessità di confermare l'istituzione di Ordini provinciali dei Medici e Federazioni nazionali e l'ENPAM.

Nell'articolo 21⁽²⁾, in particolare, il D.Lgs. 233/46 identifica la necessità di istituire Enti Nazionali di Previdenza ed Assistenza per ciascuna categoria:

(Allegato 2 - Legge Istitutiva 1946)

⁽¹⁾ Art. 1. *"In ogni provincia, sono costituiti gli Ordini dei medici-chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti ed i Collegi delle ostetriche. Se il numero dei sanitari residenti nella provincia sia esiguo ovvero se sussistano altre ragioni di carattere storico, topografico, sociale o demografico, l'Alto Commissario per l'igiene e la sanità pubblica, sentite le rispettive Federazioni nazionali e gli Ordini o Collegi interessati, può disporre che un Ordine o un Collegio abbia per circoscrizione due o più provincie finitime, designandone la sede".*

⁽²⁾ Art.21 : *"Gli Iscritti agli albi sono tenuti anche all'iscrizione ed al pagamento dei relativi contributi all'Ente nazionale di previdenza ed assistenza istituito o da istituirsi per ciascuna categoria. L'ammontare dei contributi verrà determinato dai competenti organi degli enti, d'accordo con il Consiglio nazionale delle rispettive Federazioni nazionali".*

Questa seconda parte relativa all'istituzione di elenchi separati per categorie o tipologie di lavoro diverse, non è mai stato realizzato nell'ambito della professione medica, se non relativamente alla specialità degli Odontoiatri; anche questa solo di recente, a seguito di differenziazione attraverso una Laurea specifica.

Le tipologie di lavoro e condizioni lavorative dei Medici-Chirurghi dal 1946 ad oggi sono notevolmente cambiate; nel 1946 i Medici Chirurghi erano fundamentalmente e quasi esclusivamente libero-professionisti che dedicavano solo parte del loro tempo lavorativo all'attività all'interno degli ospedali in forma di "Consulenti"; gli Ospedali all'epoca (1946) erano gestiti da Enti Ospedalieri con caratteristiche spesso religiose, caritatevoli, con standard e rapporti di lavoro del tutto variabili ed incostanti.

L'Assistenza agli Utenti ed il controllo di congruità delle spese era affidata alle cosiddette Casse Mutue,

Enti assicurativi che garantivano l'accesso alle cure ai Lavoratori iscritti; queste Casse Mutue affondavano le loro radici nelle società operaie dell'800.

Solo nel 1968 con la Riforma Mariotti, si cercò di classificare gli Ospedali per tipologia di cure prestate e avviare, per i Medici ivi impegnati, un Rapporto di Lavoro con caratteristiche costanti sul territorio nazionale. La crescita esponenziale dei costi, dopo soli 10 anni costrinse a varare nel 1978 l'Istituzione del S.S.N., ancorandolo alle necessità del territorio con la creazione delle U.S.L.

Questa premessa storica è importante per capire come si è arrivati ad un cambiamento progressivo dei Tipi di Rapporto di Lavoro per i Medici Chirurghi italiani; da un "Lavoro Medico" quasi esclusivamente libero-professionale, attualmente mantenuto solo dai Medici di Medicina Generale (M.M.G.), a un rapporto di lavoro prevalentemente di dipendenza per i Medici Ospedalieri e della dipendenza.

SITUAZIONE ATTUALE

Fondamentalmente i Medici Italiani possono essere differenziati in quattro grandi categorie:

- 1) Medici Dipendenti delle Aziende Sanitarie Pubbliche :
 - Ospedalieri o Territoriali a tempo indeterminato;
 - Ospedalieri o Territoriali a tempo determinato (Precari);
- 2) Medici Dipendenti di Aziende Sanitarie Private :
 - da Case di Cura Convenzionate con il S.S.N. o Parificate;
 - da Strutture Ambulatoriali Convenzionate;
 - da Strutture Private non convenzionate con il S.S.N.
- 3) Medici Convenzionati con il S.S.N.
 - Medici di Medicina Generale
 - Medici per la Continuità Assistenziale Titolari
 - Medici per la Continuità Assistenziali sostituiti
- 4) Medici in cerca di occupazione.

Tutti i Medici appartenenti a queste tipologie lavorative (anche i Medici "disoccupati"), immediatamente dopo il superamento dell'Esame di Stato per lo svolgimento della Professione Medica, all'atto della iscrizione all'Ordine dei Medici, obbligatoria ai fini della possibilità di svolgere una qualsiasi attività lavorativa, si trovano "**costretti**" in base al D.Lgs. 233/1946 ad effettuare il versamento della "**Quota A**" all'ENPAM, indipendentemente dal reddito, con una recente graduazione in base all'Età, ma non in base al reddito prodotto.

Anzi, nel tentativo di allargare la base imponibile, l'ENPAM ha reso possibile, da questi ultimi anni, anche agli Studenti di Medicina, l'iscrizione volontaria all'ENPAM in modo da poter iniziare a versare i contributi durante gli Anni di Laurea..

Attualmente quindi i Medici Chirurghi, dopo aver versato la quota annuale di iscrizione all'Ordine dei Medici, si trovano obbligati a due diverse contribuzioni verso l'ENPAM:

Quota "A" : trattasi di quota "base" di contribuzione pensionistica cui tutti i Medici devono far fronte ogni anno; attualmente per gli Ospedalieri è fissata in 1526 Euro ed è in progressivo aumento in quanto viene aggiornata annualmente a discrezione dell'Ente; alcune decine di euro non vanno alla

contribuzione pensionistica ma solo a costituire un fondo per la retribuzione del periodo di "gravidanza" delle Colleghe che svolgono libera professione (le Colleghe dipendenti hanno altre forme di tutela). Su una base di 362.000 medici contribuenti, tale quota viene ad essere distribuita solo sulla popolazione femminile di libero-professioniste Convenzionate.

Dall'esame dei dati : 362.000 medici contribuenti, 109.000 pensionati, 67.000 Medici di Medicina Generale Convenzionati, 130.000 Medici della dipendenza, risulta evidente che il numero complessivo dei Medici assoggettati alla contribuzione obbligatoria minima ("**Quota A**") è chiamato a contribuire in forma del tutto "solidaristica"; non è peraltro prevista una reciprocità in questa forma di solidarietà tra due differenti tipologie di lavoro medico, con due differenti Enti percettori dei Contributi pensionistici: da una parte i Medici della Medicina Convenzionata che versano esclusivamente all'ENPAM, dall'altra i Medici della Dipendenza che si trovano obbligati dalla Legge a versare a due Enti pensionistici diversi: ENPAM ed INPS, pur sapendo che riceveranno solo dal secondo un vero Reddito da Pensione. Questo fatto è evidenziato dalla comparazione tra le due forme di pensione che ricevono le due tipologie di Medici:

260 euro lordi circa i Medici provenienti dalla dipendenza;

3550 euro lordi circa i Medici provenienti dalla Libera Professione Convenzionata.

Peraltro anche i Medici della Dipendenza subiscono per tutta la vita lavorativa una trattenuta mensile, proporzionale agli emolumenti, a favore dell'INPS che assicura la pensione proporzionata a quanto guadagnato (sistema retributivo) o versato (sistema contributivo).

Inoltre il versamento della Quota "A" determina, per i Medici della Dipendenza, una esenzione dal versamento della Quota "B" fino a circa 8000 euro/annui, nei confronti dei redditi derivanti da Libera Professione Intramoenia. Questa norma va a colpire tutti i dipendenti costituendo una Base contributiva obbligatoria ed ineludibile ancorché ingiustificata dall'accertamento dell'esistenza di un Reddito Libero-Professionale.

Sia i Medici della Dipendenza che i M.M.G. Convenzionati, versano (all'ENPAM) oltre alla Quota "A" anche la **Quota "B"**.

(Allegato 3 - Aumento Aliquote)

La **Quota "B"** è stabilita in percentuale rispetto al reddito ed alla sua tipologia; questa percentuale varia annualmente per decisione dall'Ente Percettore (ENPAM) in proporzione ai Redditi derivanti da Libera Professione e in relazione alle proprie necessità di cassa.

Le proporzioni del prelievo sono differenti per le due categorie: dal 2% all'8,25 % per i Medici dipendenti sui Redditi da Libera Professione Intramoenia, dell'8,25% fisso per i Medici dipendenti sui Redditi da Libera professione, fino al 19,50 % dal 2021 per i Medici Libero-professionisti Convenzionati e Non-Convenzionati. Non si capisce quale differenza possa essere insita dal punto di vista dell'assoggettamento a contributo pensionistico tra i Redditi da L.P. intramoenia e L.P. extramoenia. Una Tassazione così elevata per il solo aspetto pensionistico, quindi da sommarsi al verosimile 43 % "marginale" sui Redditi da lavoro, porta la tassazione del Medico Libero-Professionista al 62,5 % dei Redditi dichiarati;

per il Medico Dipendente, che è talvolta chiamato a svolgere sotto forma di Libera Professione IntraMoenia ore di straordinario per il suo servizio ospedaliero, sotto la dizione: "Prestazioni

Aggiuntive", la trattenuta ENPAM può essere del solo 2 %, ma anche dell'8,25% qualora gli sfuggisse (come stava accadendo nel 2019 per i redditi del 2018) di richiedere la tassazione ridotta.

Questi sono Redditi già falciati solitamente da una tassazione marginale del 43%, censiti dallo Stato con precisione assoluta attraverso le Aziende Sanitarie che li erogano e sottoposti già a tassazione pensionistica. Non si comprende quindi il motivo della seconda trattenuta pensionistica da parte di un Ente privato.

CONSIDERAZIONI

Queste percentuali di notevole impatto e crescenti, decise dall'ENPAM in autonomia, in quanto trattasi di Ente Privato con libertà impositiva assoluta in cifre esatte e percentuali, seppur da sottoporre ad approvazione ministeriale, traggono origine dalla necessità di conservare la **certezza delle prestazioni pensionistiche nel tempo**, in ossequio al Comma 24 dell'Art. 24 del D.Lgs. 201 del 6 dicembre 2011, che indica per gli Enti (come l'ENPAM) la ricerca dell'equilibrio dei Conti, valutato su un arco temporale di 50 anni

(vedi Allegato 4, D.L. 201 - 2011)

Considerata la nota difficoltà di prevedere l'evoluzione dei flussi economici anche per periodi molto più brevi, considerata anche la difficile previsione sulle necessità pensionistiche di una popolazione medica in costante ma imprevedibile contrazione numerica, diventa "assurdo" indicare e imporre per Decreto un limite temporale che abbracci mezzo secolo, tanto da assumere l'aspetto di "*formula di garanzia*" di totale autonomia gestionale ed impositiva per l'Ente stesso.

La materia della contribuzione alle Casse Professionali quali l'ENPAM, esistenti per altre figure professionali quali Avvocati, Architetti, Ingegneri, Farmacisti, etc. è comunque particolarmente intricata essendosi ogni particolare Cassa Professionale dato uno Statuto diverso e norme applicative differenti. Per diverse Casse Ordinistiche, è stato operato l'inserimento degli Iscritti in **due elenchi differenti**, uno dei quali dedicato ai Professionisti che, avendo assunto un particolare rapporto di lavoro con lo Stato, caratterizzato dalla "esclusività", sono stati inseriti in un elenco con caratteristiche del tutto particolari. Peraltro le diverse normative hanno dato origine a numerosi ricorsi dei professionisti negli anni, fino a determinare numerose sentenze di merito della Corte di Cassazione.

Nonostante i Medici della Dipendenza siano stati assunti dalle Aziende Sanitarie in gran parte come "esclusivisti", gli Ordini dei Medici si sono ben guardati di attivare questi elenchi separati, con caratteristiche diverse sotto diversi aspetti contributivi e fiscali.

Peraltro in questa disamina non possiamo non ricordare il **Divieto di duplicazione di contribuzione per finalità analoghe**, specificato nel Comma 12, dell'articolo 18 del decreto legge n° 98 del 2011.

Tale Divieto di duplicazione di analoga contribuzione non sembra essere operante per l'ENPAM; tale contributo pensionistico sembra essere esente da qualsiasi norma dello Stato; viene versato "*obbligatoriamente*" con "*motivazioni solidaristiche*" tra le diverse tipologie contrattuali dei Medici.

Il principio del Divieto di Duplicazione è stato ricordato anche dalla Corte di Cassazione nella sentenza 10793/2016 in quanto è operante "*il divieto di doppia imposizione*", previsto dall'art. 67 del D.P.R. 29

settembre 1973, n° 600, ove si esclude "*la reiterata applicazione della medesima imposta in dipendenza dello stesso presupposto*".

Il fatto che il Contributo ENPAM vada ad essere applicato anche a Medici privi di una stabile occupazione o in condizioni di "sottooccupazione", pone un presupposto di chiara incostituzionalità in riferimento all'Art. 53 della Costituzione Italiana. Se infatti il pagamento della Contribuzione fissa, pensionistica, come configurato nella "Quota A", viene giustificato - in riferimento alla natura tributaria dei contributi - dalla mera appartenenza ad una Categoria professionale, anziché dalla capacità contributiva, risulta evidente il contrasto con l'Art. 53 della Costituzione, ove recita: **“Tutti sono tenuti a concorrere alle spese pubbliche in ragione della loro capacità contributiva. Il sistema tributario è informato a criteri di progressività.”**

Altro elemento importante nella valutazione del Sistema Contributivo/Previdenziale instaurato nel tempo da ENPAM (e da altre Casse pensionistiche Professionali autonome) è la **inadeguatezza della prestazione pensionistica** in senso assoluto, ma anche in relazione ai versamenti effettuati nel tempo. Non vi è prevista alcuna rivalutazione delle somme versate né per effetto dell'inflazione né per somma di interessi composti negli anni; non si assiste ad alcuna partecipazione dei Contribuenti agli "Utili" prodotti dall'Ente per effetto degli impieghi finanziari anche controversi, ma ad una semplice attualizzazione dei versamenti; della inadeguatezza delle prestazioni erogate è prova l'entità del capitale immobiliare e finanziario accumulato negli anni da parte di ENPAM.

Per "*inadeguatezza prestazione pensionistica*"

(Allegato 5 - Esempi Pensione)

(Allegato 6 - Stato di un Medico)

GESTIONE DELL'ENPAM

Anche sulla gestione dell'ENPAM sono state aperte numerose inchieste, soprattutto negli ultimi 30 anni e avviati molteplici ricorsi alla Magistratura. Ma la applicazione delle leggi attuali porta a queste applicazioni e la Magistratura non ha potuto far altro che decidere in ossequio a queste norme. In particolare hanno colpito i consistenti "**utili**" dichiarati dall'ENPAM in questi ultimi anni:

1 miliardo e 328 milioni nel 2016, 1 miliardo e 150 milioni nel 2017 e 1 miliardo e 300 milioni nel recente bilancio 2018, a fronte di "pensioni" inferiori ai 2000 € all'anno per i Medici della dipendenza.

Dividendo gli "utili" annuali per il numero di Contribuenti, si constata che ogni Contribuente lascia all'Ente un avanzo di gestione di circa 3600 Euro/anno.

In questi stessi anni, il Presidente dell'ENPAM si è attribuito uno stipendio superiore al mezzo milione di euro/anno, in quanto ricopre oltre il ruolo di Presidente dell'ENPAM, anche ruoli di rilievo presso altri Enti interni alla Fondazione ENPAM. Anche la consistenza patrimoniale dell'ENPAM è ormai valutata intorno ai 21 miliardi di euro ed è in costante crescita, ma tale patrimonio viene giustificato come necessario al rispetto del dettato del D.Legge 201 del 6 dicembre 2011.

La Fondazione ENPAM, per questi motivi, è stata oggetto di denunce e inchieste; ad esempio le trasmissioni REPORT del 04/12/2011 e del 04/04/2018, gli allegati pubblicati dal Sole 24 Ore su "Giulio Gallazzi" e "Giancarlo Sciacchitano", Quotidiano Sanità del 31 Luglio 2014 e l'interrogazione Parlamentare di M.5 Stelle dell'8 Settembre 2015.

Per "*inchieste su ENPAM*"

(Allegato 7 - Caso Gallazzi)

(Allegato 8 - Caso Sciacchitano)

(Allegato 9 - Franco Picchi x Doctor33)

Esiste anche una Commissione parlamentare bicamerale di controllo sull'attività degli Enti Gestori di forme obbligatorie di Previdenza e Assistenza sociale ma, tale Commissione ha sempre e solo approvato tutti i bilanci presentati da ENPAM senza entrare nel merito delle modalità di raccolta dei contributi obbligatori.

SOLIDARIETÀ

Anche questa motivazione del coinvolgimento di tutti i Medici Italiani alla contribuzione obbligatoria, presenta la falla della unilateralità; esiste infatti una contribuzione solidale a senso unico: da parte dei Medici Dipendenti verso i Libero Professionisti, ma non viceversa; manca insomma qualsiasi "*reciprocità*". Sembra che la solidarietà debba essere rispettata dai Medici della dipendenza in virtù dello "stipendio fisso", per permettere una adeguata pensione per i Medici di Medicina Generale e sostegno alla gravidanza delle Colleghe Libero-professioniste.

ANCORA DUE RIFLESSIONI FINALI SUL D.LGS. 233 DEL 13 SETTEMBRE 1946:

Le Leggi italiane hanno imposto a tutt'oggi, per 75 anni, l'iscrizione, anch'essa onerosa, all'Albo dell'Ordine dei Medici Provinciale a Medici della Dipendenza a tempo indeterminato (o "di ruolo") per periodi superiori ai 43 anni, giustificati dal dovere di assicurare i titoli e requisiti di quel Professionista ad esercitare sul territorio italiano la professione di Medico. Sono noti a tutti episodi di insufficiente controllo e mancata verifica dei requisiti minimi per l'esercizio della professione, fino alla assunzione di NON-Laureati in Medicina da parte di Aziende Sanitarie che hanno accettato la documentazione fornita da questi Ordini. Né si capisce come Aziende Sanitarie di dimensioni cospicue e con migliaia di dipendenti, rappresentanti dello Stato sul territorio di pertinenza, abbiano necessità per l'assunzione dei Medici, di certificati emessi da un Ente privato come l'Ordine Provinciale.

Gli Enti gestori di forme di previdenza obbligatoria, sono inseriti dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) ai sensi del comma 3, dell'art.1 della legge 31 dicembre 2009, nell'elenco delle pubbliche amministrazioni che concorrono al conto economico consolidato dello Stato. Gli oneri sociali o contributi previdenziali versati agli enti, indipendentemente dalla fruizione dei servizi, sono quindi

"imposte" ai sensi dell'art. 23 della costituzione. In definitiva la gestione previdenziale incide sulla pressione fiscale sia a livello generale dello Stato, sia nei confronti del singolo contribuente.

Ricordiamo quindi l'Art. 23 della Costituzione :

Nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge.

La **Quota "A"** con i suoi attuali 1526 € annuali costituisce circa 2/3 dello stipendio mensile di un neo-assunto in Ospedale.

In questo periodo si sta discutendo per il rinnovo del C.C.N.L. di cifre annuali complessivamente inferiori a questa; riteniamo quindi non disdicevole ridurre gli introiti ed "utili" dell'ENPAM per lasciarli a disposizione dei medici che iniziano a lavorare dopo 11 anni di studio, riesaminando queste leggi datate ed inserendo emendamenti, anche sostanziali, in quanto queste norme sono nate in un momento completamente diverso del mercato del lavoro.

Le Norme attualmente in vigore per Ordini e Casse Previdenziali Professionali, sembrano attualmente essere solo conservative per garantire situazioni di privilegio per alcune categorie già sufficientemente fortunate.

Il **CoAS Medici Dirigenti**, Associazione di Medici Ospedalieri, libera da influenze derivanti da partecipazione a qualsiasi livello di Consigli di Amministrazione di questi Enti, interessata esclusivamente alla difesa della professionalità e qualità di vita dei Medici Ospedalieri,

formulala proposta

di una rivisitazione del D.Lgs. 233 / 1946 e delle Leggi successive a cominciare dalla sua ratifica avvenuta con la Legge n° 561 del 17 aprile 1956, e successive leggi confirmatorie, come l'articolo 14 della legge 28 novembre 2005, n. 246, e l'Art. 1 ed Allegati del D.Lgs. del 1° dicembre 2009.

Queste successive conferme legislative dello stato normativo quo ante, attualmente in vigore, hanno confermato reiteratamente nel tempo una situazione contributiva su cui invece si aprivano ripetutamente inchieste e richieste di modifica e trasparenza.

Il **CoAS Medici Dirigenti** ritiene che queste modifiche siano ormai necessarie per avviare un sostanziale cambiamento nel regime di imposizione contributiva dei Medici della Dipendenza, in quanto le norme segnalate non sono più corrispondenti alle condizioni storiche, sia sotto gli aspetti delle tipologie di lavoro professionale medico, sia sotto gli aspetti previdenziali ed assistenziali.

Per tutti questi motivi e per conoscenza dei sentimenti dei Medici Ospedalieri, chiediamo che la Contribuzione di questi all'ENPAM diventi esclusivamente volontaria e si possa trasferire nelle Casse dell'INPS quanto eventualmente già versato all'ENPAM.