

I

(Comunicazioni)

CORTE DEI CONTI

RELAZIONE SPECIALE N. 3/2003

sul regime della pensione d'invalidità delle istituzioni europee, corredata delle risposte delle istituzioni

(presentata in virtù dell'articolo 248, paragrafo 4, secondo comma, del trattato CE)

(2003/C 109/01)

INDICE

	<i>Paragrafi</i>	<i>Pagina</i>
SINTESI	I-VII	3
OBIETTIVI E METODO DELL'AUDIT	1-2	4
IL REGIME DELLA PENSIONE D'INVALIDITÀ	3-14	4
La regolamentazione	3-9	4
Statistiche e analisi	10-14	5
I LAVORI PRECEDENTI DELLA CORTE ED IL SEGUITO DATO AGLI STESSI	15-19	9
I lavori precedenti della Corte	15	9
Il seguito dato	16-19	9
Le raccomandazioni della «relazione Caston»	16-17	9
Le azioni intraprese	18-19	9
OSSERVAZIONI SUL SISTEMA DI GESTIONE DELLE ASSENZE CON RIFERIMENTO ALLE ASSENZE PER MALATTIA	20-40	10
Tassi di assenza	20	10
Politica generale delle istituzioni	21	10
Ruoli e coordinamento delle diverse parti interessate	22-40	10
Osservazioni generali	22-23	10
Deficienze specifiche di talune istituzioni	24-29	11
Controlli medici sulle assenze	30-40	11
OSSERVAZIONI SULLE PENSIONI D'INVALIDITÀ	41-73	13
Quantificazione e monitoraggio del costo del regime	41-43	13
L'accertamento dell'invalidità	44-47	14
Monitoraggio, analisi delle cause e azioni correttive	48-52	15
Individuazione precoce, sinergia medico-amministrativa e misure alternative	53-55	16

	<i>Paragrafi</i>	<i>Pagina</i>
Apertura della procedura d'invalidità	56-57	16
La commissione d'invalidità	58-64	16
Costituzione	58-62	16
Base dei pareri	63-64	17
Decisione sull'invalidità	65	17
Visite mediche dopo il pensionamento per invalidità	66-69	18
Progetto di riforma del regime	70-73	18
CONCLUSIONI	74-79	19
RACCOMANDAZIONI	80-82	20
Le risposte delle istituzioni		21

SINTESI

I. La Corte ha svolto un audit sul regime della pensione di invalidità, per valutare il costo delle pensioni di invalidità, individuare economie potenziali, verificare se le pensioni di invalidità siano concesse solo quando un'invalidità effettiva è stata debitamente riconosciuta e stabilire se le istituzioni si sono dotate dei sistemi di gestione necessari per un adeguato monitoraggio ed un efficace controllo del funzionamento del regime.

II. Ogni anno sono accordate circa 200 pensioni di invalidità, che rappresentano un costo attuariale netto annuale, totale, dell'ordine di 74 milioni di euro; recentemente si sono registrati aumenti nelle spese annue, imputabili principalmente ad aumenti del numero e dell'età dei funzionari e agenti delle istituzioni. Tuttavia, è probabile che le modifiche dello statuto, parte dell'attuale pacchetto delle riforme, riducano il costo delle pensioni di invalidità.

III. Dall'audit della Corte è emerso un quadro complesso. Da un lato, il tasso di pensionamento per invalidità si è mantenuto stabile negli ultimi 15 anni e, secondo il parere del medico consulente della Corte, la concessione delle pensioni di invalidità è giustificata. Dall'altro, il pensionamento per invalidità è più diffuso in certi gradi del pensionamento normale e vi sono prove che la frustrazione nell'ambiente di lavoro incide su alcuni funzionari, che alla fine sono stati collocati a riposo per motivi di salute.

IV. Si sono riscontrate deficienze riguardo alla politica complessiva ed ai sistemi di gestione delle assenze per malattia, caratterizzati da un approccio medico anziché amministrativo, da mancanza di chiarezza e di coordinamento fra i vari servizi interessati, da mancanza di risorse, da strumenti di gestione informatici non idonei e da ostacoli originati da talune disposizioni dello statuto.

V. Ne conseguono ritardi frequenti e costosi nell'apertura e nell'iter della procedura di invalidità, laddove la durata della procedura stessa è associata con un deterioramento delle condizioni di salute e, di conseguenza, con tassi estremamente bassi di reintegrazione, soprattutto nel 50 % dei casi che comportano disturbi psichici.

VI. Dall'audit è risultato che sono possibili economie finanziarie adottando misure amministrative adeguate per prevenire e trattare tempestivamente, in particolare, casi in cui le ragioni dell'invalidità sono psichiche. Tali misure dovrebbero comprendere lo sviluppo — da parte delle istituzioni — di una politica complessiva per le assenze per malattia, un'assegnazione più chiara dei ruoli e delle responsabilità fra i servizi medici e i servizi del personale, esami medici più precoci e più intensivi, l'attuazione di sistemi informativi gestionali, in grado di identificare modelli di assenza e fattori di rischio connessi con l'invalidità conclusiva, e modifiche dello statuto.

VII. In particolare, si dovrebbero considerare modifiche delle disposizioni dello statuto per trattare situazioni in cui un funzionario ostacola o si sottrae intenzionalmente ad una visita medica, per creare un meccanismo più agevole e più rapido di ricorso e di arbitrato, per diminuire la soglia del congedo per malattia richiesto prima che l'istituzione possa avviare la procedura di invalidità, per stabilire in quali condizioni dovrebbero svolgersi gli esami medici dopo il pensionamento e per modificare la composizione della commissione di invalidità, allo scopo di creare una struttura permanente e interistituzionale.

OBIETTIVI E METODO DELL'AUDIT

1. L'obiettivo generale dell'audit è consistito nel valutare le politiche e le prassi delle istituzioni europee per quanto riguarda il regime della pensione d'invalidità. L'audit era inteso a valutare il costo delle pensioni d'invalidità, ad identificare i risparmi potenziali ed a stabilire se le istituzioni si sono dotate dei sistemi di gestione necessari per un adeguato monitoraggio e un efficace controllo del funzionamento del regime. Uno degli obiettivi specifici dell'audit risiedeva nel verificare che le pensioni d'invalidità siano accordate soltanto in quei casi in cui una effettiva invalidità sia stata debitamente riconosciuta.

2. L'audit è consistito in una serie di procedure analitiche elaborate per palesare i rischi di abuso del regime. L'audit ha previsto una valutazione del sistema di controllo interno riguardo alle assenze per malattia, concentrata sugli aspetti connessi al monitoraggio medico ed amministrativo delle assenze per malattia di lunga durata, che si concludono di solito con un pensionamento per invalidità. Sono stati effettuati test di convalida su un campione di fascicoli amministrativi relativi a pensioni d'invalidità. I fascicoli sono stati scelti a caso, ma in parte anche nel quadro di un approccio orientato su di una parte della popolazione che presentava i rischi potenziali più elevati di ottenimento di una pensione d'invalidità⁽¹⁾ senza giustificazione. Di conseguenza, in quasi tutti i casi, sono stati selezionati fascicoli riguardanti malattie psichiche, generalmente ritenute più difficili da valutare. La Corte ha anche provveduto all'invio di un questionario ad un campione di beneficiari interessati⁽²⁾. La Corte ha inoltre affidato ad un medico consulente (chiamato d'ora in poi il «medico esperto della Corte») il compito di esaminare la metà delle cartelle sanitarie in causa, per stabilire se i pareri espressi dalle commissioni d'invalidità erano fondati su lavori sufficienti ed adeguati e se la concessione della pensione d'invalidità appariva clinicamente giustificata⁽³⁾. I lavori di audit si sono concentrati sulle pensioni d'invalidità concesse tra il 1996 ed il 2000. A fini comparativi, la

⁽¹⁾ I fattori di rischio presi in considerazione sono stati i seguenti:

- mancanza di riconoscimento di malattia grave da parte del regime comune di assicurazione malattia (RCAM),
- nessun importante intervento chirurgico,
- scarsa entità dei rimborsi per spese mediche da parte dell'RCAM nei due anni precedenti il pensionamento d'invalidità,
- funzionari che erano incorsi in un'indagine amministrativa, procedimenti disciplinari o procedimenti per incompetenza, o che avevano ricevuto una notazione di «insufficiente» nel loro rapporto informativo,
- la concessione del minimo vitale,
- casi in cui la pensione di anzianità che sarebbe stata ottenuta all'età di 60 anni era minore del tasso massimo.

⁽²⁾ Il tasso delle risposte ricevute al questionario in causa è stato del 57 %.

⁽³⁾ Le constatazioni della Corte sono state presentate in modo tale da non violare le norme del segreto medico; la relazione del medico esperto non contiene alcuna informazione che consenta di stabilire un nesso tra una persona identificabile ed uno stato patologico.

Corte ha visitato cinque Stati membri⁽⁴⁾, che rappresentano un'ampia gamma delle tradizioni amministrative presenti nella Comunità, ed una serie di organizzazioni internazionali⁽⁵⁾, che debbono affrontare problemi simili a quelli delle istituzioni. Le informazioni sono state raccolte mediante interviste a rappresentanti di tali Stati membri ed organizzazioni.

IL REGIME DELLA PENSIONE D'INVALIDITÀ

La regolamentazione

3. La base giuridica della pensione d'invalidità per i funzionari e gli altri agenti è costituita dall'articolo 78 dello statuto dei funzionari delle Comunità europee e dall'articolo 33 del regime applicabile agli altri agenti delle Comunità europee⁽⁶⁾. I funzionari o gli altri agenti hanno diritto ad una pensione di invalidità allorché siano colpiti da invalidità permanente totale che li ponga nell'impossibilità di esercitare funzioni corrispondenti a un impiego della loro carriera.

4. La procedura per il pensionamento d'invalidità è avviata o dall'istituzione, nel caso di un funzionario i cui congedi di malattia superino i dodici mesi in un periodo di tre anni (articolo 59, paragrafo 1, dello statuto), o a richiesta del funzionario interessato.

5. È istituita una commissione d'invalidità (articolo 9, paragrafo 1, lettera b), dello statuto). A tale commissione viene chiesto di decidere se il funzionario soffra di una invalidità così come definita dallo statuto (articolo 13 dell'allegato VIII dello statuto). La commissione è composta di tre medici (articolo 7 dell'allegato II dello statuto) designati:

- a) il primo dall'istituzione;
- b) il secondo dall'interessato;
- c) il terzo d'intesa tra i due medici suddetti.

6. Se non vi è accordo sulla designazione del terzo medico, questi viene assegnato d'ufficio dal Presidente della Corte di giustizia. La commissione d'invalidità esprime il proprio parere all'unanimità oppure, qualora ciò non sia possibile, a maggioranza.

⁽⁴⁾ Austria, Francia, Germania, Regno Unito e Svezia.

⁽⁵⁾ Banca europea per gli investimenti (BEI), Banca europea per la ricostruzione e lo sviluppo (BERS), Ufficio internazionale del lavoro (UIL) e Organizzazione mondiale della sanità (OMS), United Nations Joint Staff Pension Fund (UNO) (Cassa pensioni comuni del personale delle Nazioni Unite (ONU)).

⁽⁶⁾ Regolamento (CEE, Euratom, CECA) n. 259/68 del Consiglio (GU L 56 del 4.3.1968, pag. 1), modificato da ultimo dal regolamento (CE, CECA, Euratom) n. 1986/2001 del Consiglio (GU L 271 del 12.10.2001, pag. 1).

7. Se la commissione d'invalidità conferma l'invalidità del funzionario, questi viene collocato a riposo d'ufficio l'ultimo giorno del mese nel corso del quale l'Autorità che ha il potere di nomina riconosce l'incapacità definitiva del funzionario di esercitare le proprie funzioni (articolo 53 dello statuto). Il diritto alla pensione d'invalidità sorge a decorrere dal primo giorno del mese civile successivo alla decisione di collocamento a riposo (articolo 14 dell'allegato VIII dello statuto).

8. Fino a quando l'ex funzionario, che beneficia di una pensione d'invalidità, non abbia raggiunto l'età di 60 anni, l'istituzione può sottoporlo periodicamente a visita medica per accertarsi che si trovi ancora nelle condizioni richieste per beneficiare della pensione (articolo 15 dell'allegato VIII dello statuto). Quando un ex funzionario, beneficiario di una pensione d'invalidità, sia reintegrato, il periodo durante il quale ha percepito la pensione d'invalidità è preso in considerazione, senza versamento di contributi arretrati, per il calcolo della pensione di anzianità (articolo 16 dell'allegato VIII dello statuto).

9. La pensione d'invalidità è pari alla pensione di anzianità cui il funzionario avrebbe avuto diritto a 65 anni se fosse rimasto in servizio fino a tale età. Se l'invalidità è determinata da infortunio sopravvenuto nell'esercizio o in occasione dell'esercizio delle proprie funzioni, ovvero da malattia professionale o da atto di sacrificio personale compiuto nell'interesse pubblico o dal fatto di aver rischiato la propria vita per salvare quella altrui, la pensione d'invalidità è fissata al 70 % dello stipendio base del funzionario. La pensione d'invalidità è calcolata sullo stipendio base che il funzionario

avrebbe ricevuto nel suo grado se fosse stato ancora in servizio al momento del versamento della pensione (il che significa che un funzionario che è andato in pensione per invalidità beneficia della progressione di scatto nel suo grado). La pensione d'invalidità non può essere inferiore al 120 % del minimo vitale, un importo pari allo stipendio base di un funzionario di grado D4, primo scatto (articolo 78 dello statuto). Ne consegue che per i funzionari di grado D4 e sino al grado C2 quinto scatto, di grado C1 secondo scatto, di grado B5 e di grado B4 secondo scatto, l'importo massimo di una pensione di anzianità (70 % dello stipendio base) è minore dell'importo minimo di una pensione d'invalidità. In base alla proposta di modifica dello statuto trasmessa dalla Commissione al Consiglio nell'aprile 2002, l'importo minimo della pensione d'invalidità sarà ridotto al 100 % del minimo vitale.

Statistiche e analisi

10. Gli stanziamenti destinati a coprire le pensioni d'invalidità dei funzionari e degli altri agenti di tutte le istituzioni sono iscritti alla voce di bilancio A-1901 della Commissione. La *tabella 1* illustra le spese di bilancio per il periodo dal 1985 al 2000. Nel 2000 i pagamenti eseguiti sono ammontati a 123,7 milioni di euro. Le spese annue, a prezzi costanti, sono quasi triplicate nel corso di tale periodo. Come mostrano questa tabella e il *grafico 1*, tali spese sono aumentate considerevolmente meno delle spese per le pensioni di anzianità, che hanno registrato un incremento di circa sei volte.

Tabella 1

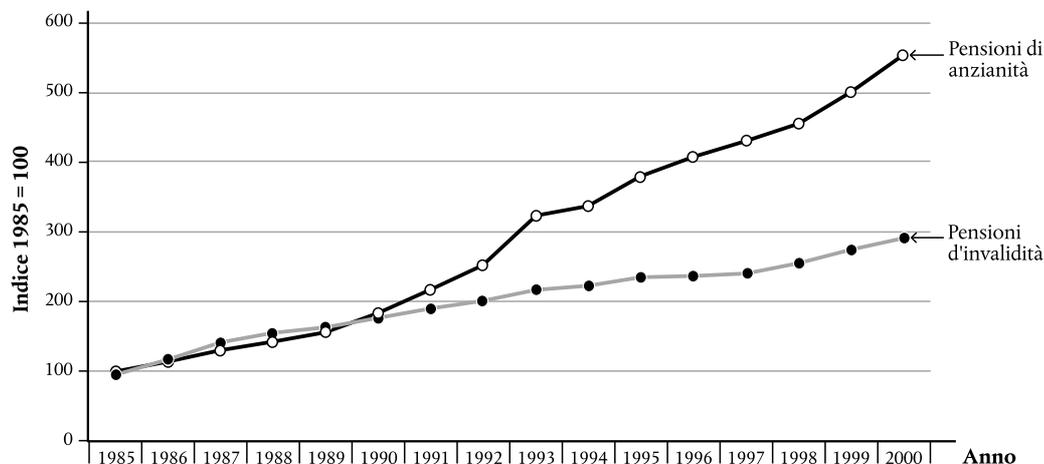
Spese di bilancio per le pensioni d'invalidità e le pensioni di anzianità per tutte le istituzioni

	Pensioni d'invalidità (Voce A-1 9 0 1, ex 1 2 0 1 e 1 1 2 1)		Pensioni di anzianità (Voce A-1 9 0 0, ex 1 2 0 0 e 1 1 2 0)	
	In milioni ECU/EUR (prezzi correnti)	Indice 1985 = 100 (prezzi costanti)	In milioni ECU/EUR (prezzi correnti)	Indice 1985 = 100 (prezzi costanti)
1985	26,1	100,0	35,3	100,0
1986	31,4	116,0	41,7	113,9
1987	39,3	140,6	49,3	130,3
1988	44,6	154,0	56,0	142,9
1989	49,6	162,7	63,9	155,0
1990	57,3	178,0	79,7	182,9
1991	64,5	190,6	99,5	217,1
1992	70,6	200,3	119,9	251,2
1993	79,0	216,7	159,8	323,7
1994	83,5	222,0	171,1	336,3
1995	91,1	234,9	198,8	378,8
1996	94,2	237,1	218,7	406,6
1997	97,8	241,2	236,5	431,0
1998	104,9	254,3	254,2	455,6
1999	114,3	273,8	282,8	500,5
2000	123,7	290,4	319,1	553,5

Fonte: Conto di gestione, Volume II, Sezione III, Commissione.

Grafico 1

Raffronto delle spese per le pensioni di anzianità e di invalidità tra il 1985 ed il 2000 (pagamenti a prezzi costanti)



11. Nel periodo 1985-2001, il numero di pensionamenti d'invalidità è stato in media di 166 l'anno (cfr. la tabella 2). Per il 1986 ed il 1987 il dato è notevolmente più elevato rispetto al periodo precedente. Il numero è calato bruscamente nel 1988, con

successive modeste fluttuazioni sino al 1997. La soglia dei 200 pensionamenti l'anno è stata superata nel 1998, con una forte tendenza alla crescita da quel momento in poi. Nel 2001, 226 persone hanno ricevuto la pensione di invalidità, cioè lo 0,78 % del

Tabella 2

Numero dei pensionamenti per invalidità nel periodo 1985-2001

Anno	Commissione	Parlamento	Consiglio	Corte di giustizia	Corte dei conti	CES/ CDR	Agenzie	Totale
1985	108	19	8	2	1	0	0	138
1986	166	13	9	4	2	4	0	198
1987	146	22	13	4	2	3	3	193
1988	130	12	16	2	3	5	0	168
1989	102	24	9	1	1	0	0	137
1990	108	18	11	2	2	1	1	143
1991	105	13	9	2	3	1	1	134
1992	89	17	12	1	3	2	2	126
1993	99	21	11	2	6	1	0	140
1994	109	17	8	5	0	2	1	142
1995	113	19	12	3	2	2	2	153
1996	120	13	7	2	2	7	2	153
1997	107	18	15	4	3	5	5	157
1998	140	27	19	1	7	4	4	202
1999	151	19	17	7	3	4	4	205
2000	153	23	14	10	7	5	1	213
2001	157	30	18	6	6	7	2	226
2001 in % del personale ⁽¹⁾	0,78	0,78	0,71	0,61	1,15	0,92	0,15	0,78
Totale	1 946	295	190	52	47	46	26	2 602
Media 1985-2001	124	19	12	3	3	3	2	166

⁽¹⁾ Funzionari e agenti temporanei al 31.12.2000.

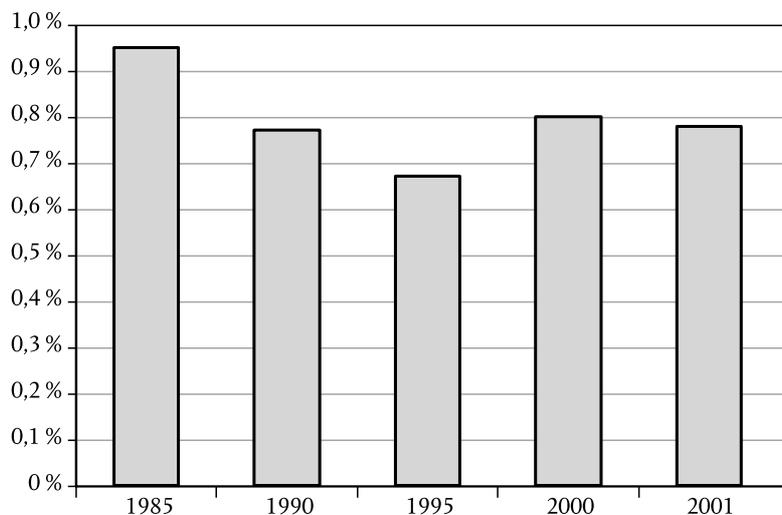
Nota: Le cifre sono basate sulla data da cui ha preso effetto la decisione sulla pensione d'invalidità.

Fonte: Banca dati Sysper della Commissione.

Grafico 2

Evoluzione del tasso di invalidità ⁽¹⁾ alla Commissione

Anni	%
1985	0,95
1990	0,77
1995	0,67
2000	0,80
2001	0,78



⁽¹⁾ Il tasso di invalidità può essere definito come numero di agenti che vanno in pensione per motivi medici ogni anno diviso per il totale dei funzionari e agenti temporanei della Commissione.

Fonte: Banca dati Sysper della Commissione.

personale in servizio al 31.12.2000. Il grafico 2 mostra (ad intervalli di 5 anni) che il tasso di invalidità alla Commissione ⁽¹⁾ è diminuito fra il 1985 e il 1995, ma è aumentato di nuovo nel 2000, con un leggero calo nel 2001.

12. La variazione nei pensionamenti d'invalidità nell'arco dell'intero periodo non riflette, di per sé, un andamento anomalo, dal momento che, come indica l'analisi svolta sulla Commissione,

essa sembra principalmente attribuibile all'aumento del numero e dell'età dei funzionari. Come mostra la tabella 3, tra il 1970 ed il 2000 il numero dei funzionari è triplicato e la loro età media è cresciuta da circa 40 a 45 anni. Mentre la percentuale di funzionari di oltre 50 anni d'età era solamente del 13,7 % nel 1970, essa è passata al 28,6 % nel 2000. Come risulta dalla tabella 4, il tasso di esposizione al rischio di invalidità, aumenta in misura significativa per i funzionari di età superiore ai 50 anni, che rappresentano oltre i tre quarti dei pensionamenti per invalidità.

Tabella 3

Variazioni nella struttura per classi di età del personale della Commissione

	< 25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	Totale		Età media
1970	3,4 %	11,3 %	19,2 %	19,0 %	17,9 %	15,5 %	7,5 %	4,7 %	1,5 %	100 %	6 162	39,79
1975	3,8 %	13,8 %	16,2 %	18,6 %	16,1 %	14,0 %	10,6 %	4,7 %	2,2 %	100 %	8 524	40,02
1980	2,1 %	9,7 %	18,0 %	16,1 %	16,7 %	13,9 %	11,8 %	8,5 %	3,2 %	100 %	9 751	41,84
1985	1,4 %	8,5 %	16,6 %	19,9 %	14,6 %	14,2 %	11,3 %	8,6 %	4,8 %	100 %	11 406	42,40
1990	0,5 %	6,9 %	15,8 %	20,6 %	19,4 %	13,8 %	11,9 %	7,4 %	3,7 %	100 %	14 113	42,53
1995	0,4 %	5,6 %	13,7 %	19,9 %	19,4 %	16,9 %	11,4 %	8,9 %	3,9 %	100 %	16 840	43,36
2000	0,0 %	2,2 %	11,7 %	18,7 %	20,6 %	18,2 %	15,1 %	9,2 %	4,3 %	100 %	19 097	44,74

Fonte: Banca dati Sysper della Commissione.

⁽¹⁾ I funzionari della Commissione costituiscono circa il 75 % dei beneficiari di pensioni d'invalidità.

Tabella 4

Pensionamenti per invalidità per fascia di età (%) 1968 — 2000

	< 25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	Totale
1968-72	0,00 %	0,06 %	0,03 %	0,07 %	0,09 %	0,19 %	0,30 %	0,76 %	2,34 %	0,17 %
1973-77	0,00 %	0,00 %	0,07 %	0,11 %	0,03 %	0,18 %	0,40 %	1,00 %	1,06 %	0,18 %
1978-82	0,00 %	0,02 %	0,09 %	0,31 %	0,37 %	0,77 %	1,41 %	4,23 %	6,96 %	0,99 %
1983-87	0,00 %	0,02 %	0,08 %	0,25 %	0,79 %	1,00 %	1,87 %	4,05 %	6,03 %	1,17 %
1988-92	0,26 %	0,06 %	0,13 %	0,19 %	0,41 %	0,68 %	1,33 %	3,23 %	3,18 %	0,76 %
1993-97	0,00 %	0,02 %	0,10 %	0,20 %	0,34 %	0,53 %	0,94 %	2,43 %	2,96 %	0,65 %
1998-2000	0,00 %	0,00 %	0,09 %	0,14 %	0,30 %	0,59 %	1,27 %	2,82 %	2,74 %	0,77 %
media	0,04 %	0,03 %	0,09 %	0,18 %	0,33 %	0,56 %	1,07 %	2,65 %	3,61 %	0,67 %

Fonte: Banca dati Sysper della Commissione.

13. Come la Corte ha già sottolineato nella sua relazione annuale sull'esercizio finanziario 1987, la maggioranza dei collocati a riposo per invalidità appartengono alle categorie C e D, caratterizzate, in primo luogo, da una più alta frequenza di pensioni d'invalidità rispetto ai funzionari delle altre categorie e, in secondo luogo, dal fatto di lasciare più frequentemente il servizio

con una pensione d'invalidità piuttosto che con una di anzianità. Infatti, come mostra la *tabella 5*, alla fine del 2000 le categorie C e D rappresentavano il 62 % dei beneficiari di pensioni d'invalidità, ma solo il 21,7 % dei beneficiari di pensioni di anzianità. Analogamente, le pensioni corrisposte in conformità delle disposizioni sul minimo vitale costituiscono ancora circa un terzo di

Tabella 5

Ripartizione per grado del numero di beneficiari di pensioni d'invalidità e di pensioni di anzianità tra la fine del 1987 e la fine del 2000

	Pensioni di anzianità				Pensioni d'invalidità				di cui, pensioni d'invalidità pagate a funzionari di età ≥ 65			
	1987		2000		1987		2000		1987		2000	
A 1	67		134		2		3		2		2	
A 2	133		278		7		12		4		4	
A 3	225		654		47		69		10		47	
A/LA 5/4	373		1 461		197		362		44		185	
A/LA 7/6	29		40		36		93		5		15	
A/LA 8	0		0		0		1		0		0	
Totale A	827	55,6 %	2 567	50,1 %	289	20,3 %	540	18,7 %	65	19,9 %	253	22,2 %
B 1	211		1 051		129		229		42		136	
B 3/2	129		370		130		259		28		119	
B 5/4	12		21		41		69		9		21	
Totale B	352	23,7 %	1 442	28,2 %	300	21,1 %	557	19,3 %	79	24,2 %	276	24,2 %
C 1	161		851		250		628		63		242	
C 3/2	78		132		336		624		58		177	
C 5/4	5		8		46		128		8		17	
Totale C	244	16,4 %	991	19,3 %	632	44,4 %	1 380	47,9 %	129	39,6 %	436	38,2 %
D 1	51		106		125		255		41		116	
D 3/2	13		16		75		150		12		59	
D 4	0		0		1		1		0		0	
Totale D	64	4,3 %	122	2,4 %	201	14,1 %	406	14,1 %	53	16,3 %	175	15,4 %
Totale generale	1 487	100 %	5 122	100 %	1 422	100 %	2 883	100 %	326	100 %	1 140	100 %

Nota: Numero dei beneficiari = numero di funzionari in pensione - deceduti - reintegrazioni.

Fonte: Banca dati Sysper della Commissione.

tutte le pensioni d'invalidità e sono corrisposte praticamente nella loro totalità, ovvero ad un tasso del 97 %, al personale di categoria C e D ⁽¹⁾. I gradi da C3 a D4 ricevono sistematicamente tale minimo vitale.

14. Circa nei due terzi dei casi le commissioni d'invalidità sono convocate su iniziativa dell'istituzione quando il funzionario ha accumulato più di dodici mesi di assenza per malattia nell'arco di tre anni, e per il restante terzo a richiesta del funzionario. La procedura si conclude in più del 90 % dei casi con la concessione della pensione d'invalidità. I disturbi di tipo psichico rappresentano circa la metà delle cause mediche d'invalidità. Le altre cause più importanti sono le malattie osteomuscolari (circa il 20 %) e quelle cardiovascolari (circa il 15 %).

Le malattie di natura psichica rappresentano la causa principale d'invalidità anche per le amministrazioni nazionali e per le organizzazioni internazionali ⁽²⁾ (30 % — 60 % dei casi di invalidità).

I LAVORI PRECEDENTI DELLA CORTE ED IL SEGUITO DATO AGLI STESSI

I lavori precedenti della Corte

15. Nella sua relazione annuale sull'esercizio finanziario 1987 ⁽³⁾, la Corte aveva sottolineato una serie di fatti fonte di possibile preoccupazione nel senso che il regime, lungi dall'essere restrittivo e di carattere eminentemente sociale, poteva avere alcuni effetti perversi, quali ad esempio:

- a) un significativo aumento delle pensioni per invalidità nel periodo 1983-1987;
- b) una forte incidenza delle pensioni d'invalidità per i funzionari delle categorie C e D, per i quali, quasi tutti, la pensione d'invalidità è più elevata di una pensione di anzianità al tasso massimo del 70 % (applicazione della regola del minimo vitale stabilita nello statuto).

⁽¹⁾ Nel caso delle categorie A/LA e B, la norma del minimo vitale è applicata solo per i rari casi in cui l'invalidità sopravviene dopo un periodo di servizio relativamente breve.

⁽²⁾ Il 30 % per la Germania nel 2000 (Dati e conclusioni della seconda relazione sulle pensioni del governo federale, ministero federale degli Interni, 12 settembre 2001), il 60 % nel 1989-1999 per l'ONU secondo i dati forniti durante la visita al United Nations Joint Staff Pension Fund.

⁽³⁾ GU C 316 del 12.12.1988, pag. 151.

Il seguito dato

Le raccomandazioni della «relazione Caston»

16. In risposta ai lavori della Corte e su richiesta del collegio dei capi dell'amministrazione, è stato costituito un comitato interistituzionale *ad hoc*, che nel 1989 ha presentato una relazione (detta «relazione Caston» dal nome del presidente del comitato) alla commissione per il controllo di bilancio. La relazione raccomandava l'adozione di una combinazione di modifiche dello statuto e di provvedimenti amministrativi per prevenire gli abusi del sistema e per ridurre l'interesse finanziario delle pensioni d'invalidità. La relazione raccomandava inoltre l'individuazione precoce ed il trattamento con misure adeguate dei problemi di carriera, mobilità, rapporti con i superiori gerarchici o di condotta suscettibili di aggravare i problemi di salute dei funzionari.

17. Il comitato interistituzionale notava poi la mancanza di statistiche e controlli validi riguardo alle assenze per malattia e suggeriva di migliorare il coordinamento delle misure mediche ed amministrative per identificare, già in una fase iniziale, le persone suscettibili di essere collocate a riposo per invalidità. Esso sottolineava anche che, in alcuni casi, erano necessarie misure amministrative immediate per evitare situazioni in cui, tutto sommato, una pensione d'invalidità può rappresentare una comoda via di uscita.

Le azioni intraprese

18. La relazione è stata ben accolta dai capi dell'amministrazione, che ne hanno inviato le conclusioni alla Commissione, affinché adottasse le misure necessarie per quei provvedimenti che comportavano una riforma dello statuto, lasciando alle amministrazioni delle singole istituzioni l'adozione delle misure amministrative appropriate.

19. La Commissione ha redatto alcune proposte di revisione dello statuto in merito alle pensioni d'invalidità. Tali proposte sono state però respinte dai sindacati e dalle altre organizzazioni rappresentative del personale. Nel 1991, la Commissione ha ritirato le proposte, sostenendo di essere giunta alla conclusione che le disposizioni per le pensioni d'invalidità previste dallo statuto erano valide e che sarebbe stato più opportuno intensificare i controlli e penalizzare tutti gli abusi individuati. Nel quadro dell'attuale progetto di riforma dello statuto, ovvero dopo dieci anni, la Commissione propone una serie di modifiche dello statuto molto simili a quelle previste all'epoca e poi ritirate. Riguardo alle misure amministrative, come viene spiegato in questa relazione, o non sono state adottate o rimangono ampiamente insufficienti, e non vi è attualmente alcun progetto per intraprendere iniziative significative in questo settore.

OSSERVAZIONI SUL SISTEMA DI GESTIONE DELLE ASSENZE CON RIFERIMENTO ALLE ASSENZE PER MALATTIA

Tassi di assenza

20. Le assenze hanno un impatto finanziario considerevole: in base alle informazioni presentate dalla Commissione al Parlamento nel luglio 2001 ⁽¹⁾, il tasso di assenza calcolato per il 2000 varia, a seconda delle istituzioni, tra il 3,3 % ed il 5,9 % del tempo di lavoro teorico ⁽²⁾, che equivale all'incirca a 7-12 giorni lavorativi per persona ⁽³⁾ l'anno.

I tassi medi di assenza in alcune amministrazioni nazionali o organizzazioni internazionali presentano una situazione analoga, benché possano essere stati applicati metodi di calcolo diversi.

Politica generale delle istituzioni

21. Sebbene siano state introdotte alcune regole e procedure interne, nessuna istituzione ha adottato una politica complessiva, con obiettivi chiari e con tutta quella serie di misure necessarie per trattare adeguatamente — cioè in modo imparziale, costruttivo, ma anche fermo — tutti gli aspetti delle assenze. Ciò non consente alle istituzioni di far sì:

- a) che sia fornita l'assistenza, eventualmente necessaria, al personale che non è in grado di lavorare per lunghi periodi,
- b) che sia fatto tutto il possibile per massimizzare le presenze in servizio per il bene sia dei dipendenti, sia dei singoli servizi di cui fanno parte;
- c) che la presenza in servizio non sia influenzata negativamente dall'assegnazione di mansioni inappropriate o da condizioni di lavoro inadeguate.

Come viene illustrato qui di seguito, sono state riscontrate particolari carenze e insufficienze per quanto riguarda il ruolo della direzione, il coordinamento dei vari servizi amministrativi e medici e l'organizzazione dei controlli.

⁽¹⁾ SEC(2001) 1128 def. (relazione allegata alla proposta n. 17/2001 di storno di stanziamenti a copertura di spese per gli agenti ausiliari).

⁽²⁾ Le assenze per malattia sono calcolate in giorni civili. Di norma, sono calcolate su un periodo di riferimento di un anno civile e sono espresse come tasso percentuale medio di assenza per l'intera popolazione su base annua (numero di giorni di assenza diviso per 365).

⁽³⁾ Sulla base di 205 giorni lavorativi l'anno.

Ruoli e coordinamento delle diverse parti interessate

Osservazioni generali

22. La gestione delle assenze richiede l'intervento di tre parti: il servizio da cui dipende il funzionario, il servizio del personale ed il servizio medico. L'efficacia del sistema è compromessa da una ripartizione poco chiara dei ruoli e delle responsabilità e da carenze o ritardi nello scambio delle necessarie informazioni. Anche se i ruoli e le responsabilità sono generalmente chiari per quanto riguarda la notifica delle assenze e la loro registrazione, non risulta invece chiaro:

- a) chi debba essere la persona di contatto con il funzionario durante la sua assenza, e quale frequenza e metodo di contatto siano i più idonei;
- b) chi sia responsabile del controllo dei tassi di assenza sia su base individuale sia per l'istituzione globalmente, e quali criteri debba applicare;
- c) chi abbia la responsabilità di individuare le tipologie di assenza che possono destare preoccupazioni e di provvedere alle misure necessarie;
- d) chi abbia la responsabilità di decidere se siano necessari controlli medici ed in quali circostanze;
- e) chi abbia la responsabilità di assicurare tutta l'assistenza supplementare di cui il funzionario possa aver bisogno, ad esempio, per diagnosticare tempestivamente i suoi problemi di salute, per accertare se siano connessi al suo ambiente di lavoro e che ripercussioni abbiano su quest'ultimo, e di adottare le misure opportune per favorire la sua reintegrazione;
- f) se debbano essere effettuate interviste ai fini della reintegrazione al termine dell'assenza, in quali circostanze, da parte di chi, come e a qual fine.

23. La mancanza di chiarezza nella ripartizione delle responsabilità per quanto riguarda la decisione di procedere a controlli medici per le assenze e il fine primario di questi ultimi, può spiegare perché, alla Commissione, siano presentate poche richieste di controlli da parte del servizio del personale o del servizio da cui dipende il funzionario, poiché questi ritengono che ciò rientri nelle responsabilità del servizio medico. Questo, a sua volta, interpreta il numero esiguo di richieste di controlli da parte degli altri servizi come una prova del loro scarso interesse per quella che è principalmente una responsabilità della direzione. Su questo particolare aspetto, le istituzioni dovrebbero cercare di seguire la buona prassi della Corte di giustizia e del Consiglio, che hanno istituito un organismo congiunto composto di membri del servizio del personale e dei servizi medici, che si riunisce regolarmente per esaminare le assenze e prendere decisioni sui controlli.

Deficienze specifiche di talune istituzioni

24. Nel 1999 la Commissione ha avviato presso le direzioni generali il processo di decentramento della gestione dei congedi e delle assenze. Questa riforma è stata realizzata in condizioni che sono alla fonte di notevoli deficienze nei sistemi di controllo e che sembrano aver portato piuttosto ad una certa perdita del controllo centrale da parte dell'istituzione, come rivelano le difficoltà incontrate dalla Commissione, nel contesto dell'audit della Corte, nel fornire dati e informazioni che sono pur tuttavia indispensabili per la gestione corrente.

25. Le direzioni generali ⁽¹⁾ non avevano richiesto questo decentramento, che anzi hanno percepito più come un ulteriore onere amministrativo che come uno strumento di gestione delle proprie risorse umane. Anche la condivisione delle responsabilità con la direzione generale «Personale e amministrazione» (DG ADMIN) è confusa, in quanto non è chiaro se quest'ultima abbia semplicemente un ruolo di consulenza e di supporto o se debba invece svolgere una funzione di guida, coordinamento e supervisione. Parimenti, ogni direzione generale ha nominato un responsabile della gestione delle risorse umane ed un responsabile della gestione dei congedi, ma non è chiaro se le loro incombenze per quel che riguarda le assenze debbano andare al di là dei compiti puramente amministrativi, quali la registrazione delle assenze, cui sembrano limitarsi.

26. Sebbene la Commissione disponesse in precedenza di una base di dati centralizzata in grado di fornire informazioni generali su tutto il personale, il decentramento è stato accompagnato da una frammentazione di questo sistema con l'installazione di una base di dati distinta, chiamata «SIC Congés», per ogni direzione generale. Il programma SIC Congés offre un numero relativamente scarso di funzioni di analisi e di produzione di dati e relazioni, e quelle disponibili non sempre sono adatte per sorvegliare l'applicazione delle disposizioni dello statuto del personale. Sembra inopportuno l'obbligo per ogni direzione generale di mettere a punto propri programmi di analisi dei dati che, necessariamente, sono simili a quelli delle altre direzioni generali.

27. Inoltre, il servizio medico della Commissione non ha accesso alla base SIC Congés ed ha creato una propria base di dati, chiamata Sermed, che, a differenza di SIC Congés, non comprende le assenze per malattia prive di certificato medico, delle quali, di norma, il servizio medico non viene informato. Questa duplicazione è fonte di ritardi nell'inoltro delle informazioni e di difficoltà nel loro raffronto.

28. Al Parlamento vi è un'inutile duplicazione delle basi di dati per i congedi e le malattie, in quanto sia la direzione generale da cui dipende il funzionario, sia la direzione generale del personale (servizio del personale e servizio medico) hanno le proprie basi di dati, che contengono grosso modo le stesse informazioni. Non esiste alcun collegamento tra le due basi di dati, e poiché ogni

direzione generale e la direzione generale del personale non hanno un accesso reciproco alle rispettive basi di dati, lo scambio di informazioni ha luogo soltanto su supporto cartaceo.

29. Presso il Consiglio le direzioni generali da cui dipendono i funzionari non hanno accesso, neppure a fini di consultazione, alla base di dati della direzione generale personale e amministrazione, che comprende il servizio del personale ed il servizio medico. Le direzioni generali notificano le assenze su carta, provocando ritardi nella registrazione delle assenze nella base di dati e, di conseguenza, nell'esecuzione dei controlli necessari. Le direzioni generali ricevono estratti del registro delle assenze dalla direzione generale personale e amministrazione, ma non ricevono le relazioni, le analisi e le liste di avvertimento che quest'ultima produce regolarmente o occasionalmente, e non sono in grado di produrre da sole questo tipo di dati.

Controlli medici sulle assenze

30. A parte le difficoltà sopra menzionate, i controlli medici sulle assenze sono complicati da un certo numero di carenze e di vincoli, che hanno un impatto considerevole sulla loro efficacia.

Mansioni molteplici dei medici di fiducia delle istituzioni

31. I medici di fiducia delle istituzioni hanno una vasta gamma di responsabilità. I loro compiti principali sono:

- a) medicina del lavoro, esami medici che precedono l'assunzione, visite mediche annuali, problemi connessi all'igiene e alla sicurezza sul lavoro;
- b) controlli medici, compresi i controlli delle assenze;
- c) pareri medici, partecipazione alle commissioni d'invalidità;
- d) questioni mediche previste nello statuto dei funzionari, pareri sugli aspetti medici delle domande inerenti a diritti (ad esempio, raddoppio degli assegni familiari per le famiglie con figlio handicappato, etc.);
- e) pronto soccorso, trattamenti medici e pareri richiesti dai funzionari.

⁽¹⁾ Le interviste sono state effettuate presso tre direzioni generali.

32. In base alle norme deontologiche definite nella Convenzione n. 161 dell'Organizzazione internazionale del lavoro ⁽¹⁾ e nelle leggi nazionali ⁽²⁾ che sono state adottate in recepimento della direttiva del Consiglio 89/391/CEE del 12 giugno 1989, concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro ⁽³⁾, le mansioni di medico del lavoro sono incompatibili con quelle di medico fiscale. In contrasto con tali disposizioni, i medici di fiducia del Parlamento, della Corte di giustizia e della Corte dei conti, cumulavano, nel periodo di riferimento dell'audit, le mansioni di medico del lavoro e di medico fiscale. Presso il Parlamento i controlli medici relativi alle assenze sono svolti da medici fiscali impiegati allo scopo sotto la supervisione di medici dell'istituzione. Queste situazioni sollevano problemi di etica professionale per i medici ⁽⁴⁾ e sono fonte di confusione per quel che riguarda la percezione del loro ruolo in ogni situazione specifica, da parte sia dell'istituzione, sia del personale.

Frekuensi dei controlli

33. Le risorse a disposizione delle istituzioni per i medici fiscali sono limitate. La Commissione, ad esempio, per i propri funzionari a Bruxelles (circa 16 000) aveva sino a poco tempo fa soltanto due medici fiscali ausiliari a tempo parziale, la cui mole di lavoro era tale da precludere in pratica qualsiasi possibilità di visite a domicilio ⁽⁵⁾ e di controlli precoci o improvvisi. Il Consiglio ha un medico fiscale a tempo parziale; alla Corte di giustizia ed alla Corte dei conti, il medico di fiducia, impiegato a tempo parziale, deve svolgere questi controlli personalmente, per quanto possibile, in aggiunta a tutti i suoi altri compiti.

34. Sebbene la Corte abbia potuto ottenere soltanto informazioni incomplete in materia, sembra che, per queste ragioni, i controlli siano relativamente poco frequenti. Alla Commissione, ad esempio, il tasso di controllo è pari al 6 % circa delle assenze; non è stato possibile ottenere dal Parlamento cifre che consentissero di stabilire la frequenza dei controlli; alla Corte di giustizia e alla Corte dei conti i controlli sono rari; al Consiglio sono un po' più frequenti. In generale, i controlli si concentrano sulle assenze prolungate ripetute e sulle assenze ad alto rischio di abusi. Il fatto che il sistema non preveda controlli più tempestivi e più frequenti significa che esso non dispone né dei necessari disincentivi ⁽⁶⁾, né di un supporto tempestivo per quei funzionari che ne hanno veramente bisogno (cfr. paragrafi 53 e 54).

Termini per la presentazione dei certificati medici e per l'esecuzione dei controlli

35. Lo statuto (articolo 59, paragrafo 1) autorizza un totale di 12 giorni di assenza per malattia di durata non superiore a tre giorni nell'arco di un anno e prevede che sia presentato un certificato medico per il quarto e per tutti i giorni successivi di assenza. Tuttavia, lo statuto non fissa un termine per la presentazione del certificato medico. Ogni istituzione ha adottato disposizioni o prassi di applicazione che variano leggermente l'una dall'altra ⁽⁷⁾. Queste norme, che in alcuni casi mancano di chiarezza, sono applicate, in pratica, con notevole flessibilità e ciò incide probabilmente sull'efficacia dei controlli sulle assenze, in particolare riguardo alle assenze di breve durata.

36. Il tempo concesso per la presentazione del certificato medico, quando aggiunto al tempo richiesto dalle procedure interne per la trasmissione delle informazioni tra i diversi servizi, significa che, di norma, nessun controllo può di fatto essere programmato nelle due settimane successive al primo giorno di assenza. I controlli vengono pertanto effettuati tardi, talvolta — questa è la prassi corrente al Consiglio — persino dopo che il funzionario ha ripreso il lavoro. Ne conseguono ripercussioni sulla loro efficacia nei casi in cui si sospetta che le assenze non siano

⁽¹⁾ L'articolo 15 della Convenzione n. 161 dell'UIL afferma: «I servizi sanitari aziendali devono essere informati dei casi di malattia registrati tra i lavoratori e delle assenze dal lavoro per ragioni di salute, per poter verificare se esista una qualsiasi relazione tra le cause di malattia o di assenza ed i possibili rischi per la salute che possano presentarsi sul posto di lavoro. Il datore di lavoro non può richiedere al personale che si occupa dei servizi sanitari aziendali di verificare le ragioni dell'assenza dal lavoro.»

⁽²⁾ Nel caso del Lussemburgo, l'articolo 12 della legge del 17 giugno 1994 sui servizi sanitari aziendali prevede che «Il medico del lavoro svolge le sue funzioni in totale indipendenza professionale sia nei riguardi del proprio datore di lavoro che dei lavoratori. Il medico non può verificare in alcun caso la legittimità dei congedi di malattia. La funzione di medico del lavoro è incompatibile con lo svolgimento della libera professione.»

⁽³⁾ G.U. L 183 del 29.6.1989.

⁽⁴⁾ Anche per queste ragioni, il medico di fiducia del Parlamento a Lussemburgo ha deciso recentemente di rinunciare a qualsiasi controllo di legittimità per le assenze dal lavoro per malattia.

⁽⁵⁾ Dalla fine del 2000 la Commissione ha fatto ricorso ad una società esterna per le visite di controllo a domicilio.

⁽⁶⁾ Inoltre, anche se ciò non ha alcuna incidenza nel contesto dell'invalidità, giova osservare che i brevi periodi di assenza, comprese le assenze inferiori a 3 giorni che non richiedono un certificato medico, sfuggono in larga misura ai controlli. Ciò presenta il rischio che si abusino di questo termine, che può essere interpretato da qualcuno come un diritto a dodici giorni in più di congedo ordinario.

⁽⁷⁾ I termini previsti in tali norme interne sono i seguenti:

- Commissione: nessun termine preciso («al più presto possibile»);
- Parlamento: al più tardi il quarto giorno di calendario;
- Consiglio: al più tardi il sesto giorno lavorativo;
- Corte di giustizia: nessuna norma scritta; in generale, dopo una settimana al massimo;
- Corte dei conti: nessun termine preciso; in generale, al più tardi, al momento di riprendere il lavoro.

autentiche, dal momento che, anche nei casi più dubbi, non è più possibile mettere in questione la legittimità dell'assenza. Una giurisprudenza costante del Tribunale di primo grado ⁽¹⁾ vieta di mettere in questione la validità di un certificato medico che si riferisce al periodo che precede il controllo.

Il diritto dell'istituzione di chiedere un controllo medico

37. Lo statuto dispone che (articolo 59, paragrafo 1) al funzionario assente per malattia può essere richiesto di sottoporsi a qualsiasi controllo medico disposto dall'istituzione e che (articolo 60), fatta salva l'eventuale applicazione delle disposizioni previste in materia disciplinare, ogni assenza irregolare debitamente accertata viene imputata sulla durata del congedo ordinario dell'interessato e, qualora questo sia esaurito, viene detratta dalla retribuzione. Lo statuto non si esprime sui provvedimenti che dovrebbero essere presi nel caso in cui un funzionario impedisca o si sottragga deliberatamente ad un controllo medico.

38. Si può ragionevolmente ritenere che, se un'istituzione è nell'impossibilità di esercitare un controllo a seguito di un deliberato rifiuto da parte del funzionario, ciò possa costituire un valido motivo per dichiarare l'assenza non autorizzata a decorrere dalla data fissata per il controllo medico. Il segretariato generale del Consiglio ha emanato precise disposizioni interne in merito. Le norme interne del Parlamento prevedono soltanto che, in tali casi, il funzionario non adempie ai suoi doveri ed è passibile di misure disciplinari, ma in pratica è stato seguito lo stesso approccio adottato dal Consiglio. Tuttavia, entrambe le istituzioni hanno dovuto abbandonare tale prassi a seguito di una decisione del Tribunale di primo grado ⁽²⁾, che ne ha stabilito la mancanza di fondamento giuridico. Secondo il Tribunale di primo grado, la presentazione di un certificato medico crea una presunzione di regolarità dell'assenza. La detrazione di un'assenza dal congedo annuale presuppone che l'irregolarità dell'assenza sia stata debitamente stabilita. Al funzionario viene richiesto di sottoporsi ad un controllo, ma il fatto che non ottemperi a quest'obbligo non autorizza di per sé l'istituzione ad invertire la presunzione di regolarità dell'assenza per malattia inerente ad un certificato medico debitamente presentato. Peraltro, questo comportamento può, se del caso, formare oggetto di provvedimenti disciplinari. In realtà, le istituzioni sono praticamente impotenti di fronte a situazioni, fortunatamente rare, in cui vi è ragione di dubitare della legittimità dell'assenza, in quanto, in qualsiasi caso, nessuna procedura disciplinare può offrire una soluzione.

In Francia, in conformità delle disposizioni applicabili ai funzionari dello Stato ⁽³⁾, se la persona interessata non è in grado di giustificare il fatto di non essersi sottoposta a controllo medico, l'amministrazione può sospendere il pagamento dello stipendio, dichiarare l'assenza non autorizzata e avviare una procedura «per abbandono di posto» che può portare alla destituzione dell'interessato.

39. Come è normale, le conclusioni del medico fiscale sull'idoneità del funzionario a riprendere servizio possono essere impugnate. Il meccanismo di ricorso e di arbitrato è, tuttavia, estremamente difficile da controllare e inadeguato. Se il funzionario presenta un nuovo certificato medico e se, a seguito di una seconda visita, permane una divergenza di opinioni tra il medico curante ed il medico fiscale, il caso deve allora essere deferito, secondo la giurisprudenza del Tribunale di primo grado ⁽⁴⁾, alla commissione d'invalidità. Questa procedura, che comporta tempi molto lunghi, è del tutto inadatta per trattare controversie di questo tipo, in quanto è difficile immaginare che la commissione d'invalidità possa legittimamente decidere se, diversi mesi prima, il funzionario fosse o meno in grado di riprendere il lavoro ⁽⁵⁾.

In Francia, secondo le disposizioni applicabili ai funzionari dello Stato ⁽³⁾, il dipendente deve riprendere servizio non appena riceve la decisione amministrativa in tal senso. Può ricorrere contro le conclusioni del medico fiscale di fronte ad un collegio medico, composto di dottori nominati dall'amministrazione per 3 anni (che si riuniscono almeno due volte al mese). Nei casi in cui la controversia riguardi il rinnovo di un'assenza di oltre 6 mesi consecutivi, il dipendente può ricorrere contro il parere del collegio medico presso un collegio medico superiore (nominato per 3 anni dal ministro della Sanità).

40. Questi fattori influiscono sull'efficacia dei controlli medici, specialmente nei casi in cui sussistono forti dubbi sulla legittimità dell'assenza.

OSSERVAZIONI SULLE PENSIONI D'INVALIDITÀ

Quantificazione e monitoraggio del costo del regime

41. Le istituzioni non si sono dotate dei mezzi necessari per determinare e controllare il costo del regime della pensione d'invalidità. Questa carenza significa anche che i funzionari, che pure contribuiscono al finanziamento del regime, non sono

⁽¹⁾ Cfr. in particolare causa T-36/96 Gaspari contro Parlamento europeo — Sentenza del 10 luglio 1997.

⁽²⁾ Cause riunite T-110/99 e T-260/99 F contro Parlamento europeo — Sentenza del 13 dicembre 2000.

⁽³⁾ Funzionari e tirocinanti dello Stato, Protezione sociale contro i rischi malattia e incidenti sul lavoro (circolare del 30 gennaio 1989).

⁽⁴⁾ Causa T-171/98 Biasutto contro Consiglio — Sentenza del 22 febbraio 2000.

⁽⁵⁾ A titolo di esempio, questa procedura di arbitrato, in un caso alla Corte di giustizia, è durata undici mesi.

consapevoli delle proprie responsabilità e non sono in grado di esercitare alcun controllo sul funzionamento del regime in causa. Senza dubbio ciò è dovuto al fatto che, essendo il costo delle pensioni d'invalidità finanziato anno per anno dal bilancio, non si è sentito il bisogno di creare meccanismi di supervisione e di controllo simili a quelli utilizzati per salvaguardare il pareggio di un fondo pensionistico. Per le istituzioni diverse dalla Commissione, il costo di bilancio delle pensioni concesse ai propri funzionari non figura nei rispettivi rendiconti finanziari, di modo che vi sono ancor meno incentivi a considerare tali meccanismi auspicabili.

42. Le spese di bilancio imputate alla voce A-1901 della Commissione non forniscono, per diverse ragioni, alcuna informazione sul costo del regime. In primo luogo, esse riflettono soltanto la spesa delle pensioni versate nel corso dell'esercizio finanziario. Il costo specifico futuro delle pensioni d'invalidità non è noto ed è compreso nel costo totale futuro delle pensioni indicato nel bilancio finanziario. In secondo luogo, a differenza di altri regimi in cui il pagamento della pensione d'invalidità cessa quando il beneficiario raggiunge l'età pensionabile ed inizia a ricevere una pensione di anzianità, nel regime comunitario la pensione d'invalidità continua ad essere corrisposta sino al decesso del beneficiario. La Corte ritiene che, per l'esercizio finanziario 2000, circa il 40 % dei 123,7 milioni di euro iscritti alla voce A-1901, ovvero 50 milioni di euro, sia stato corrisposto a beneficiari di età superiore ai 65 anni e rientra quindi piuttosto nella tipologia delle pensioni di anzianità ⁽¹⁾. Le modifiche dello statuto, attualmente all'esame, hanno lo scopo di operare questa distinzione in futuro.

43. Secondo le stime della Corte, il costo medio netto di un caso d'invalidità è pari a circa 370 000 euro ⁽²⁾. Al tasso attuale di pensionamento, cioè circa 200 funzionari, le pensioni d'invalidità concesse ogni anno rappresentano pertanto un costo totale netto di circa 74 milioni di euro. Come spiegato nella nota relativa a questo paragrafo, questo costo netto non rappresenta l'importo della pensione d'invalidità versata all'ex funzionario.

⁽¹⁾ La stima si basa su informazioni ricavate dalla base di dati «Sysper» della Commissione, che contiene i dati personali di funzionari attivi e in pensione.

⁽²⁾ Ai fini della presente relazione, il costo netto dell'invalidità è definito come incidenza attuariale netta (spese – entrate) sul bilancio comunitario della concessione di una pensione d'invalidità. L'incidenza equivale alla differenza attuariale tra il costo netto di bilancio del pensionamento per invalidità (cioè il costo di una pensione d'invalidità più lo stipendio della persona assunta per sostituire il beneficiario della pensione d'invalidità) e il costo netto di bilancio se il funzionario avesse continuato la sua carriera normale (ovvero, lo stipendio ricevuto dal funzionario sino al raggiungimento dell'età pensionabile normale più la sua pensione di anzianità e lo stipendio di chi lo sostituisce dopo tale data).

L'accertamento dell'invalidità

44. L'articolo 78 dello statuto prevede che un funzionario o un agente temporaneo «ha diritto ad una pensione di invalidità allorché sia colpito da invalidità permanente riconosciuta come totale che lo ponga nell'impossibilità di esercitare funzioni corrispondenti a un impiego della sua carriera».

45. Se per «invalidità permanente totale» si dovesse intendere uno stato che comporta la perdita totale dell'integrità fisica e/o psichica, quasi nessuna delle persone che usufruiscono di una pensione d'invalidità e comprese nel campione preso in esame dal medico esperto della Corte sarebbe classificata tra gli invalidi totali. In pratica, secondo lo spirito dello statuto, si tratta di determinare l'invalidità come incapacità lavorativa, cioè come l'impossibilità per il funzionario di esercitare funzioni corrispondenti a un impiego della sua carriera. L'invalidità, di conseguenza, comprende molti fattori ed è valutata, da un lato, sulla base di elementi strettamente medici, che possono essere identificati e misurati mediante esami clinici e test, e, dall'altro, sulla base di fatti che non sono di carattere medico e che si fondano su criteri soggettivi anziché quantificabili. Lo statuto non richiede di prendere in considerazione altre possibili risposte ad uno stato di cattiva salute, quali la capacità di lavorare a tempo parziale o di lavorare nell'organizzazione ad un livello meno impegnativo.

La maggior parte delle amministrazioni pubbliche nazionali e delle organizzazioni internazionali visitate dalla Corte si basa su un concetto simile. In Francia, tuttavia, in conformità delle disposizioni applicabili ai funzionari dello Stato ⁽³⁾, il grado d'invalidità è determinato facendo riferimento ad una scala ufficiale d'invalidità. In Svezia, l'invalidità può essere totale o parziale; in caso d'invalidità parziale (ad es. 75 %) il dipendente deve lavorare a tempo parziale (ad es. 25 %) ⁽⁴⁾.

46. Per valutare l'impossibilità di esercitare funzioni corrispondenti ad un impiego in una carriera si richiedono, specialmente nel caso di malattie psichiche ⁽⁵⁾, una conoscenza approfondita del contesto lavorativo ed una buona sinergia medico-amministrativa. È particolarmente importante avere familiarità con lo specifico contesto lavorativo del funzionario e ricercare tempestivamente ed adeguatamente le possibili alternative al pensionamento per invalidità. Sotto tale profilo, i sistemi applicati dalle istituzioni europee mostrano notevoli carenze.

47. Attualmente, nelle istituzioni, l'invalidità viene trattata esclusivamente dal punto di vista medico, cosa che gli stessi medici

⁽³⁾ Funzionari e tirocinanti dello Stato - Protezione sociale contro i rischi malattia e incidenti sul lavoro (circolare del 30 gennaio 1989).

⁽⁴⁾ Dati forniti durante la visita alla Swedish Agency For Government Employers.

⁽⁵⁾ Queste costituiscono quasi la metà dei casi d'invalidità nelle istituzioni europee.

di fiducia delle istituzioni sono i primi a considerare deplorabile. I servizi responsabili della gestione del personale e quelli cui sono assegnati i funzionari, si limitano agli aspetti puramente amministrativi della procedura. Pertanto, si lascia alla commissione d'invalidità la responsabilità di valutare non solo l'aspetto puramente medico del problema, ma anche gli altri aspetti di carattere non medico (¹). La commissione d'invalidità molto spesso non dispone di informazioni sufficientemente precise sulla natura delle mansioni svolte dal paziente e su quelle che potrebbe ragionevolmente svolgere. L'incapacità lavorativa viene quindi valutata in rapporto ad un quadro di riferimento teorico, che presuppone l'uniformità degli impieghi all'interno della categoria in questione, mentre la realtà è differente; infatti, l'ambiente di lavoro, e gli aspetti relazionali in particolare, costituiscono uno dei fattori principali di differenziazione. Il sistema si presta pertanto ad un'interpretazione estensiva del concetto d'invalidità.

Monitoraggio, analisi delle cause e azioni correttive

48. Le istituzioni non hanno creato un sistema di monitoraggio che permetta, su una base continua o regolare, di quantificare, in particolare, la frequenza dei pensionamenti per invalidità e di ottenere informazioni sulle patologie che sono all'origine di tali pensionamenti, di analizzare le tendenze usando una serie di parametri di riferimento (età, sesso, categoria, anzianità di servizio, etc.), di individuare i gruppi di popolazione che sono maggiormente a rischio, di analizzare le cause delle frequenze più elevate, o di ideare e realizzare i provvedimenti possibili in tema di prevenzione, individuazione precoce e ricerca di soluzioni alternative. Ciò denota un certo disinteresse da parte delle istituzioni, per quanto riguarda sia la gestione finanziaria del sistema, sia gli aspetti relativi all'ambiente di lavoro e alla gestione del personale che più potrebbero incidere sul problema.

49. In occasione della pubblicazione delle osservazioni della Corte nella relazione annuale sull'esercizio finanziario 1987, o subito dopo, sono state elaborate alcune statistiche. Esse sono essenzialmente costituite dalle informazioni fornite dalla Commissione in risposta a due interrogazioni parlamentari nell'ottobre 1991 e nel giugno 1993, e da una relazione da essa presentata nel dicembre 1993, su richiesta del Consiglio, con riferimento all'esame del progetto preliminare di bilancio per l'esercizio 1994. L'analisi è tuttavia molto superficiale. Dopo le date di cui sopra, la Corte non ha trovato elementi probatori indicanti tentativi di quantificazione o di analisi generale del funzionamento del sistema.

50. Sono talvolta disponibili informazioni frammentarie o molto specifiche, ad esempio sulla patologia delle pensioni d'invalidità, ma queste sono piuttosto il risultato di iniziative individuali da parte dei medici di fiducia che non una risposta a richieste provenienti dalle istituzioni. Inoltre, le informazioni sono o conservate dai servizi medici a fini di informazione interna oppure, quando vengono inoltrate all'amministrazione, non viene dato

loro seguito (²). Il suggerimento del collegio medico interistituzionale per la realizzazione di uno studio epidemiologico non ha ricevuto il finanziamento richiesto, e l'idea più recente del regime comune di assicurazione malattia di svolgere una ricerca sullo stato generale di salute del personale è stata osteggiata dai rappresentanti del personale e da alcune amministrazioni, con l'argomentazione che non vi erano garanzie sufficienti sul modo in cui i dati avrebbero potuto essere utilizzati.

51. Un'iniziativa di rilievo, nell'ambito dell'analisi delle cause d'invalidità, è stata presa dal medico di fiducia del Parlamento a Lussemburgo. Il medico in causa ha redatto, per il periodo 1983-1998, relazioni quinquennali che danno un buon esempio di quanto potrebbe essere fatto sistematicamente per l'insieme delle istituzioni. Queste relazioni contengono molte informazioni, comprese quelle sulla frequenza dei pensionamenti per invalidità e sulla relativa patologia, ed avanzano una serie di ipotesi sulle cause d'invalidità, formulando raccomandazioni sulla natura delle azioni possibili, in specie per quanto riguarda l'organizzazione del lavoro e l'ambiente di lavoro, nonché certi aspetti della gestione del personale.

52. Secondo le relazioni in causa, l'organizzazione del lavoro e le condizioni psicologiche e sociali sono fattori significativi che possono originare stress e demotivazione. Questi fattori influiscono sullo stato di salute del personale e possono contribuire al tasso elevato (circa il 50 %) di malattie di ordine psichico tra le condizioni mediche che sono alla base del pensionamento d'invalidità. Tra le cause d'insoddisfazione sul lavoro sono comprese una ripartizione del lavoro percepita come parziale, l'esclusione dal processo decisionale e carenze a livello manageriale. Se un funzionario soffre di una malattia fisica e/o psichica, questi possono divenire fattori decisivi nel processo che conduce al pensionamento d'invalidità. Tali problemi interessano in particolare il personale delle carriere meno elevate, che hanno l'impressione che il proprio lavoro sia sottovalutato e non abbastanza riconosciuto. Questa analisi è ampiamente condivisa dai medici di fiducia delle altre istituzioni e dai servizi del personale. Essa sembra essere avvalorata anche dalle risposte ricevute dalla Corte al questionario inviato ad un campione di ex funzionari in pensione d'invalidità (cfr. paragrafo 2). In un terzo circa dei casi, infatti, gli ex funzionari affermano che erano insoddisfatti della natura delle loro mansioni e/o delle condizioni in cui dovevano svolgerle e, nei due terzi di tali casi, affermano che ciò aveva influito sul fatto di aver presentato domanda o di aver accettato la proposta di pensionamento d'invalidità. Essi biasimano in genere la mole eccessiva di lavoro, la pressione dovuta alle scadenze, l'insufficienza delle risorse umane e materiali e, abbastanza frequentemente, il ruolo dei superiori gerarchici in merito a tali problemi.

(¹) Esempi di tali aspetti non medici sono: il livello di soddisfazione nel lavoro, la qualità dei rapporti con i colleghi, la padronanza delle nuove tecnologie, etc.

(²) Un medico della Commissione a Bruxelles ha tenuto, dal 1997, statistiche aggiornate sulle cause mediche d'invalidità, ma queste non sono diffuse negli altri servizi. Dal 1999 il medico di fiducia del Consiglio ha presentato all'amministrazione statistiche annue simili: è prevista l'adozione di misure.

Individuazione precoce, sinergia medico-amministrativa e misure alternative

53. A causa delle carenze sopra esposte nei sistemi di controllo delle assenze, le istituzioni non sono in grado di individuare in modo sistematico i primi segni delle persone a rischio, la cui salute e/o rendimento stanno declinando. Pertanto, esse non possono adottare provvedimenti adeguati (in termini, ad esempio, di mobilità, di organizzazione del lavoro, etc.) in tempo utile, ovvero mentre è ancora possibile che il servizio medico e l'amministrazione si adoperino congiuntamente per evitare un concatenamento di eventi che porta ineluttabilmente all'allontanamento dall'ambiente di lavoro e, quindi, all'invalidità.

54. Le risposte ad un questionario inviato dalla Corte ad un campione di ex funzionari indicavano che, in circa la metà dei casi, questi, nel periodo in cui erano in congedo per malattia nell'anno precedente l'apertura della procedura d'invalidità, non avevano ricevuto alcuna richiesta di informazioni, da parte degli uffici amministrativi o dei loro superiori, sul loro stato di salute o sulla possibilità di riprendere servizio. Essi interpretavano questo atteggiamento come una generale indifferenza nei loro confronti, proprio nel momento in cui si trovavano in difficoltà e in cui si sarebbero aspettati un sostegno e un interessamento da parte dell'istituzione in generale e dei loro superiori gerarchici in particolare.

55. Lo studio svolto dal medico esperto della Corte indica che, salvo qualche rara eccezione, i fascicoli esaminati non contenevano alcuna indicazione del fatto che fossero state prese, in precedenza, misure serie per pervenire ad una soluzione alternativa, e che i suggerimenti del medico di fiducia, riguardanti soprattutto un cambiamento di posto, praticamente non erano mai seguiti. Raramente veniva offerta un'alternativa alla pensione d'invalidità, oppure l'offerta giungeva troppo tardi. Un quarto del campione degli ex funzionari che percepiscono una pensione d'invalidità probabilmente avrebbe potuto continuare a lavorare se l'istituzione avesse individuato e trattato i loro casi nella fase iniziale. Le risposte al questionario confermano tale impressione: il 20 % degli ex funzionari pensava che avrebbero potuto continuare a lavorare se fosse stata loro offerta una soluzione alternativa. Su tale base la Corte ritiene che, in linea di principio, sarebbe stato possibile realizzare economie di circa 10 milioni di euro, ogni anno, sulla spesa netta per le pensioni d'invalidità concesse nel corso dell'anno, attuando una politica di diagnosi e cura precoce nel caso delle assenze per malattia ripetute o prolungate.

Apertura della procedura d'invalidità

56. L'articolo 59, paragrafo 1, dello statuto autorizza l'istituzione a sottoporre alla commissione d'invalidità il caso di un funzionario solo qualora i suoi congedi di malattia superino complessivamente 12 mesi in un periodo di tre anni. Ciò solleva la

difficile questione della rilevanza della durata dell'incapacità temporanea prima dell'avvio della procedura. Per qualsiasi medico che abbia esperienza di servizi sociali e per qualsiasi specialista di risorse umane è un fatto ben noto che, a causa di una combinazione di fattori medici, psicologici, tecnologici o sociologici, una persona che sia stata assente dal suo ambiente di lavoro per un lungo periodo può raramente reintegrarlo completamente. Ciò è confermato dal fatto che, in questi casi, le procedure si concludono quasi sempre con il pensionamento per invalidità. L'analisi del campione di casi sottoposti per esame al medico esperto della Corte suggerisce che sarebbe più adeguata una soglia di sei mesi di assenza, da un lato per trattare i casi in cui un'azione coordinata è utile e ancora possibile e, dall'altro, per non mantenere in una situazione di indebito vantaggio finanziario ⁽¹⁾ persone che, in realtà, non torneranno mai a lavorare permanentemente. Dalle informazioni di cui la Corte dispone, risulta anche che, nei casi in cui la procedura d'invalidità viene avviata su iniziativa del funzionario, ciò si verifica, in media, dopo un periodo di cinque mesi di assenza nell'arco di tre anni.

I regimi d'invalidità delle amministrazioni nazionali e delle organizzazioni internazionali variano considerevolmente per quanto riguarda la durata del periodo d'incapacità che precede l'avvio della procedura per loro iniziativa. Rispetto al regime comunitario, il periodo è più breve in Germania (3 mesi in un periodo di 6 mesi) e alla BERS (6 mesi). Presso l'OIL (18 mesi in un periodo di 4 anni) le condizioni sono più simili a quelle del regime comunitario ⁽²⁾.

57. Inoltre, anche se le istituzioni più piccole (Corte di giustizia e Corte dei conti) sottopongono i casi alla commissione d'invalidità non appena sia stata raggiunta la soglia dei 12 mesi di assenza, questo non è il caso per le istituzioni più grandi, che spesso agiscono tardivamente. Nel campione preso in esame, nel 20 % dei casi alla Commissione e nel 38 % dei casi al Parlamento, la procedura d'invalidità è stata avviata dopo oltre 14 mesi di assenza, con un periodo totale di assenza pari mediamente a 17 mesi ⁽³⁾.

La commissione d'invalidità

Costituzione

58. Una caratteristica del regime comunitario, che lo rende piuttosto macchinoso rispetto ad altri regimi d'invalidità (cfr. sotto), è che due dei tre medici che compongono la commissione

⁽¹⁾ Continuazione dell'intero stipendio.

⁽²⁾ Dati ottenuti durante le visite.

⁽³⁾ Non è stato possibile fare stime analoghe per il Consiglio in quanto quest'ultimo non ha fornito i dati necessari.

d'invalità non sono nominati dall'organismo che finanzia la pensione. I due medici in questione sono il medico che rappresenta il funzionario ed il terzo medico, che viene nominato d'intesa con il medico che rappresenta l'istituzione.

Le pubbliche amministrazioni degli Stati membri visitati operano come segue.

In Austria, il «Bundespensionsamt» (Ufficio federale delle pensioni) commissiona due visite mediche, ciascuna delle quali viene effettuata da un solo medico. In Germania, il parere medico viene dato dal medico di fiducia dell'amministrazione. Nel Regno Unito è espresso dal «Medical Services Advice Board» (Comitato Consultivo dei Servizi Medici), in Svezia dal medico dell'ente pensionistico e alla BERS dal medico della compagnia di assicurazione. All'ONU, lo «Staff Pension Committee» (Comitato delle pensioni del personale), composto di rappresentanti del personale, dell'amministrazione e degli Stati membri, presenta una raccomandazione basata su una relazione medica predisposta dal «Joint Medical Service» (Servizio medico comune). In Francia, un parere è espresso dalla «Commission de réforme» del ministero interessato; tale commissione è composta dal capo servizio, dal controllore finanziario, da due rappresentanti del personale e dai tre medici della commissione medica. Il medico di fiducia del servizio interessato può avere accesso al fascicolo, esprimere il proprio parere e partecipare a titolo consultivo alla riunione della commissione. La commissione può anche decidere di ascoltare i medici scelti dal funzionario e dall'amministrazione ⁽¹⁾.

59. La cooperazione da parte del funzionario, che deve designare uno dei membri della commissione d'invalità, è apparsa carente nei casi in cui la procedura era stata promossa su iniziativa dell'istituzione. Infatti, per il campione preso in esame si è accertato che, mentre passavano in media 50 giorni prima che la commissione d'invalità potesse riunirsi nei casi in cui la domanda proveniva dal funzionario, era necessario il doppio del tempo nei casi in cui era l'istituzione a prendere l'iniziativa ⁽²⁾. Nel 20 % dei casi il tempo medio superava i sei mesi.

60. Questo fenomeno può essere almeno in parte spiegato dal fatto che i casi presi in considerazione riguardano essenzialmente malattie di tipo psichico, che in alcuni casi può esserci un rapporto conflittuale con l'istituzione e che l'ex funzionario riceve l'intero stipendio mentre è in congedo di malattia.

61. Il tempo richiesto può anche essere attribuito alla difficoltà di raggiungere un accordo sulla scelta del terzo medico tra il medico di fiducia dell'istituzione ed il medico designato dal funzionario. I medici di fiducia hanno dichiarato di essere stati abbastanza spesso costretti ad opporsi a proposte che suggerivano nominativi di medici che erano notoriamente propensi a decidere a favore dell'invalità. Infine, i ritardi possono risultare anche dalla frequente difficoltà di convocare simultaneamente i tre medici.

⁽¹⁾ Dati ottenuti durante le visite.

⁽²⁾ Tuttavia, questa differenza è in parte inevitabile dato che, quando la procedura viene aperta per iniziativa del funzionario, questi fornisce di solito il nome del medico che lo rappresenta nel momento stesso in cui presenta la domanda.

62. La ricerca svolta dal medico esperto della Corte porta tuttavia alla conclusione che in tutti i casi del campione la scelta del terzo membro della commissione d'invalità era ineccepibile dal punto di vista della sua capacità e reputazione professionale, della sua indipendenza dalle parti in causa, della conoscenza dell'attività consultiva e della specializzazione medica richiesta dal caso specifico.

Base dei pareri

63. Come già indicato al paragrafo 1, uno degli obiettivi dell'audit è consistito nel verificare che le pensioni d'invalità fossero state accordate soltanto quando l'invalità era stata debitamente riconosciuta. Per tutti i 63 casi del campione studiati dal medico esperto della Corte, questi ha concluso che i pareri erano basati su lavori sufficienti ed adeguati, che dimostravano l'esistenza di un nesso chiaro e comprensibile (per un medico) tra le constatazioni e le conclusioni della commissione d'invalità. Tali pareri erano motivati sistematicamente e corroborati da dati dettagliati sulla diagnosi e sull'evoluzione dello stato di salute, dalla prognosi di miglioramento o guarigione o, nel caso contrario, dalla probabilità o certezza del persistere delle cause dell'incapacità. I pareri in causa tenevano conto sia degli aspetti medici, sia di quelli riguardanti l'integrazione del funzionario nel suo ambiente di lavoro, anche se entro i limiti imposti ai lavori della commissione d'invalità già indicati al paragrafo 47. Lo studio non ha evidenziato alcun caso in cui il pensionamento per invalità non fosse chiaramente giustificato; in due casi, tuttavia, la gravità dello stato di salute e la sua natura invalidante sembravano discutibili, cosa che non è anormale, dato l'inevitabile margine d'interpretazione inerente a qualsiasi valutazione di questo tipo.

64. Le patologie non psichiatriche erano stabilite mediante test adeguati, in grado di fornire un solido fondamento per una diagnosi accurata e precisa. I pareri erano basati su un approccio standard di consulenza, applicato correttamente, che forniva una base solida per un parere affidabile, riproducibile e stilato in maniera impeccabile. Anche nel caso delle patologie psichiatriche gli elementi contenuti nel fascicolo convalidano la diagnosi e consentono di valutare la gravità relativa dell'infermità.

Decisione sull'invalità

65. Quando la commissione d'invalità riconosce l'invalità di un funzionario, questi viene automaticamente collocato a riposo l'ultimo giorno del mese nel corso del quale l'autorità che ha il potere di nomina constata la sua incapacità definitiva di esercitare le proprie funzioni e il diritto alla pensione d'invalità sorge a decorrere dal primo giorno del mese civile successivo alla decisione. In quasi il 25 % dei casi del campione la Corte ha notato ritardi nell'adozione della decisione da parte dell'autorità che ha il potere di nomina, che hanno inutilmente ritardato di un mese il collocamento a riposo per invalità del funzionario.

Visite mediche dopo il pensionamento d'invalidità

66. Lo statuto (articolo 15 dell'allegato VIII) stabilisce che l'istituzione può sottoporre periodicamente a visita medica un ex funzionario, beneficiario di una pensione d'invalidità, sino a quando non abbia compiuto l'età di 60 anni, per accertarsi che si trovi ancora nelle condizioni richieste per beneficiare della pensione.

67. La frequenza di tali controlli varia sensibilmente da istituzione a istituzione. La Corte di giustizia e la Corte dei conti sottopongono sistematicamente gli ex funzionari a visita medica ogni due anni, salvo nei casi in cui la commissione d'invalidità giudichi inutile tale visita in quanto la malattia è irreversibile. Alla Commissione, la frequenza delle visite mediche è quella prescritta dalla commissione d'invalidità, di norma annualmente o ogni due anni. Al Consiglio, viene effettuata una sola visita, nel periodo compreso tra un anno e mezzo e tre anni dal pensionamento per invalidità, e ciò avviene solo in una piccola percentuale di casi (circa il 17 % secondo il medico di fiducia). Al Parlamento, i controlli medici di questo tipo sono rari.

68. Nel campione esaminato dal medico esperto della Corte, nel 60 % dei casi la commissione d'invalidità non aveva prescritto una visita medica obbligatoria ⁽¹⁾. La decisione della commissione d'invalidità era in tutti i casi giustificata da valide considerazioni sullo stato di salute della persona in questione e sulla prognosi. Nei casi in cui era stata decisa una visita medica, la visita era stata eseguita correttamente e le risultanti conclusioni erano ben fondate.

69. In pratica, la possibilità di visita medica prevista dallo statuto non consente in realtà alcun mutamento radicale della situazione d'invalidità. Infatti, un'interruzione dell'invalidità si traduce molto raramente in una reintegrazione ben riuscita. Per le ragioni esposte al paragrafo 56, nei rari casi in cui ex funzionari tornano al lavoro, essi sono quasi sempre messi in pensione d'invalidità dopo un periodo relativamente breve.

Progetto di riforma del regime

70. Nell'ambito della proposta di riforma dello statuto, la Commissione ha avanzato una serie di proposte intese a ridurre l'interesse finanziario delle pensioni d'invalidità. Queste proposte sono sostanzialmente identiche a quelle presentate nel 1989 nella «relazione Caston» (cfr. i paragrafi 16 e 17):

- a) sostituzione della pensione d'invalidità con un'indennità d'invalidità, a sua volta sostituita da una pensione di anzianità una volta raggiunta l'età pensionabile (tra i 60 ed i 65 anni, quando viene raggiunto il tasso massimo);
- b) calcolo dell'indennità d'invalidità pari al 70 % dello stipendio base, e non in base al tasso della pensione di anzianità cui l'ex funzionario avrebbe diritto all'età di 65 anni se avesse continuato la propria attività sino a tale età;
- c) abolizione dell'aumento periodico di scatto per tutta la durata del periodo d'invalidità;
- d) riduzione del minimo vitale dal 120 % al 100 % dello stipendio base di un funzionario del grado più basso, primo scatto;
- e) introduzione di una norma anticumulo, con detrazione dall'indennità d'invalidità di quella parte del reddito proveniente da altra attività lucrativa, che ecceda l'ultima remunerazione totale ricevuta durante l'attività di servizio;
- f) introduzione del pagamento dei contributi pensionistici sull'indennità d'invalidità;
- g) calcolo dell'importo della pensione di anzianità in base all'ultimo stipendio base ricevuto in attività di servizio.

71. A parere della Corte, i provvedimenti avrebbero l'effetto di diminuire del 25 % circa il costo netto totale delle pensioni d'invalidità concesse ogni anno. Al ritmo attuale dei pensionamenti, tale costo passerebbe da circa 74 milioni di euro (cfr. paragrafo 43) a circa 55 milioni di euro. La Corte ritiene, inoltre, che i provvedimenti in causa darebbero adito ad una riduzione media del 10 % circa dell'ammontare della pensione d'invalidità pagata agli ex funzionari; l'incidenza sarebbe maggiore per i funzionari delle categorie C e D, che ricevono il minimo vitale, che sarebbe ridotto di circa il 14 %.

72. La modifica della norma sul minimo vitale dovrebbe consentire di economizzare circa 2 milioni di euro nel costo netto delle pensioni d'invalidità concesse ogni anno, e dovrebbe determinare per i beneficiari interessati una diminuzione del 6 % circa della pensione totale ricevuta. Questa misura ha lo scopo di creare una maggiore equità per i funzionari che continuano a lavorare sino al raggiungimento dell'età pensionabile normale e, anche, di offrire un incentivo a continuare a lavorare, rendendo il lavoro finanziariamente più gratificante dell'invalidità. In alcuni casi la pensione d'invalidità minima resterà comunque più elevata di una pensione di anzianità.

⁽¹⁾ 38 casi su 63.

73. La Commissione non ha discusso la questione con i medici di fiducia delle istituzioni, che sono, tuttavia, gli attori principali nel funzionamento del regime, e non ha considerato parametri diversi dai fattori finanziari che, come la Corte dimostra in questa relazione, hanno un effetto predominante. Il problema dell'invalidità è al tempo stesso umano e finanziario. La riforma proposta non considera le misure che avrebbero dovuto essere prese in precedenza nel contesto di una politica di prevenzione (condizioni di lavoro, campagne d'informazione, controllo delle assenze, mobilità, etc.) ed analogamente non ha tenuto conto delle misure che dovrebbero essere prese in seguito, nell'ambito di una politica di riabilitazione o di riassegnazione (lavoro a tempo parziale, adattamento dell'orario di lavoro, etc.), per incoraggiare i funzionari in cattive condizioni di salute a continuare a lavorare in condizioni ragionevoli, senza dover necessariamente chiedere di essere collocati in pensione per invalidità.

CONCLUSIONI

74. Le principali conclusioni dell'audit sono le seguenti:

- a) le pensioni d'invalidità concesse ogni anno rappresentano un costo netto totale dell'ordine di 74 milioni di euro, con un costo netto medio, per ogni caso d'invalidità, di circa 370 000 euro (paragrafo 43);
- b) in tutti i casi di pensione d'invalidità esaminati, l'invalidità era stata debitamente riconosciuta (paragrafo 63);
- c) le istituzioni non hanno predisposto una politica complessiva riguardo alla gestione delle assenze e delle invalidità a causa dello scarso impegno dei dirigenti di grado elevato (paragrafi 21 e 41);
- d) i sistemi di gestione hanno sofferto di una serie di carenze in diversi settori e la gestione delle assenze e delle invalidità è stata trattata soltanto dal punto di vista medico (paragrafi da 20 a 40 e da 44 a 54);
- e) l'adozione di misure amministrative adeguate di prevenzione, di diagnosi precoce e di cura permetterebbe di conseguire economie finanziarie (paragrafo 55).

75. L'audit della Corte evidenzia un quadro complesso. Da un lato, nel corso degli ultimi 15 anni il tasso delle pensioni d'invalidità è rimasto stabile e l'aumento delle pensioni d'invalidità può essere imputato all'aumento del numero e dell'età dei funzionari delle istituzioni. A parere del medico esperto della Corte le pensioni d'invalidità sono concesse in modo giustificato, i lavori delle commissioni d'invalidità sono sufficienti ed adeguati per valutare

la realtà e la gravità della patologia, nonché l'incapacità lavorativa che ne risulta. Dall'altro, il pensionamento per ragioni d'invalidità è più frequente, in certi gradi, del normale pensionamento di anzianità. Le relazioni dei medici di fiducia delle istituzioni e le indagini svolte presso i beneficiari di pensioni d'invalidità rivelano che frustrazioni nell'ambiente di lavoro sono spesso un elemento importante di demotivazione per i funzionari, che alla fine vanno in pensione per ragioni di salute. Una parte notevole dei pensionamenti d'invalidità potrebbe inoltre essere evitata se venissero adottate a tempo debito misure amministrative adeguate per la prevenzione ed il trattamento nella fase iniziale dei problemi medici e dei problemi professionali correlati.

76. Sono state riscontrate carenze nella politica generale e nei sistemi di gestione delle assenze per malattia, che soffrono generalmente di mancanza di chiarezza e di coordinamento tra i diversi servizi interessati, di mancanza di risorse, di strumenti di gestione informatici inadeguati e di ostacoli derivanti dalle disposizioni dello statuto del personale. La mancanza di sinergia medica e amministrativa nel trattamento delle assenze per malattie a decorso lungo e/o ripetute e la mancata priorità accordata alla ricerca, a tempo debito, di soluzioni alternative hanno come esito la relativa facilità con cui si avvia un processo che porta inevitabilmente all'allontanamento dall'ambiente di lavoro ed alla pensione d'invalidità. La gestione dell'invalidità è affrontata in larga misura soltanto dal punto di vista medico, poiché i servizi responsabili della gestione delle risorse umane ed i servizi da cui dipendono i funzionari non si impegnano nel processo e si limitano in ampia misura a trattarlo con mezzi puramente amministrativi.

77. Ritardi frequenti nell'aprire la procedura d'invalidità e nell'iter di una parte significativa della procedura per il pensionamento d'invalidità comportano un costo sostanziale per il bilancio ed un cattivo uso delle risorse umane. Le difficoltà incontrate nel costituire e riunire una commissione d'invalidità, di cui due membri su tre sono nominati dal funzionario o con il suo accordo, sono la causa principale di questa situazione. Sono anche stati riscontrati con frequenza ritardi eccessivi nell'adozione della decisione amministrativa di collocamento di un funzionario in pensione d'invalidità.

78. Le disposizioni dello statuto sulle visite mediche dopo il pensionamento d'invalidità sono teoricamente soddisfacenti ma, in pratica, non hanno alcun effetto significativo, in quanto è estremamente raro che esse portino ad una piena reintegrazione, nel senso di un rientro al lavoro effettivo e a lungo termine. Una persona il cui stato di salute si sta deteriorando, specialmente laddove si tratta di problemi psichici, e che è assente dall'ambiente di lavoro per un lungo periodo, può raramente reinserirsi e, salvo rare eccezioni, l'invalidità è sempre definitiva.

79. Nel quadro del progetto di riforma dello statuto, la Commissione ha presentato proposte che si limitano agli aspetti finanziari del regime della pensione d'invalidità e che sono essenzialmente una rielaborazione delle proposte già avanzate nel 1989 e successivamente abbandonate. La Commissione non ha proceduto ad una valutazione preliminare del regime complessivo per individuare tutti i fattori che influiscono sul fenomeno dell'invalidità, e non ha fatto partecipare ai suoi studi preliminari i medici di fiducia delle istituzioni, anche se questi ultimi sono attualmente gli attori principali del processo e avrebbero potuto dare un utile contributo ampliando il campo d'indagine.

RACCOMANDAZIONI

80. È necessario che le istituzioni elaborino una politica generale per le assenze per malattia e invalidità, che preveda indicatori di performance, un forte sostegno da parte dei dirigenti superiori, ruoli e responsabilità ben definiti, una forte sinergia medica e amministrativa, e che presti molta attenzione, anche in termini d'intensità delle risorse, ai bisogni dei funzionari che necessitano di sostegno. Questa politica dovrebbe concentrarsi sia sulle iniziative da prendere nelle fasi iniziali con misure preventive riguardanti l'organizzazione del lavoro e le condizioni di lavoro, sia su quelle azioni, necessarie in una fase successiva, intese a favorire la riabilitazione e ad incoraggiare i funzionari che sono

in cattive condizioni di salute a continuare il lavoro in condizioni ragionevoli.

81. Di questa politica sono responsabili soprattutto i dirigenti, anche se essa comporta ovviamente questioni di carattere medico. Pertanto, i dirigenti dovrebbero essere resi consapevoli del loro ruolo e delle loro responsabilità e dovrebbero ricevere gli orientamenti e la formazione opportuni. Dovrebbe essere creato un sistema adeguato di informazione e di sorveglianza gestionali, con l'obiettivo di identificare tempestivamente le tipologie delle assenze ed i casi di pensionamento per invalidità che destano preoccupazioni, e di adottare le misure opportune. Le istituzioni dovrebbero redigere relazioni annuali per monitorare il funzionamento del sistema.

82. È possibile che risulti necessario prendere in considerazione modifiche dello statuto per meglio affrontare le situazioni in cui un funzionario impedisce o si sottrae deliberatamente ad una visita medica, e per prevedere un meccanismo di ricorso e di arbitrato più facile e rapido quando vengono impugnate le conclusioni del medico fiscale. Per quanto riguarda le disposizioni sull'invalidità, può essere opportuno riesaminare il periodo minimo di congedo di malattia prima che l'istituzione possa avviare la procedura e la necessità di visite mediche dopo il pensionamento o le condizioni in cui devono svolgersi. Dovrebbe essere esaminata anche una modifica della composizione della commissione d'invalidità e si dovrebbe parimenti studiare la creazione di una struttura permanente ed interistituzionale.

La presente relazione è stata adottata dalla Corte dei conti, a Lussemburgo, nella riunione del 27 febbraio 2003.

Per la Corte dei conti

Juan Manuel FABRA VALLÉS

Presidente

LE RISPOSTE DELLE ISTITUZIONI**RISPOSTA DEL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA**

Il testo della relazione della Corte dei conti sul regime della pensione d'invalidità delle istituzioni europee non dà adito ad osservazioni da parte del Consiglio.

RISPOSTA DEL PARLAMENTO EUROPEO**1-2. Obiettivi e metodologia**

Il Parlamento si rallegra per il fatto che, sulla base di un esame approfondito di 127 dei casi più difficili (pensioni di invalidità accordate per motivi psicologici), inclusa la perizia eseguita da un medico designato dalla Corte e concernente 63 di questi casi, la relazione non fa emergere alcun elemento tale da suggerire che pensioni di invalidità siano state accordate impropriamente al posto di altre misure. Esso si rallegra altresì dal fatto che si sottolinei come il miglioramento dei controlli e le misure preventive costituiscono il modo migliore per far fronte a questo difficile problema.

10-14. Statistiche e analisi

La relazione mette in luce la percentuale piuttosto elevata, sia in termini relativi che in termini assoluti, di funzionari delle categorie C e D che ottengono una pensione d'invalidità come pure la notevole percentuale di questi funzionari che beneficiano delle normative riguardanti l'importo minimo di sussistenza. Non è però del tutto chiaro se, mettendo in campo queste cifre, la relazione implichi il tipo di effetto incentivante precedentemente ricordato (cfr. paragrafi 1-2). Se le cose stanno così, il Parlamento tiene a sottolineare che, nella misura in cui il controllo sembra esso stesso avvalorare l'idea che le pensioni di invalidità accordate a tutte le categorie del personale sono state accordate in modo corretto, la questione degli incentivi non dovrebbe avere alcuna ragione d'essere. Le principali ragioni mediche di invalidità (cfr. paragrafo 14) mostrano che le Istituzioni europee sono ben lungi dal disporre di tutti gli strumenti possibili che potrebbero avere un impatto reale su tali cause (ad esempio, sugli aspetti non professionali).

21-23. Politica generale e coordinazione

Il Parlamento condivide senza alcuna riserva le osservazioni formulate al paragrafo 22 della relazione sulla necessità di definire

procedure appropriate come pure i rispettivi ruoli degli attori e dei servizi implicati nella loro applicazione. Sono proprio questi principi che, congiuntamente allo stretto coinvolgimento dei servizi implicati, costituiscono la base delle modifiche che esso intende apportare al suo sistema di gestione delle assenze (cfr. la risposta ai paragrafi 30-34). Tuttavia, non è del tutto esatto suggerire (paragrafo 23) che la ripartizione delle responsabilità relative alla decisione di disporre una visita medica di controllo in caso di assenza non è chiara. In seno al Parlamento, la decisione in questione dipende dal responsabile della divisione del personale, il quale agisce di propria iniziativa, su raccomandazione del medico dell'Istituzione o su richiesta del direttore generale responsabile del servizio implicato. Ancora una volta nulla consente di pensare che queste procedure non siano pienamente comprese da tutte le parti in causa.

28. Sistemi informatici

La Direzione generale del personale partecipa attualmente e in maniera attiva a lavori preparatori nella prospettiva di acquistare una serie di programmi informatici di gestione delle risorse umane, concepiti secondo le migliori prassi oggi disponibili e sulla base di informazioni integrate che riguardano tutti i servizi. Una volta installati, questi programmi dovrebbero consentire di evitare i problemi indicati nella relazione, in particolare l'attuale impossibilità di tener conto dei congedi di malattia al di fuori dei giorni lavorativi.

30-34. Controlli medici

Come indicato nella relazione, i controlli medici sono effettuati da medici ingaggiati a tale scopo, su base contrattuale, sia a Lussemburgo che a Bruxelles, dove nel 2001 sono stati eseguiti rispettivamente 60 e 21 controlli (controlli sono stati eseguiti anche negli anni precedenti ma non esistono le relative statistiche).

Questi medici incaricati dei controlli intervengono comunque oggi sotto l'autorità dei medici dell'Istituzione. La relazione richiama giustamente l'attenzione (paragrafo 32) sui problemi intrinseci di incompatibilità dei ruoli per i medici dell'Istituzione e sul fatto che l'attuale regime è in contrasto con le norme internazionali in materia. La Direzione generale del personale del Parlamento sta quindi allestendo una serie di riforme che dovrebbero ovviare in ampia misura a tale inconveniente e alle critiche formulate nella relazione. Tra queste riforme vanno ricordate soprattutto:

- il trasferimento di tutte le prerogative riguardanti i controlli medici, ivi compresa la responsabilità dei medici che effettuano i controlli, dal servizio medico al Servizio del personale,
- un esame più attento dei certificati medici, del quale sarebbe responsabile non più il servizio medico, bensì la Divisione del personale,
- un esame attento, da parte dell'Ufficio congedi, dei certificati di malattia al fine di individuare con tempestività eventuali anomalie e disporre le misure necessarie,
- lo stretto e tempestivo coinvolgimento della Divisione degli affari sociali quando vengono individuati casi problematici, visto che tale servizio ha il compito di assicurare, in collaborazione con il medico dell'Istituzione ed eventualmente con altri servizi di assistenza, misure di controllo eventualmente sotto forma di raccomandazioni indirizzate all'autorità investita del potere di nomina in merito alla situazione amministrativa della persona interessata.

Si ipotizza che il sistema sopra descritto operi in un contesto di stretta cooperazione tra i servizi della Direzione generale del personale e i servizi d'assegnazione. Non si tratta di risolvere semplicemente il problema dell'incompatibilità dei ruoli così come è stato delineato precedentemente, bensì di porre in essere un quadro in cui i ruoli di tutti i partecipanti siano opportunamente definiti e che agevoli l'esecuzione rigorosa dei controlli e l'individuazione tempestiva dei problemi cui la Corte dei conti annette giustamente una grande importanza. C'è da sperare che all'inizio del 2003 possa già operare un sistema basato sui principi sopra indicati e che esso possa consentire pure di convocare, se necessario, con la massima tempestività possibile, le commissioni di invalidità e di dare tempestiva attuazione alle raccomandazioni formulate da queste commissioni.

35-36. *Termini per la presentazione dei certificati medici*

Conformemente alla normativa vigente al Parlamento, i certificati devono essere presentati a partire dal quarto giorno di assenza. Poiché questo termine è relativamente corto, in pratica trascorre un periodo più lungo prima che vengano adottate misure per determinare la situazione del funzionario interessato ed eventualmente fare in modo che essa venga regolarizzata. In tal caso, ciò significa che l'Ufficio congedi prende contatti innanzitutto con il medico dell'Istituzione per stabilire se è stato presentato un certificato e, in un secondo momento, con il servizio di assegnazione

per accertare se esso disponga o no di informazioni che possano spiegare o giustificare l'irregolarità apparente. La «sanzione» ultima, quando non viene data una spiegazione valida o non viene presentato alcun certificato medico, consiste nel dedurre, previo ricorso al capo della Divisione del personale, il numero dei giorni in questione dal congedo annuale (o nel trattenerli dallo stipendio) del funzionario interessato e nell'indirizzargli una lettera per informarlo della decisione. Tuttavia, la successiva presentazione di un certificato medico o una giustificazione valida del ritardo dà luogo di norma alla revoca della decisione.

Come sottolinea la Corte dei conti, un siffatto sistema pregiudica inevitabilmente la capacità dell'Istituzione di disporre i controlli medici con la tempestività dovuta (nei casi, quasi certamente minoritari, in cui una siffatta procedura risulterebbe altrimenti appropriata). D'altro canto, la volontà di applicare in modo drastico la norma dei quattro giorni risulta essere poco utile e comunque destinata al fallimento, viste le implicazioni della sentenza pronunciata dal Tribunale di primo grado nelle cause T-110/99 e T-260/99 (presunzione di regolarità comprovata dalla successiva presentazione di un certificato medico). Di conseguenza, le soluzioni che possono essere adottate per risolvere questo difficile problema saranno esaminate congiuntamente agli altri aspetti della sentenza in questione (cfr. punto in appresso).

37-40. *Applicazione del diritto di controllo*

Come risulta dalla relazione, la presunzione di regolarità sancita dalla sopra citata sentenza del Tribunale di primo grado complica enormemente l'applicazione del diritto incontestabile (ormai diventato ampiamente virtuale) delle Istituzioni di disporre controlli medici; allo stesso modo, se il ragionamento fatto nel paragrafo precedente è giusto, è pure compromessa la norma che impone l'obbligo di presentare con tempestività un certificato medico.

Per cercare di trovare una via d'uscita da questa apparente impasse che, come sottolinea la Corte dei conti, rischia di rendere estremamente difficile affrontare la sparuta minoranza determinata a sfruttare le debolezze del sistema, occorre riconoscere che ciò che è stato effettivamente respinto è un sistema che consiste nel dichiarare irregolari le assenze quando l'interessato non ottempera all'obbligo di sottoporsi a un controllo medico. Quest'obbligo, di per sé stesso, non è compromesso ed è sempre possibile applicare altre forme di sanzione disciplinare per farlo rispettare. Il problema consiste ovviamente nel fatto che la soluzione alternativa, vale a dire il ricorso a procedure disciplinari formali, è uno strumento piuttosto pesante e difficilmente può essere applicato in modo indiscriminato. Anche se infine viene fatto rispettare, quest'obbligo di sottoporsi a un controllo medico è ulteriormente compromesso, come sottolinea la Corte al paragrafo 39, dai complicati meccanismi che presiedono alla composizione delle controversie tra il medico incaricato del controllo e il medico curante.

Dato tale contesto, è evidente che le Istituzioni dovranno far minore affidamento a meccanismi standardizzati, come la dichiarazione di assenza irregolare sopra citata, e optare maggiormente per sistemi di gestione, come quelli sopra proposti dal Parlamento, che consentirebbero di individuare e perseguire i casi manifestamente più problematici, a prescindere dalla durata e dalla complessità delle procedure, con la determinatezza che realisticamente può essere mostrata soltanto in un numero limitato di casi. Un siffatto approccio sarebbe certamente poco agevole e con ogni probabilità non è destinato a produrre effetti immediati. Tuttavia, se applicato con risolutezza, esso potrebbe produrre su tutto il personale un effetto pedagogico non irrilevante.

47. Metodo per affrontare la questione dell'invalidità

Come sottolinea la Corte dei conti, l'invalidità oggi viene affrontata soprattutto in un'ottica medica. Le misure citate nella risposta ai paragrafi 30-34 della relazione sono intese a contrastare questa tendenza. Il ruolo che si prevede di attribuire alla Divisione degli affari sociali dovrebbe consentire di iscrivere le decisioni adottate nei singoli casi in un quadro di valutazione più ampio, il che risolverebbe il problema del quadro di riferimento teorico cui si fa riferimento nella relazione.

48-55. Controllo, analisi delle cause e correttivi

I medici dell'Istituzione hanno svolto un lavoro molto proficuo nel controllo dei casi di invalidità e delle loro cause. Le proposte formulate nella risposta ai paragrafi 30-34 di cui sopra, che dovrebbero consentire di migliorare progressivamente i controlli, l'individuazione tempestiva e i correttivi auspicati nei paragrafi 53-55 della relazione, costituiscono di per sé stesse una risposta alle preoccupazioni dei medici dell'Istituzione. Sono state adottate numerose altre misure tra cui:

- l'assegnazione al servizio medico di Bruxelles di due psicologi; un'analogha iniziativa è prevista anche per Lussemburgo,
- l'istituzione, in seno alla divisione degli affari sociali, di un'unità incaricata di analizzare le cause di assenze ripetute o prolungate e di contattare i funzionari interessati per trovare una soluzione ai loro problemi,
- l'istituzione, in seno a questa stessa divisione, di un'unità incaricata di trattare, in stretta collaborazione con il servizio medico e gli assistenti sociali dell'Istituzione, problemi connessi con l'alcolismo e la tossicodipendenza.

Queste disposizioni particolari devono essere considerate nel quadro più ampio dei diversi aspetti della politica dell'Istituzione nei confronti del personale, specie per quanto riguarda l'accento posto sulla necessità di migliorare la gestione delle risorse umane attra-

verso la formazione alla gestione, lo sviluppo delle carriere e dell'orientamento professionale, l'utilizzo più soddisfacente delle qualifiche e dei profili occupazionali attraverso il progetto ROME-PE, le misure contro le molestie e le angherie sul posto di lavoro e le misure destinate a favorire il lavoro a tempo parziale.

Verranno seguiti i consigli dei medici dell'Istituzione che auspicano l'assegnazione a un diverso posto di lavoro. Data però la rigidità delle strutture delle Istituzioni per quanto riguarda i posti di lavoro, queste soluzioni non saranno sempre possibili. I casi in cui queste soluzioni sono state applicate con successo non figurano ovviamente nella casistica di cui dispone la Corte dei conti.

56-57. Avvio della procedura di invalidità

La relazione propone che la soglia per avviare la procedura di invalidità dovrebbe forse essere ridotta da 12 a 6 mesi, visto che una persona assente in modo prolungato (in tal caso, per 6 mesi o diversamente per più di 6 mesi) dal suo ambiente professionale raramente riesce a reinserirvisi. La pratica suggerisce comunque che, se si considerano i casi di lunga malattia (6 o più mesi) che non hanno dato luogo a una procedura di invalidità, una tale conclusione è eccessivamente pessimistica. Il Parlamento ritiene pertanto opportuno rivedere la soglia dei 12 mesi solo su una base molto limitata e discrezionale.

I ritardi che si verificano nell'avvio della procedura persino al termine del periodo di 12 mesi, e a cui fa riferimento la Corte dei conti, non dipendono sempre dall'inerzia burocratica. Non è possibile affermare che l'invalidità è un obiettivo universalmente auspicato. Le decisioni da parte dell'Istituzione di avviare la procedura di invalidità può infatti produrre effetti psicologici disastrosi su talune persone da lungo tempo affette da malattia o eventualmente in fase terminale. In siffatti casi, è opportuno equilibrare gli interessi finanziari delle Istituzioni e il loro dovere di assistenza verso i funzionari. Inoltre, visto che, come viene sottolineato nella relazione, le decisioni di accordare una pensione di invalidità sono quasi sempre definitive, e che questo sistema rappresenta un onere non irrilevante per il bilancio comunitario non è scontato che l'avvio più rapido della procedura (ad esempio, attraverso la riduzione della soglia proposta al paragrafo 82 delle conclusioni della relazione) servirebbe necessariamente in tutti i casi agli interessi finanziari delle Istituzioni.

65. Decisione in materia di invalidità

Come è stato precedentemente sottolineato (cfr. risposta ai paragrafi 30-34), il Parlamento auspica che le riforme amministrative che intende attuare diano luogo a un'applicazione più rapida delle decisioni delle commissioni di invalidità.

66-69. *Controlli medici successivi al pensionamento per invalidità*

Al paragrafo 56 la Corte dei conti dichiara che qualsiasi medico con una certa esperienza in materia e qualsiasi specialista in materia di risorse umane ben sanno che una persona assente in modo

prolungato dal suo ambiente non vi si reinserisce se non molto raramente, per tutta una serie di fattori di natura medica, psicologica, tecnologica o sociologica. Al riguardo, il Parlamento ha l'intenzione, come risulta dalle risposte sopra formulate, di concentrare i suoi sforzi sull'individuazione precoce e la prevenzione dei casi di invalidità.

RISPOSTA DELLA COMMISSIONE
SINTESI

I.-VII. La Commissione esprime soddisfazione per le osservazioni della Corte riguardo al regime di invalidità, osservazioni che coincidono sostanzialmente con la sua propria analisi.

La Commissione fa notare che l'audit non ha rilevato serie anomalie operative, ad esempio casi in cui il pensionamento per motivi di salute sia stato concesso senza valide giustificazioni.

Essa è d'accordo sul fatto che si potrebbe migliorare la situazione fornendo un sostegno adeguato ai funzionari con problemi di salute, migliorando le misure preventive, incrementando i controlli amministrativi sulle pratiche, o creando all'interno dell'Istituzione un gruppo permanente multidisciplinare per il monitoraggio dei singoli casi. La Commissione intende esaminare la possibilità di attuazione delle misure menzionate, tenendo conto delle risorse umane a disposizione.

In ogni caso, tali misure avrebbero un effetto graduale e non immediato.

La Commissione ritiene che le misure in corso di elaborazione contro le molestie sul posto di lavoro, gli esperimenti pilota in materia di consulenza familiare, ma anche le proposte di riforma riguardanti le condizioni di lavoro, che dovrebbero essere presto adottate dal Consiglio e che includono fra l'altro un nuovo sistema di evoluzione delle carriere e nuove disposizioni concernenti i rapporti di valutazione dei funzionari, potranno concorrere a motivare maggiormente il personale e quindi, come rileva la Corte, a ridurre i fattori che contribuiscono all'invalidità.

I LAVORI PRECEDENTI DELLA CORTE ED IL SEGUITO DATO AGLI STESSI

19. Le misure amministrative precedenti (in particolare per quanto riguarda l'organizzazione) in materia di assenze per malattia ed invalidità erano indubbiamente insufficienti. Proprio per

questo nel suo pacchetto «riforma» la Commissione ha proposto una serie di modifiche dello Statuto dei funzionari che la Corte ha riassunto al punto 71.

OSSERVAZIONI SUL SISTEMA DI GESTIONE DELLE ASSENZE CON RIFERIMENTO ALLE ASSENZE PER MALATTIA

21. La Commissione concorda sul fatto che una strategia globale che comprenda misure preventive più appropriate, un sostegno adeguato ai funzionari con problemi di salute e un'intensificazione dei controlli amministrativi sulle pratiche, potrebbe portare ad un miglioramento della situazione. Alcuni elementi previsti dalle riforme amministrative, come le misure contro le molestie sul posto di lavoro, il sostegno psicologico, il miglioramento delle condizioni di lavoro e il nuovo sistema di evoluzione delle carriere e di mobilità interna, dovrebbero parimenti contribuire a motivare maggiormente il personale.

Per quanto riguarda in particolare l'assistenza medica individuale da prestare a chi ha problemi di salute, all'interno del Servizio medico si stanno prendendo le disposizioni del caso. Il responsabile sarà uno psichiatra, coadiuvato da assistenti sociali, e l'unità lavorerà in stretta collaborazione con i servizi per lo sviluppo delle risorse umane (SRU).

Decentramento non significa mancanza di chiarezza sui ruoli e sulle responsabilità rispettive del Servizio medico e, nelle Direzioni generali, dei responsabili delle RU e del personale relativo, a cui è affidata la gestione delle assenze e dei congedi.

A livello centrale il Servizio medico ha un ruolo determinante perché, con l'aiuto di un'unità ispettiva, molto articolata dal punto di vista amministrativo, seleziona i casi che richiedono una supervisione medica individuale da parte di un dottore che non sia un ispettore. Va inoltre rilevato che l'unità ispettiva e i responsabili delle RU hanno il diritto di avviare le ispezioni utilizzando le applicazioni IT per i casi più pertinenti.

23. Il metodo impiegato dalla Corte di giustizia e dal Consiglio sarebbe di difficile applicazione presso la Commissione, che effettua probabilmente un numero di controlli 10 volte superiore. Inoltre un numero crescente di controlli viene effettuato su richiesta dei capi unità delle DG. Tale situazione è il risultato di una campagna di sensibilizzazione del personale che proseguirà anche in futuro.

24. Le misure di decentramento attuate nel 1998/1999 nel quadro della riforma «MAP 2000» hanno avuto alcuni effetti negativi evidenziati dalla Corte. In particolare, l'obiettivo di affidare la responsabilità alle direzioni generali non è stato sempre completamente raggiunto in tutte le DG. La situazione è migliorata e continua a migliorare grazie alle misure menzionate ai punti 21 e 22.

25. Si rimanda al punto 24.

26 e 27. Il programma SIC Congés funziona ora in maniera soddisfacente grazie al grande sforzo compiuto per migliorarne la prestazioni.

La base di dati Sermed è uno strumento di lavoro utilizzato esclusivamente dagli ispettori del Servizio medico. I dati sono naturalmente soggetti al segreto medico. Lo strumento utilizzato per gestire le assenze del personale è il programma SIC Congés.

La duplicazione è necessaria poiché il Servizio medico non è competente in materia di assenze del personale. È chiaro tuttavia che occorre migliorare la situazione per quanto riguarda la rapidità con cui le informazioni necessarie per la gestione vengono trasmesse dall'unità ispettiva del Servizio medico al programma SIC.

33. La Commissione fa notare che i medici fiscali non hanno altre responsabilità interne. Essa ritiene inoltre che la qualità o la pertinenza dei controlli sono attualmente soddisfacenti e che questi due criteri sono più importanti del numero effettivo di controlli eseguiti (controlli che a volte incontrano forti resistenze in quanto vengono considerati un'intromissione nella vita privata).

Il Servizio medico ricorre inoltre anche ai servizi di una società di controllo medico (un'impresa esterna che lavora a contratto) la quale, su richiesta, procede in modo quasi immediato all'effettuazione di controlli domiciliari.

34. La Commissione ritiene che la pertinenza dei controlli sia più importante della loro frequenza.

In tale contesto, alla fine del 2001 è stato sviluppato un sistema per migliorare la selezione dei destinatari dei controlli effettuati su iniziativa dell'unità ispettiva. Secondo la Commissione spesso i servizi presso i quali il personale è assegnato sono in grado più di chiunque altro di richiamare l'attenzione sui casi più interessanti. Il recente aumento delle richieste di controllo da parte dei vari servizi è un elemento positivo dal punto di vista della pertinenza dei controlli.

35-36 e 38. La Commissione non ritiene che le norme per la presentazione dei certificati medici siano applicate con troppa flessibilità. Al contrario, le sembra che le norme suddette siano applicate molto rigorosamente, tanto che il numero di reclami presentati ai sensi dell'articolo 90 dello Statuto dei funzionari è in continuo aumento.

Riguardo ai termini per la presentazione dei certificati, la Commissione si impegna a quantificare l'espressione «non appena possibile».

La Commissione teme che un maggiore rigore possa portare a reclami o addirittura a ricorsi presso il Tribunale di primo grado, le cui posizioni in materia tendono ad essere piuttosto distanti dalle sue.

37. Nonostante la mancanza di norme specifiche nello Statuto dei funzionari, il Servizio medico raccomanda in tali casi all'autorità avente il potere di nomina di dichiarare la persona assente ingiustificata. Si applica quindi l'articolo 60, primo comma, dello Statuto dei funzionari: l'assenza irregolare viene imputata sulla durata del congedo annuale oppure il funzionario perde il diritto alla retribuzione per il periodo eccedente, ferma restando la possibilità di ricorrere ad altre misure disciplinari (alcuni casi vengono deferiti all'Ufficio investigativo e disciplinare).

39. La Commissione condivide il parere secondo cui la prassi attualmente seguita per le controversie relative alle assenze per malattia è inadeguata e riconosce la necessità di procedere ad una revisione globale del sistema.

OSSERVAZIONI SULLE PENSIONI D'INVALIDITÀ

41. Anche se la Commissione non ha pubblicato cifre relative al costo a lungo termine del regime delle pensioni d'invalidità, tale costo figura in una voce specifica del bilancio. Le informazioni sono di pubblico dominio e i funzionari possono liberamente accedervi.

In tale contesto, va tenuto presente che i funzionari, attraverso alcuni sindacati, hanno manifestato la loro opposizione alle modifiche proposte dalla Commissione nell'ambito della riforma.

La Commissione dubita che il fatto di conoscere i costi di tale regime e le spese che ne risultano possa ridurre il numero di casi di pensionamento per motivi di salute. Le decisioni relative si basano su valutazioni mediche e vengono prese caso per caso.

42. Sarebbe possibile presentare un quadro generale del costo del regime di invalidità in termini di debiti a lungo termine, visto che la Commissione fornisce una stima annuale delle passività totali del regime pensionistico. Quando verrà effettuato il prossimo studio attuariale del regime si potrà fornire questo quadro generale, valutando l'effetto di ciascuna delle sue componenti, in particolare per quanto riguarda l'invalidità.

È vero che il beneficiario, una volta raggiunta una certa età, dovrebbe ricevere una pensione di anzianità. Di conseguenza una parte delle spese che attualmente figurano alla voce pensioni di invalidità passerebbe alla voce pensioni di anzianità. La questione sarà risolta dalla riforma proposta dalla Commissione, che stabilisce una distinzione tra indennità di invalidità e pensione di anzianità.

43. La Commissione desidera sottolineare che un regime d'invalidità, presente in ogni Stato membro, è assolutamente indispensabile. Quando non c'è un regime del genere la produttività di un invalido risulta sensibilmente inferiore a quella di un funzionario in buona salute. Il modello applicato dalla Corte per calcolare il costo netto dell'invalidità si basa sul presupposto che il funzionario di cui trattasi abbia proseguito la sua carriera fino alla normale età di pensionamento.

45. È vero che il sistema attuale riconosce solamente l'invalidità permanente totale. Da un punto di vista umano, la Commissione riconosce il valore che potrebbe avere l'«invalidità parziale», la quale permetterebbe alla persona di rimanere sul posto di lavoro. Tuttavia con il sistema attuale che prevede una tabella dell'organico con posti «a tempo pieno», i posti risulterebbero occupati da funzionari che lavorano a tempo parziale, il che in linea di massima non sarebbe nell'interesse del servizio, in quanto quest'ultimo non avrebbe a sua disposizione tutto il personale previsto.

La Commissione tuttavia, nel quadro della riforma dello Statuto dei funzionari, ha proposto una disposizione specifica che permetterebbe ad un funzionario di più di 55 anni di prepararsi alla pensione lavorando a tempo parziale.

47. La Commissione trova pertinente l'osservazione che l'invalidità non è attualmente considerata come totale incapacità dal punto di vista medico di esercitare le funzioni che si richiedono ad un funzionario.

Sarebbe indubbiamente opportuno trovare una soluzione prima che la questione venga deferita alla commissione d'invalidità. Si è già intervenuto in tal senso: sono state ridefinite le funzioni del mediatore interno, è stata creata un'unità specializzata all'interno della DG ADMIN con compiti, *inter alia*, di orientamento della carriera (Servizio centrale di orientamento professionale — SCOP); in molti casi si cerca di trovare un posto più adatto per il funzionario in questione. Lo SCOP avrà naturalmente un ruolo da svolgere all'interno della struttura menzionata nelle risposte alle osservazioni che figurano nella Sintesi (terzo capoverso).

48. La Commissione sta cercando di introdurre un semplice sistema di analisi statistica.

52. La Commissione ritiene che le misure in corso di elaborazione contro le molestie sul posto di lavoro, gli esperimenti pilota in materia di consulenza familiare, ma anche le riforme riguardanti le condizioni di lavoro, che dovrebbero essere presto adottate dal Consiglio e che includono fra l'altro un nuovo sistema di evoluzione delle carriere e nuove disposizioni concernenti i rapporti di valutazione dei funzionari, potranno concorrere a motivare maggiormente il personale e quindi, come rileva la Corte, a ridurre i fattori che contribuiscono all'invalidità.

53. La Commissione concorda pienamente con questa analisi. Essa ritiene poi che oltre alle misure di cui al punto 21 debbano essere messi a punto anche degli strumenti amministrativi (per esempio, l'autorizzazione, da parte dell'autorità di bilancio, di posti «transitori», che faciliterebbe la reintegrazione del funzionario nel suo posto di lavoro).

Si sta creando un servizio di «monitoraggio medico» (cfr. risposte alle osservazioni che figurano nella sintesi).

55. Le norme attualmente in vigore, in particolare l'articolo 78, primo comma, dello Statuto dei funzionari, che stabilisce che un funzionario ha diritto ad una pensione d'invalidità «allorché sia colpito da invalidità permanente riconosciuta come totale che lo ponga nell'impossibilità di esercitare funzioni corrispondenti a un impiego della sua carriera», limitano le alternative possibili. Senza contestare la validità del campione, la Commissione ritiene che sia difficile accettare conclusioni raggiunte sulla base di impressioni espresse da persone che, a posteriori, argomentano che la loro invalidità poteva essere evitata se fossero state offerte loro soluzioni alternative. Di conseguenza, la Commissione non crede che si possano ottenere economie dell'ordine stimato dalla Corte. La Commissione ritiene comunque che, con le misure che verranno adottate nell'ambito della riforma, sarà possibile realizzare in futuro dei risparmi rispetto alla situazione attuale.

56. La Commissione concorda con questa interpretazione, ma esprime i suoi dubbi circa l'attuazione a breve termine delle alternative proposte, che richiederebbero la modifica dello Statuto dei funzionari.

57. La Commissione ritiene che da quando è stato effettuato l'audit della Corte dei conti siano stati compiuti notevoli progressi per quanto riguarda i periodi in questione.

Allo stato attuale, la situazione medica dei funzionari che hanno problemi di salute viene sistematicamente esaminata non appena il periodo totale di assenza nei 36 mesi precedenti supera i 350 giorni.

65. Questi ritardi sono stati ultimamente ridotti di circa il 50 %.

70. La Commissione sottolinea che la sua proposta di modificare il regime d'invalidità ha essenzialmente lo scopo di instaurare un sistema più coerente e di correggere alcune anomalie, come ad esempio il fatto che alcune pensioni d'invalidità sono superiori alle pensioni di anzianità.

73. Il Servizio medico ha partecipato alla fase preparatoria della riforma. Inoltre le osservazioni fatte riguardano la condotta o le strutture amministrative e non la riforma dello Statuto dei funzionari. La Commissione sta cercando di agire di conseguenza (cfr. le risposte alle osservazioni contenute nella sintesi).

CONCLUSIONI

76. La Commissione accetta le osservazioni fatte dalla Corte, ma considera importante che il concetto d'invalidità rimanga soprattutto un concetto medico. Come è stato già proposto altrove, il coinvolgimento di altre istanze deve essere preso in considerazione prima che venga avviata la procedura.

77. Per quanto riguarda i ritardi, la situazione è migliorata e continua a migliorare (cfr. la risposta alle osservazioni del punto 65).

RACCOMANDAZIONI

80. Come detto sopra (punto 21), la Commissione, nell'ambito di una strategia generale, intende intensificare gli sforzi per

informare e sensibilizzare le Direzioni generali. Essa sta inoltre introducendo un servizio di consulenza e di sostegno. Una volta che il gruppo multidisciplinare responsabile del monitoraggio dei singoli casi (come menzionato nelle risposte alle osservazioni che figurano nella sintesi) sarà stato operativo per un periodo di tempo sufficiente, la Commissione deciderà in merito all'opportunità di presentare un piano d'azione più ampio e più ambizioso, tenendo presente che delle misure su larga scala richiedono risorse che attualmente non sono disponibili.

81. Il programma di formazione per i capi unità prevede già un corso sulla gestione del personale (e contempla quindi anche la gestione delle assenze).

Un sistema di monitoraggio delle cause d'invalidità sarà introdotto in tempi brevi.

82. Cfr. le risposte alle osservazioni del punto 73. La Commissione non è convinta che modificando la composizione della commissione d'invalidità si otterrebbero risultati significativi.

RISPOSTA DELLA CORTE DI GIUSTIZIA

La Corte di giustizia constata che la relazione non contiene critiche rivolte specificamente al modo in cui la sua amministrazione gestisce il regime d'invalidità o le materie amministrative e mediche ad esse afferenti.

Essa rileva tuttavia, con riferimento alle osservazioni riguardanti i controlli delle assenze per malattia, che la sua amministrazione presta un'attenzione particolare alla situazione amministrativa e sanitaria dei dipendenti e degli agenti in congedo di malattia per un lungo periodo. Queste assenze possono dissimulare, infatti, problemi professionali o umani, ovvero condurre in alcuni casi ad una futura invalidità.

In quest'ottica, un gruppo informale (il medico di fiducia dell'istituzione, l'infermiera, l'assistente sociale, il direttore del personale e delle finanze, il capo della divisione del personale e l'amministratore principale responsabile degli affari sociali e sanitari) si riunisce, in linea di massima una volta alla settimana, per discutere riguardo a tali assenze e, in particolare, alla necessità o meno di far effettuare per ciascun caso un controllo medico.

Si deve infine osservare che l'amministrazione della Corte è arrivata alle ultime fasi di una procedura d'assunzione di un medico esterno per effettuare tali controlli medici.

RISPOSTA DELLA CORTE DEI CONTI

Le osservazioni contenute nella relazione hanno suscitato grande interesse nella Corte dei conti, la quale ha, in particolare, già adottato talune misure per migliorare il controllo delle assenze. A

causa della propria dimensione e dei limitati mezzi a disposizione, la Corte collabora con i servizi competenti della Commissione ogniqualvolta ciò sia possibile.

RISPOSTA DEL COMITATO ECONOMICO E SOCIALE

Vi è convergenza di vedute tra il Comitato economico e sociale e la Corte dei conti su diversi aspetti trattati nelle osservazioni preliminari, ed in particolare sui seguenti punti:

- controlli sulle circostanze che hanno portato all'invalidità, ed eventuale riesame,
- semplificazione e snellimento del dispositivo proposto dalla riforma nel caso in cui venga contestato un controllo d'assenza per malattia.

Su tali punti, all'inizio del 2002, il Comitato economico e sociale ha presentato al comitato interistituzionale per lo statuto proposte di emendamento, che sono state successivamente inviate ai

relatori delle diverse commissioni del Parlamento europeo chiamate a pronunciarsi sulla riforma.

Nello stesso ordine d'idee, il CES sarebbe totalmente a favore dell'introduzione di misure complementari come quelle proposte nelle osservazioni della Corte dei conti, ed in particolare:

- una politica generale di rafforzamento dei controlli sulle assenze per malattia (che, nel caso della nostra istituzione, sono stati fortemente aumentati nel corso dell'ultimo biennio),
- misure chiare ed automatiche in caso di rifiuto di un controllo di assenza per malattia,
- un'analisi, preferibilmente a livello interistituzionale e con maggiori controlli, delle principali cause d'invalidità.

RISPOSTA DEL COMITATO DELLE REGIONI

Il Comitato delle regioni condivide l'opinione espressa in materia dalla Corte dei conti e non ha osservazioni supplementari da formulare.
