

SENATO DELLA REPUBBLICA

IX LEGISLATURA

12^a COMMISSIONE PERMANENTE

(Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLO STATO
DI ATTUAZIONE DELLA RIFORMA SANITARIA

15° Resoconto stenografico

SEDUTA DI MERCOLEDÌ 15 FEBBRAIO 1984

(Pomeridiana)

Presidenza del Presidente BOMPIANI

INDICE**Audizione del dottor Ruggero Ravenna, presidente dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS)
e del dottor Luciano Fassari, direttore generale**

PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 8 e <i>passim</i>	FASSARI	Pag. 3, 14, 16
BELLAIORE (PCI)	7	RAVENNA	3, 4, 7 e <i>passim</i>
CONDORELLI (DC)	6		
MELOTTO (DC)	7, 13, 16		
ROSSANDA (PCI)	6, 11, 12		
TROTTA (PSI)	7, 8, 13		

Audizione del professor Giovanni De Cesare, esperto del settore sanitario

PRESIDENTE	Pag. 17, 19, 22 e <i>passim</i>	DE CESARE	Pag. 17, 18, 20 e <i>passim</i>
BELLAIORE (PCI)	22		
BOTTI (PCI)	22		
MELOTTO (DC)	19, 20, 21 e <i>passim</i>		
ROSSANDA (PCI)	18, 21, 22 e <i>passim</i>		

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, per l'Istituto nazionale della previdenza sociale, il presidente dottor Ruggero Ravenna, il direttore generale dottor Luciano Fassari, nonché il professor Giovanni De Cesare, in qualità di esperto del settore sanitario.

I lavori hanno inizio alle ore 17,10.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della indagine conoscitiva sullo stato di attuazione della riforma sanitaria. Sono oggi in programma le audizioni del dottor Ruggero Ravenna, presidente dell'Istituto nazionale della previdenza sociale e del dottor Luciano Fassari, direttore generale dello stesso Istituto, e quella del professor Giovanni De Cesare, in qualità di esperto del settore sanitario.

Se non si fanno osservazioni, verranno ascoltati innanzitutto i rappresentanti dell'INPS.

Vengono quindi introdotti il dottor Ruggero Ravenna e il dottor Luciano Fassari.

Audizione del dottor Ruggero Ravenna, presidente dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) e del dottor Luciano Fassari, direttore generale.

PRESIDENTE. Rivolgo ai nostri ospiti un vivo ringraziamento per essere intervenuti alla nostra seduta, e dò subito loro la parola. In seguito ai loro interventi, i senatori potranno porre ai rappresentanti dell'INPS le domande che riterranno più opportune, sempre che siano concernenti il tema dell'indagine.

RAVENNA. Desidero innanzitutto ringraziare i componenti la Commissione sanità in quanto ci hanno dato l'occasione per illustrare nelle aule parlamentari i problemi esistenti, avendo presente che, sebbene la nostra attività non riguardi in modo preminente il settore sanitario, dobbiamo assolvere compiti che ci derivano dall'applicazione degli articoli 74, 75, 76 della legge n. 833 e

dalle normative concernenti i rapporti istituzionali con le Regioni.

Una parte di tali compiti è già stata realizzata; parte è allo studio della direzione generale per la realizzazione. Vorrei pregare il direttore generale di illustrare più dettagliatamente i vari problemi.

FASSARI. Come ha precisato il presidente dell'INPS, dottor Ravenna, gli adempimenti che sono stati trasferiti dagli enti mutualistici all'INPS, attengono a due grandi filoni: l'uno riguarda l'accertamento della riscossione dei contributi ai fini del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, per la parte derivante dalla contribuzione dei datori di lavoro e dei lavoratori; l'altro riguarda l'erogazione delle prestazioni economiche: indennità malattia e indennità di maternità. Entrambi gli aspetti sono in parte disciplinati, purtroppo, dalla vecchia normativa del disciolto INAM e ora dalla legge n. 833 del 23 dicembre 1978, e successive modificazioni e integrazioni.

All'INPS sono stati attribuiti gli adempimenti riguardanti la riscossione dei contributi, non soltanto dal 1980 in poi, ma anche per i residui degli anni precedenti perchè ci si trovava nell'impossibilità di provvedervi a causa dello scioglimento di alcuni enti. Per quanto riguarda la gestione delle prestazioni economiche è stata avvertita l'esigenza da parte del legislatore di ridefinire le competenze che prima istituzionalmente aveva l'ente assicuratore di malattia. Questo aveva il compito di accertare e riscuotere i contributi, accertare il diritto alla prestazione economica, effettuare la liquidazione delle indennità, provvedere al pagamento, occuparsi dei controlli. Con la legge n. 833, all'articolo 14, la materia dei controlli è stata trasferita alle USL. Il trasferimento è avvenuto senza però che venissero disciplinate puntualmente le modalità dei controlli stessi. Attualmente la certificazione sanitaria affluisce indifferentemente alle singole USL competenti per territorio o, alle singole sedi dell'INPS, al fine di consentire il pagamento delle prestazioni economiche in forma diretta, e il risconto di quelle erogate in forma indiretta, con il sistema del conguaglio, come già avven-

niva per gli assegni familiari. Il certificato medico ha soltanto validità come fonte di riferimento per l'attribuzione del diritto alla prestazione economica.

Di fatto, salvo casi di scarsa consistenza numerica, l'attività di controllo non ha avuto quella rilevanza che avrebbe dovuto avere dopo il passaggio delle competenze di natura sanitaria e non sanitaria degli enti mutualistici disciolti.

Per quanto riguarda i controlli di natura sanitaria, fino all'emanazione della legge n. 638 del novembre scorso, tale potere era riservato alle unità sanitarie locali, come enti istituzionalmente competenti. Sono previste convenzioni tra l'Istituto della previdenza sociale e le USL, sotto l'egida del Ministero della sanità, con potere sostitutivo del Governo laddove non intervengano accordi diretti entro un certo termine.

La legge n. 638 del 1983 ha previsto anche una potestà di convenzione tra l'INPS e l'INAIL, in un'altra materia (accertamenti medico-legali) che attiene, sia pure in forma più indiretta, la gestione dell'attività primaria dell'Istituto della previdenza sociale per il prepensionamento.

Per quanto riguarda i rapporti con le USL il nostro Istituto sta operando congiuntamente con gli uffici governativi per la messa a punto del decreto interministeriale cui è demandata la fissazione delle modalità di collaborazione tra i vari organismi. La collaborazione, non solo a livello dell'ufficio governativo, ma anche con le Regioni e con le USL, è in questa fase dei lavori estremamente puntuale; entro i primi giorni di marzo si dovrebbe giungere all'emanazione del decreto, in base al quale partiranno i controlli.

Vi sono, però, problemi derivanti dalla carenza sia del personale sanitario avente particolare qualificazione tecnica, sia di quello preposto alla effettuazione dei controlli stessi. È necessario definire una nuova linea da gestire a livello delle singole sedi dell'INPS competenti per territorio. Anche per queste funzioni occorre l'iniziativa dell'autorità di Governo, il Ministero del lavoro e quello della sanità; esiste anche in proposito un pronunciamento delle organizzazioni sindacali. Proprio in questi giorni — infatti

— la Federazione unitaria ha scritto all'INPS tracciando alcune linee nell'ambito delle quali si dovrebbe decidere l'impostazione della nuova linea da seguire sia dal punto di vista istituzionale che operativo per i controlli di natura sanitaria. Il nostro consiglio d'amministrazione dovrà definire quanto prima questa nuova linea organizzativa. Dovremmo attuarla in via sperimentale a Reggio Emilia e a Latina, prevedendo la «lettura ottica» del certificato medico. Dobbiamo amministrare 20 milioni di documenti sanitari, e non è certamente agevole acquisire dati per un sistema automatizzato, se non prevediamo un modulario (certificato medico) tale da facilitarci in tal senso. Il sistema tradizionale con il modulo cartaceo è improponibile, dovendosi leggere milioni di certificati all'anno; il sistema classico dell'acquisizione dei dati presenta dei rischi quali la difficoltà di lettura della scrittura del medico, la difficoltà di lettura della diagnosi, della prognosi, delle indicazioni terapeutiche. Occorre invece un sistema tale che questa ingente massa di notizie si possa trasformare in elemento di cognizione particolarmente qualificata, attraverso l'acquisizione dei dati con meccanismi uniformi e di facile lettura.

Vorremmo sperimentare un modulo che consenta la lettura ottica dei certificati e per questo aspetto cerchiamo di avere il consenso delle autorità regionali, delle USL e — fattore importante — delle organizzazioni dei medici, che finora hanno mostrato contrarietà a consentire ad un modulo di questo tipo.

Nel corso dell'ultimo anno vi è stato un aumento nel pagamento delle indennità, aumento a carattere fisiologico, che ha destato tuttavia, per il volume della spesa dell'ordine 3.500-3.600 miliardi, alcune preoccupazioni per questo tipo di prestazioni.

RAVENNA. Vorrei aggiungere a quello che è stato detto dal dottor Fassari due osservazioni di ordine più generale.

La prima riguarda — anche se probabilmente non è competenza diretta di questa Commissione, ma della Commissione lavoro — il problema dell'unificazione delle aliquote contributive, la cui attuale estrema diffe-

renziamento determina un gravame notevole ed enormi difficoltà di controllo. È un problema, quindi, che attiene anche alle possibilità di controlli più certi sugli stessi contributi che devono essere riscossi e ai problemi di finanziamento che nascono da questa fonte.

La seconda osservazione — mi riallaccio a quello che ha già detto poc'anzi il direttore generale — riguarda la mole di attività che ricade sull'Istituto per quanto concerne il sistema dei controlli. Non capisco che cosa c'entri l'INPS in tutto questo e perchè esso debba mettersi sulle spalle un sistema di controlli di questo genere che nell'idea originaria probabilmente erano legati alla funzione unitaria dell'intervento sanitario dell'unità sanitaria locale, in quanto da tali controlli dovevano nascere indicazioni estremamente importanti anche sul piano della salute. Comunque così ha voluto la legge, e dobbiamo rispettarla. È certo però che questo comporta per l'Istituto un'organizzazione del tutto nuova, che è stata quella a suo tempo smantellata dopo lo scioglimento dell'INAM. In proposito a me pare che si è trattato di una cosa veramente un po' schizofrenica: c'era una struttura, che fra l'altro funzionava discretamente all'INAM, per quanto riguarda i controlli e le verifiche e che è stata distrutta, e adesso dobbiamo ricrearla, oltre tutto con il problema di come far fronte a questa funzione in termini di personale e di tecnologie.

Voi sapete che abbiamo il blocco delle assunzioni in conseguenza della legge finanziaria per il 1983 e di quella per il 1984 e ciò è prevedibile che avverrà anche per il 1985. Questo significa, in cifre, circa 1.000 persone in meno all'anno, cosicché in tre anni avremo circa 3.000 persone in meno. Noi abbiamo bloccato l'organico; quello che non ci si può chiedere è di fare cose nuove, aggiuntive. Pensate alla legge finanziaria e al decreto sulla spesa previdenziale che ci ha scaricato nuovi compiti sulle spalle addirittura riducendo il personale che avevamo in precedenza. Noi non chiediamo di aumentarlo, ma almeno di mantenere il *turn over*. Ci viene spesso chiesto: ma quando cominciate, quando andate avanti? Ebbene, dietro il ritardo c'è anche questo problema, che non è indifferente sul piano operativo.

Per quanto riguarda le prestazioni termali, che una volta dipendevano dall'INPS e che adesso sono passate alle Regioni, devo rilevare che la situazione, per certi versi altamente drammatica, è ancora aperta e deve trovare una via d'uscita. Alcune Regioni sono molto in ritardo nell'assumere la responsabilità di questa gestione, e qui si crea una situazione molto complessa anche dal punto di vista formale perchè stiamo continuando a sviluppare mezzi in alcuni casi discutibili sul piano della legittimità, tant'è vero che abbiamo ricevuto osservazioni da parte del collegio sindacale, nell'ambito stesso del consiglio d'amministrazione.

Per quanto riguarda le competenze medico-legali, facciamo riferimento al parere espresso dal CNEL circa il rapporto fra INPS e USL, un parere molto equilibrato, ci è sembrato, che tiene conto delle esigenze di primo intervento delle USL, ma anche della salvaguardia delle prerogative dell'ente che è chiamato ad erogare le prestazioni e che quindi ha il diritto di tutelarsi nel modo che ritiene più giusto per quanto riguarda la determinazione del diritto finale. Chi paga, a mio parere, dovrebbe avere la facoltà di stabilire il diritto finale, se no c'è uno che stabilisce le spese e un altro che paga, che poi grosso modo è quello che si determina nel rapporto tra USL-struttura sanitaria e INPS-contributi di malattia. Questa divaricazione tra fonte decisionale di spesa ed erogazione della spesa stessa comporta spesso non dico responsabilità, ma comunque uno scarso impegno nel controllo della spesa.

Un'ultima questione attiene all'applicazione dell'articolo 75 della legge di riforma, riguardante i medici addetti all'attività legale. In questo campo abbiamo dei problemi molto grossi; si verifica una fuoriuscita notevole di medici: appena raggiungono il diritto alla pensione c'è la fuga, perchè l'attività esterna rende certamente di più di quanto non renda l'attività interna dell'Istituto. Questo problema, poi, si aggrava con le nuove assunzioni. Un medico nuovo assunto all'INPS guadagna infatti solo 700-800.000 lire al mese; immaginate quanta possa essere la voglia, l'entusiasmo di un medico in queste condizioni. E badate che nel concorso per 100 posti che è stato bandito recentemente

abbiamo avuto una grande partecipazione: le domande sono state 5.000, i medici che hanno partecipato al concorso sono stati 3.600, con problemi anche di tempi di espletamento, per cui quando andremo ad assumere questi medici saranno già vecchi per quanto riguarda la loro possibilità di inserimento. C'è una norma, il citato articolo 75, che prevede l'equiparazione dei medici degli enti previdenziali che svolgono attività medicolegali a quelli degli altri settori. Non siamo riusciti, nel contratto di lavoro, a raggiungere questo obiettivo. C'è un impegno del Ministero del lavoro e della previdenza sociale, di quello della sanità e di quello della funzione pubblica a muoversi in tale direzione, ma ciò nonostante incontriamo molte difficoltà a raggiungere questo obiettivo. Tutto ciò oggettivamente ostacola notevolmente il mantenimento della struttura attuale e il rafforzamento della stessa, proprio nel momento in cui dobbiamo procedere alla revisione delle pensioni di invalidità — che è una delle indicazioni che ci sono state date in termini politici, oltre che una funzione propria dell'Istituto — e cambiare, ora, il sistema di valutazioni con un giudizio sanitario di grande importanza sulla base della nuova normativa che è stata approvata per quanto riguarda l'invalidità. Siamo cioè di fronte ad una situazione in cui la presenza di un corpo medico qualificato e operante in condizioni di tranquillità è uno degli strumenti fondamentali per muoverci in questo senso.

Ho voluto porre il problema, anche se non strettamente attinente alle competenze della Commissione sanità, perchè credo che anche questa Commissione debba avere coscienza di quello che è uno dei punti di crisi nei rapporti fra classe medica e Istituto.

PRESIDENTE. Sarà certamente molto utile alla Commissione acquisire anche una memoria scritta, nella quale non solo questi aspetti potranno essere ricordati — del resto risulteranno già dal resoconto stenografico — ma nella quale potranno essere sviluppati, in maniera sistematica direi, i problemi riguardanti il rapporto tra INPS e Servizio sanitario nazionale, in modo che si possa avere un quadro completo delle questioni che stanno davanti alla Commissione, con

riferimento ad una eventuale revisione delle norme contenute nella legge n. 833. Il nostro lavoro è finalizzato anche a questo, e quindi si desiderano maggiori informazioni, rispetto a quelle oggi fornite, affinché si possa tener conto del ruolo che dovrà svolgere l'INPS in tale contesto.

Ringrazio gli ospiti per le loro puntuali relazioni ed invito i senatori a rivolgere le domande che ritengono opportune.

CONDORELLI. Vorrei fare qualche domanda sul problema delle pensioni di invalidità. Innanzitutto vorrei conoscere qualche dato quantitativo, se esiste, sul problema del divario Nord-Sud di cui si parla a proposito dell'invalidità. Si sente dire, infatti, che nel Sud gli invalidi sarebbero molto più numerosi rispetto al Nord.

Vorrei poi avere qualche notizia sulle modalità di accertamento dell'invalidità ed anche sul problema delle revisioni. Voi siete in crisi perchè avete pochi medici, ma mi chiedo se non possiate avvalervi anche del contributo di enti esterni, istituti di medicina legale, medici ospedalieri addetti a questo servizio. Potrebbe essere un modo per utilizzare meglio le risorse disponibili senza spendere molto.

ROSSANDA. Vorrei chiedere ai nostri ospiti se possono fornirci qualche informazione, oltre a quelle che sono state pubblicate nei documenti finanziari del Governo, sull'aspetto della dimensione contributiva. Innanzitutto vorrei sapere se ritenete che l'attuale meccanismo di riscossione dei contributi — so che è una cosa un po' complicata — sia il metodo più snello al fine di far arrivare nelle tasche dello Stato il denaro dovuto.

In secondo luogo, mi domando se potete darci un'idea non dico della dimensione della fiscalizzazione, che già abbiamo, ma del volume di contributi fiscalizzati suddivisi per settori, industriale, commerciale e così via.

In terzo luogo, sarebbe estremamente utile una valutazione sulla dimensione dell'area di erosione e di evasione contributiva che è un aspetto di cui si è parlato in diverse occasioni ma sul quale le cifre danzano.

Vorrei ancora sapere se siete in grado di

12ª COMMISSIONE

15° RESOCONTO STEN. (15 febbraio 1984)

fornirci qualche suggerimento affinché si possa intervenire in termini legislativi per limitare la evasione, oppure se si tratta esclusivamente di una questione di organizzazione, che spetta all'Esecutivo completare e aggiornare.

Faccio questa domanda perchè ricordo quanto ci fu riferito due o tre anni fa da un gruppo di funzionari dell'INPS durante una audizione. In quell'occasione — purtroppo non ho qui i verbali con i nomi degli intervenuti — ci si disse che vi era un sistema abbastanza anchilosato che avrebbe potuto essere lubrificato in modo da ottenere un miglior rendimento della operazione complessiva di raccolta dei contributi.

Infine, vorrei chiedervi che cosa pensereste della ipotesi di accelerare il processo di fiscalizzazione totale.

MELOTTO. Completando l'intervento della senatrice Rossanda, vorrei sapere se il nuovo sistema di contribuzione abbia inciso decisamente, essendo stato unificato, sull'evasione, e se, rispetto all'autocertificazione, che è rimasta senza controllo, e rispetto ai parametri precedenti, vi sia stato un incremento consistente e soprattutto se è possibile interpretare questo incremento per categorie, per fasce e per territori.

Abbiamo sentito le difficoltà che si incontrano nel reperimento del medico, con tutte le incombenze che le leggi vi hanno imposto. Credo, comunque, che vi sarà un allungamento dei tempi perchè c'è da espletare la revisione delle pensioni di invalidità già concesse, mentre al tempo stesso vengono avanzate nuove domande. Alla luce di questi fatti, che cosa pensate si possa fare per accelerare i tempi?

Da ultimo vi è il problema riguardante la più recente normativa relativa all'assenteismo. Vorrei avere notizie sulla recente pronuncia giudiziaria per sapere se è categorica, se prevede una possibilità di ricorso, magari al comitato provinciale o regionale, oppure se è solamente quella dichiarazione che fa cessare il diritto. Come ultimo codicillo, vorrei sapere a che punto si è arrivati circa il problema della sentenza del Tribunale amministrativo regionale sui comitati regionali

INPS che ha bloccato così notevolmente tutte le possibilità di ricorso in seconda istanza in via amministrativa, come avveniva, all'interno della struttura stessa.

BELLAFIORE. Lei, presidente Ravenna, in occasione della inaugurazione della sede INPS di Marsala, ebbe a sollevare delle critiche piuttosto severe nei confronti del Parlamento per il modo in cui esso legifera.

RAVENNA. Non mi permetterei mai di criticare il Parlamento in questo senso.

BELLAFIORE. Lei diceva che le modifiche legislative apportate con molta frequenza costringono l'Istituto a frequenti modifiche organizzative con tutto quello che ciò comporta. Pertanto, suggeriva di fare riflessioni serie sulle modifiche da proporre, perchè anche una modifica che può sembrare di lieve entità può essere sconvolgente ai fini dell'operatività dell'Istituto. Non so se l'argomento è già stato affrontato, ma credo che questa sia la sede in cui lei possa indicare quali sono le conseguenze di fatto, perchè a volte si possono commettere errori legiferando con una certa leggerezza. Non intendo dire naturalmente che sono rimasto impressionato per questi continui aggiustamenti che sconvolgono i vostri meccanismi di funzionamento con tutti i ritardi conseguenti, ma gradirei dei suggerimenti da parte sua per poter essere più accorti nel portare avanti le riforme che in certi casi sono opportune. Occorre infatti tener presente le loro conseguenze, il coordinamento con le norme preesistenti, affinché non ci sia il rischio di creare scompensi funzionali.

TROTTA. Vorrei fare alcune osservazioni partendo dal comportamento del legislatore in questi ultimi anni per quanto riguarda la valutazione medico-legale in genere.

Ho l'impressione che in un primo tempo — mi riferisco in particolare a quanto disposto dalla legge n. 833 — il legislatore intendesse affidare alle unità sanitarie locali il controllo medico-legale, in particolare la valutazione dell'invalidità pensionabile: questo si legge, sia pure con non molta chiarezza, nell'artico-

lo 75 della legge. Facendo un'analisi ed anche un'autocritica di quella che è stata la maniera di gestire l'invalidità pensionabile, dobbiamo ricordare i nefasti effetti della legge che affidava di fatto ai comitati provinciali dell'INPS la valutazione medico-legale, aggiungendo la valutazione socio-economica, elemento che da accessorio è diventato predominante nella valutazione dell'invalidità.

Credo che il legislatore in questi anni stia facendo marcia indietro: ha capito che la valutazione medico-legale per quanto riguarda l'invalidità pensionabile non può che essere affidata all'Istituto per i motivi che ha indicato il presidente Ravenna, contenuti anche nel parere del CNEL. L'Istituto è l'ente erogatore del contributo e sarebbe pazzesco che non partecipasse alla valutazione dei requisiti per l'erogazione stessa. Questo segnale di marcia indietro credo che venga dagli ultimi comportamenti del legislatore, che sta affidando all'Istituto compiti che prima non erano dell'INPS. Mi sbaglio?

RAVENNA. No.

TROTTA. Per quanto riguarda il controllo dell'assenteismo, l'INPS non ha mai fatto questo lavoro, non rientrava nei suoi compiti istituzionali; penso però che l'avergli affidato questo compito si debba interpretare come un riconoscimento della capacità, della serietà con cui l'Istituto ha affrontato il problema, soprattutto della capacità che ha avuto di dare una risposta concreta a tutti gli impegni sanitari che gli sono stati affidati. Non intendo fare la storia dell'Istituto ma vorrei ricordare il grande impegno prestato nella lotta contro la tubercolosi, relativamente alla quale l'Istituto ha avuto rilevanti meriti nella vittoria conseguita con la streptomina e altri antibiotici.

Il presidente Ravenna ha anche ricordato che per quanto riguarda le cure termali gli istituti dell'INPS erano quelli che funzionavano bene e ospitavano anche coloro i quali erano soggetti minacciati da invalidità: si entrava, cioè, nel campo della prevenzione che poi è stata riaffermata nella legge n. 833.

C'è stato un ripensamento da parte del legislatore che penso si sia concretizzato an-

che con la revisione dell'invalidità pensionabile e con il disegno di legge approvato la settimana scorsa in cui viene restituita ai sanitari la valutazione medico-legale di invalidità privandola degli attributi socio-economici, cioè restituendo il pensionamento a coloro che sono affetti da una incapacità lavorativa e non più pure di guadagno come per anni la legge ha voluto.

Tutte queste premesse mi portano ad una conclusione. Penso che l'ultimo comma dell'articolo 75 della legge n. 833 debba avere presto un'effettiva attuazione: il corpo dei medici dell'INPS deve avere una sua collocazione, sia pure normativa, all'interno del grande contesto dei medici dipendenti dal Servizio sanitario nazionale. Si deve avere un corpo di medici professionalmente preparati, ed è nella tradizione dell'INPS avere questi medici; non abbiamo bisogno di giovani laureati da due o tre anni, che non sono sempre in grado di valutare l'invalidità o di fare controlli; abbiamo bisogno di medici con una lunga esperienza, con una specializzazione medico-legale, di medici del lavoro che abbiano attrezzature professionali adeguate. Chiedo dunque al presidente dell'INPS se, dando attuazione sollecitata all'ultimo comma dell'articolo 75, possa essere in parte risolto l'impegno oneroso di affrontare i problemi che riguardano non solo il controllo ma anche la valutazione dell'invalidità pensionabile.

PRESIDENTE. Vorrei fare alcune domande.

Dopo l'approvazione della legge n. 833, quale strutturazione ha assunto l'Istituto? Vorrei sapere se c'è stata una «regionalizzazione funzionale», e cioè un'ulteriore valorizzazione dei caratteri periferici piuttosto che centrali, dell'organizzazione, e qual è la consistenza Regione per Regione, Provincia per Provincia, del personale; inoltre, vorrei sapere quali sono le eventuali carenze lamentate. Sarebbe opportuno acquisire una tabella relativa ai tempi dell'assunzione del personale, alle carenze riscontrate, alle provenienze e così via.

Il dottor Fassari ha parlato della «vecchia normativa» ex INAM: vorrei sapere se tale

normativa riguarda solo il problema dei prelievi di contributi o tutte le funzioni dell'Istituto. Non ho capito bene e vorrei sapere se c'è da proporre qualche modifica.

Circa le modalità di funzionamento del «fondo sanitario», mi vorrei riferire a quanto è stato già detto dalla senatrice Rossanda e dal senatore Melotto. Stiamo discutendo, e sono state espresse opinioni divergenti al riguardo, su due modelli: quello della contribuzione personale diversificata e quello della fiscalizzazione integrale per l'acquisizione delle risorse destinate al Servizio sanitario nazionale. Soprattutto nelle prime audizioni è stato da alcuni esperti sottolineato il carattere in un certo senso necessario dell'INPS come diaframma, come catena di acquisizione di risorse. Vorrei conoscere in maniera spassionata il vostro punto di vista sul ruolo di un ente che deve fare da intermediario e finanziatore dello Stato in attesa che lo Stato recuperi la somma che sarebbe dovuta dai contribuenti.

Sembra che nel corso di questa procedura vi siano ritardi, e che di conseguenza vi sia una perdita di risorse reali di circa il 10 per cento. È chiaro — infatti — che vi è una minore «immediatezza» del flusso di danaro in entrata nelle casse dello Stato. Se è così si tratta di un problema che va sicuramente affrontato, soprattutto per valorizzare al massimo le disponibilità finanziarie e, quindi, per risparmiare evitando frammentazioni di interventi e dispersioni nella fase di acquisizione delle risorse.

La quarta domanda che vorrei rivolgere si riferisce ai controlli per la verifica dell'assenteismo.

Un'ulteriore domanda attiene poi all'invalidità pensionabile.

In particolare, vorrei dei chiarimenti sulla frequenza con la quale siete chiamati ad intervenire per la verifica dell'assenteismo e sull'*iter* dei procedimenti di accertamento di invalidità. Vorrei sapere se questi procedimenti si svolgono in tempi ragionevoli e, qualora siate chiamati per problemi di assenteismo, con quale immediatezza siete in grado di rispondere.

RAVENNA. Anzitutto desidero precisare che trasmetteremo in seguito una documen-

tazione che non abbiamo portato oggi proprio per renderla più completa con l'integrazione di precise risposte a vostre eventuali domande.

Il rapporto esistente tra pensioni di invalidità e pensioni di vecchiaia deriva dalle diverse realtà esistenti nel paese. Non bisogna dimenticare infatti che nell'Italia del Nord vi sono le fabbriche e vi è quindi un maggior numero di persone che riesce a maturare la pensione di vecchiaia, una pensione, cioè, conseguita sulla base dei contributi effettivamente versati. Nel Sud, invece, non essendovi fabbriche, il rapporto tra i due tipi di pensione è nettamente opposto.

Forse sarebbe più opportuno analizzare il rapporto fra popolazione attiva e pensioni di invalidità perchè fornirebbe un quadro più reale della situazione esistente nell'Italia del Sud. Non bisogna però dimenticare che fenomeni di espansione abnorme delle pensioni di invalidità non si verificano soltanto nel Sud, ma anche nel Nord Italia. Voglio citare soltanto l'esempio di Pisa e Lucca, due province molto simili tra loro per popolazione e tradizioni: ebbene il numero delle pensioni di invalidità erogate nella provincia di Lucca è circa il doppio di quello erogato nella provincia di Pisa.

Probabilmente su tale fenomeno hanno inciso elementi di soggettività di giudizio che possono trovare spazio nell'ambito della normativa attuale, anche se nego fermamente che vi siano state illegittime concessioni di pensione. Se qualcuno è a conoscenza dell'esistenza di una pensione non dovuta lo deve denunciare alla Magistratura, che procederà agli accertamenti del caso.

Purtroppo ci troviamo di fronte ad una legge che ha introdotto un concetto estremamente labile e soggettivo come quello della condizione socio-economica, la cui interpretazione è affidata alla discrezionalità amministrativa e giurisprudenziale. Ovviamente di questa situazione di soggettività si sono avuti maggiori riflessi nelle zone depresse che non in altre. Nel dare giudizi su questo punto, però, bisogna essere molto attenti. Infatti è accaduto anche che quando l'Istituto ha seguito criteri di rigore nella concessione di pensioni di invalidità si è trovato di fronte all'80 per cento di giudizi negativi

della Magistratura. Su questa situazione ha sicuramente influito anche un particolare atteggiamento: siccome si avevano mezzi sufficienti a disposizione si è distribuito tutto a tutti; oggi paghiamo duramente il prezzo di questa politica.

Bisogna riconoscere, peraltro, che negli ultimi tempi, si è rilevato al riguardo un sostanziale mutamento di opinione sia tra gli organi politici, sia nei comitati provinciali dell'INPS, sia nella Magistratura stessa. Ciononostante è innegabile però che, ad esempio, in Campania siano pendenti 10.000 cause per la concessione di pensioni di invalidità e che in questa regione vi sia una vera e propria corsa verso questo tipo di pensioni. Il fatto che una modifica della legge in vigore non sia ancora stata attuata ha fatto pagare dei prezzi dolorosi. Il progetto di modifica è rimasto infatti giacente per quattro anni in Parlamento nonostante le sollecitazioni delle organizzazioni sindacali e dell'Istituto.

Orbene se non si provvede ad una revisione del concetto di invalidità pensionabile non si potranno ottenere risultati apprezzabili. Infatti oggi in Italia le pensioni di invalidità erogate a cittadini al di sotto dei cinquant'anni di età sono circa 400.000, mentre quelle erogate a cittadini al di sopra dei cinquant'anni sono circa 5 milioni. Se non si modificano le basi della normativa, la situazione rimarrà invariata perchè è innegabile che al di sopra dei cinquant'anni chiunque ha facilmente almeno una malattia, sia pure di minima entità. È, quindi, necessario soprattutto riportare il giudizio di invalidità su criteri oggettivi dal punto di vista sanitario: solo in questo modo si potranno risolvere i problemi.

Ciò innegabilmente genererebbe una situazione di maggiore responsabilizzazione per gli operatori sanitari in riferimento ai loro giudizi probanti. Inoltre l'assegno temporaneo previsto dalla nuova legge in luogo della pensione dovrebbe rivelarsi una misura utile proprio per la sua non definitività, anche se è contemplata la possibilità, dopo la terza concessione, di accedere automaticamente alla pensione stessa.

Ovviamente, il giudizio medico dovrà essere accompagnato da una garanzia di oggettività e non c'è dubbio che tale oggettività può essere garantita solo dalla professionalità di chi emette il giudizio stesso, professionalità che è riscontrabile soltanto nel personale specializzato dipendente dall'Istituto. Non bisogna dimenticare, infatti, che la medicina legale non è alla portata di tutti: si può essere un bravo medico e non avere una sufficiente esperienza medico-legale. Tutto ciò comporta il reclutamento di personale medico giovane a cui fare frequentare corsi di addestramento e di aggiornamento professionale; si richiede, quindi, un notevole sforzo se si vuole veramente raggiungere quell'obiettivo che la nuova formula legislativa si prefigge.

Non bisogna poi dimenticare i problemi che rendono difficile una convenzione esterna. Infatti molti credono che una volta stipulata una convenzione con medici esterni che preveda un determinato impegno, l'INPS non possa successivamente annullarla o ridurla. L'Istituto, invece, lo può fare, anche se non è facile.

PRESIDENTE. Lei parla dei medici esterni specialisti in varie branche disciplinari.

RAVENNA. Parlo in particolare dei medici legali. Si tratta di convenzioni temporanee che l'Istituto dovrebbe annullare nel momento stesso in cui possa disporre di personale specializzato sufficiente. Purtroppo da parte dei medici troviamo una certa resistenza a ridimensionare progressivamente gli spazi conquistati attraverso convenzioni perchè si metterebbero in discussione, a loro avviso, i redditi acquisiti. Queste resistenze rendono molto perplesso l'Istituto. Noi comunque speriamo di riuscire a convincere i medici a considerare questa situazione transitoria sia nel tempo che nello spazio. Probabilmente in alcune zone sarà più facile reperire dei medici, e quindi i tempi dell'operazione saranno differenziati da Regione a Regione. Non si potrebbe assolutamente accettare il fatto che queste situazioni diventino permanenti e prevalenti, soprattutto tenendo conto della circostanza che la concessione di pensioni di invalidità importa l'attribuzione di nuove fonti di reddito. Occorre la massima garan-

12^a COMMISSIONE

15° RESOCONTO STEN. (15 febbraio 1984)

zia circa le interferenze esterne, ferma rimanendo la necessità della massima oggettività degli atti della classe medica.

Per quanto riguarda l'evasione e l'erosione devo dire che sono molto restio a quantificarle; se fossimo in condizione di farlo sapremmo dove esse si annidano. La più grande parte dell'evasione è nell'economia sommersa e nessuno sa dove sia e che dimensione abbia nel nostro paese: nè l'INPS, nè il fisco.

Si è introdotta, con la legge n. 638 del 1983, la matricola unica valida per il fisco, l'INPS, l'INAIL, la Camera di commercio, i vari centri di accertamento dei redditi e dell'esistenza delle aziende e dei soggetti in rapporto con detti enti; ciò permetterà certamente di arrivare non solo a risultati in materia di riscossione dei contributi, ma anche in materia di fisco, nella misura in cui sapremo far emergere il sommerso, sia con le sanzioni, sia con il rigore ed il controllo e, a mio giudizio, anche attraverso altre strade, perchè fino a quando i prelievi sui salari resteranno quelli che sono, si avrà sempre una tendenza al sommerso. Infatti a causa di tali prelievi i lavoratori avranno la tendenza ad evitare l'imposizione: così, se guadagnano 100 lire, riscuoteranno realmente 100 lire, cosa che invece non avviene per chi denuncia tutto, sia egli lavoratore o datore di lavoro.

Si ha, in questo caso, una certa connivenza, tra datore di lavoro e lavoratore, a sfuggire all'ufficialità. Se un lavoratore percepisce una pensione (anche piccola) e vuole svolgere un'attività remunerata, tenderà sicuramente al sommerso: è certo che il prepensionato è un potenziale lavoratore nero.

ROSSANDA. E per quanto riguarda l'erosione?

RAVENNA. Sull'erosione ci sono delle responsabilità che attengono allo Stato.

Peraltro, si stanno compiendo sforzi enormi anche nella organizzazione dell'Istituto al fine di pervenire ad un controllo più preciso delle contribuzioni, che finora, a causa di un sistema di acquisizione carente, soprattutto nei grandi centri, vengono controllate anche

a due-tre anni di distanza. Certamente questo è un problema attinente al funzionamento dell'INPS.

Sulla fiscalizzazione: considero profondamente iniquo che ci sia un prelievo contributivo differenziato per erogazioni di carattere egualitario. Questo deve essere un punto di riflessione molto importante per il Parlamento.

Naturalmente, se non viene regolato il fisco, in nome dell'equità si compie una profonda iniquità.

Stiamo compiendo i primi accertamenti sul reddito denunciato dalle categorie dei lavoratori autonomi e dei professionisti; devo dire che c'è da rabbrivire al vedere le dichiarazioni che vengono fatte.

Tutto questo incide molto anche sui prelievi contributivi per la malattia nei confronti di tali categorie di lavoratori che sono assoggettati al pagamento di una quota fissa e di una quota variabile in funzione del reddito. Il contributo che l'INPS deve dare, quindi, è quello di rendere pubblici i dati che emergono da questi controlli.

Due parole, adesso, sulla questione relativa ai tempi operativi dell'Istituto.

Si richiede (l'ha fatto con molta attenzione e simpatia il Ministro del lavoro) che l'Istituto agisca come una azienda di servizi con propria managerialità. Noi siamo sostenitori di questa tesi ed abbiamo fatto delle proposte. Aspettiamo, ora, di conoscere gli elementi di risposta al piano quadriennale dell'Istituto, che ne ipotizza una trasformazione da azienda burocratica in azienda di servizi, con direzione e programmazione della produzione e controllo dei risultati.

Tutto ciò è possibile, perchè non siamo più una struttura burocratica tradizionale, ma una azienda che produce servizi quantificabili, omogeneizzabili tra di loro, un'azienda in condizioni di introdurre la metodologia di produzione propria del settore industriale. Abbiamo circa centocinquanta sedi con 41.000 dipendenti; siamo una delle più grandi aziende di questo paese ed abbiamo oneri di gestione per 200 miliardi all'incirca, a fronte di un complesso di spese pari ad oltre 120.000 miliardi. L'efficienza (così come l'inefficienza) si ripercuote sulla esatta riscos-

12^a COMMISSIONE

15° RESOCONTO STEN (15 febbraio 1984)

sione dei contributi e sulla puntuale erogazione delle prestazioni. Effettuiamo soltanto investimenti legati a risultati di produzione.

Al Parlamento, quindi, chiediamo di consentirci di programmare la nostra attività: non c'è, nel mondo, un imprenditore che decide di dare l'avvio ad una produzione nel giro di un mese, perchè non è in grado di realizzare una catena di montaggio in così poco tempo. Questo invece si è verificato, per l'INPS, sia con il decreto-legge n. 463 del 1983 (convertito dalla legge n. 638) che con la legge finanziaria per il 1984.

Tutto ciò lo abbiamo ripetutamente detto al Governo, alla Commissione e ai parlamentari: se ci vengono richiesti adempimenti complessi con pochissimo tempo di anticipo, certamente questi non potranno essere realizzati tempestivamente.

Si pensi, infatti, a tutti coloro che hanno dichiarato redditi che non consentono di percepire la pensione di invalidità ovvero l'integrazione al minimo; si dovrebbe sospendere o ridurre la pensione e recuperare quanto percepito in più dal 1° ottobre scorso; ciò significa che dovremmo recuperare somme anche dell'ordine di 2-3 milioni, con la conseguenza di sollevare l'opinione pubblica contro l'INPS, ritenuto a torto responsabile di tali comportamenti. Il problema principale è: come faremo a gestire tutto questo?

Chiediamo allora che il Parlamento si faccia carico di questa difficoltà. Lontana da noi l'idea di contrastare l'attività legislativa ma, almeno, ci si diano i tempi tecnici necessari per realizzare concretamente quanto viene deciso.

Abbiamo, infatti, criteri di ordinamento che risalgono al periodo umbertino (mi si consenta questa frase non irriverente nelle intenzioni, ma soltanto di denuncia); non si può gestire l'amministrazione pubblica come quando l'ambito delle attività dello Stato era ben circoscritto.

Per ciò, ci si trova continuamente di fronte a pastoie e ostacoli: basti pensare che non abbiamo neanche la possibilità di cambiare organici, se non attraverso un lungo *iter* burocratico.

ROSSANDA. Dovreste dirlo più al Governo che a noi.

RAVENNA. L'abbiamo detto al Governo, alla radio, alla televisione, lo stiamo urlando. Tutto questo fa parte del mio mestiere.

È chiaro comunque che dobbiamo dare la precedenza alla tempestiva erogazione delle prestazioni. Il problema di ridurre i tempi di liquidazione di una pensione o della concessione di un'altra prestazione è prevalente sul problema della riscossione dei contributi; però la mancanza di approfonditi controlli sulla riscossione favorisce indubbiamente l'erosione.

Quindi, far funzionare l'INPS costituisce l'obiettivo per rendere efficiente uno strumento del quale tutti prima o poi hanno bisogno.

Si aggiunga, poi, che quando alcuni adempimenti non possono essere fatti al Ministero delle finanze, li scaricano sull'INPS. Ad esempio, quando, qualche tempo fa richiedemmo al Ministero suddetto di fornirci i redditi dei pensionati e degli invalidi (necessari ai fini dell'attribuzione o meno del minimo di pensione) ci fu risposto che erano disponibili i dati di tre anni prima.

Inoltre voi sapete che dobbiamo operare sulla base del reddito presunto, cosa sulla quale ho anche i miei dubbi dal punto di vista costituzionale. Tuttavia lo faremo, ma non possiamo basarci sulle dichiarazioni di responsabilità, con la conseguenza che chi dichiara onestamente i propri redditi potrà vedersi ridurre la pensione, mentre chi fa una dichiarazione infedele si sottrarrà alle eventuali conseguenze negative, in quanto difficilmente potrà essere controllato.

Certamente la riscossione dei contributi è un problema di funzionamento interno dell'ente, ma se tutte le risorse dobbiamo dedicarle all'erogazione delle prestazioni è difficile impegnarle nel controllo dei versamenti. Abbiamo un milione e duecentomila aziende, diciotto milioni di lavoratori tra dipendenti ed autonomi. Siamo di fronte a montagne di pezzi di carta. Chi di voi ha visitato una sede INPS lo sa.

Come abbiamo reagito? Abbiamo reagito

12^a COMMISSIONE

15° RESOCONTO STEN. (15 febbraio 1984)

decentrando, creando un'organizzazione che non ha simili nella Pubblica amministrazione. Abbiamo un sistema di elaborazione automatica dei dati (anche perchè solo in questo modo ormai si affrontano questi grandi numeri), che è tutto all'interno dell'Istituto, a differenza di altre Pubbliche amministrazioni, che hanno appaltato all'esterno il settore informatico.

La Pubblica amministrazione si modifica soltanto se l'informatica diventa l'asse portante non solo per il calcolo, ma per tutti i sistemi di gestione, anche quelli tradizionali. Del resto vi è una situazione difficile anche per quanto riguarda il personale tecnico specializzato: ci sono amministrazioni dove gli operatori vengono pagati due milioni al mese, mentre all'INPS un analista è pagato 700.000 lire al mese. È chiaro che una persona, una volta imparato il mestiere, preferisca le altre amministrazioni.

A proposito delle sentenze dei TAR, che hanno annullato i provvedimenti di costituzione di alcuni comitati regionali e provinciali, ci siamo mossi in modo che si procedesse velocemente alla nomina dei nuovi organi; più di questo non possiamo fare.

Infatti è il Ministero del lavoro che dovrebbe emanare i decreti, sono le organizzazioni sindacali che dovrebbero procedere alla nuova designazione dei membri: noi, anzi, subiamo le conseguenze negative del perdurare di tale sistema, perchè alcune procedure sono bloccate proprio in quanto i comitati regionali e provinciali non funzionano.

Però poi la responsabilità del cattivo funzionamento della struttura ricade sull'INPS, perchè la gente conosce lo Stato attraverso l'INPS; le USL e l'INPS costituiscono, infatti, l'impatto con lo Stato che ha la maggior parte della gente.

Riguardo il gigantismo dell'INPS, ribadisco che noi siamo contrari. Personalmente, sostengo che alcuni compiti non dovrebbero essere attribuiti all'INPS: cito ad esempio, la cassa integrazione guadagni, o l'indennità di disoccupazione; questi sono strumenti della politica dell'occupazione più che prestazioni previdenziali. È un mio parere personale, ma sono convinto che chi paga deve anche poter controllare; questi due momenti non possono essere divisi.

Le USL, ad esempio, potrebbero essere esse stesse organi di controllo e di pagamento. Una volta abbiamo anche avuto un incontro con il Ministro per gli affari regionali e con gli Assessori alla sanità delle varie Regioni; a parte la scarsa partecipazione, ho tratto le mie conclusioni e sono convinto che se l'INPS fosse riportato ad occuparsi solo di previdenza, ne guadagneremmo tutti e probabilmente lo stesso Istituto funzionerebbe molto meglio.

A proposito delle cure termali, faremo presto un convegno ad aprile insieme alla Federterme. In tutti i paesi del mondo il termalismo è considerato un modo con il quale si compie un investimento evitando che una persona diventi invalida e risparmiando nel lungo periodo.

PRESIDENTE. Ho i miei dubbi che questo discorso valga sul piano tecnico.

RAVENNA. Basta fare un viaggio in Austria o in Ungheria, e si vedrà come funziona il termalismo. In Italia è diventato invece qualcos'altro: non si sa bene cosa. Non è più periodo di riposo, ma non è più neanche strumento di recupero fisico della persona....

PRESIDENTE. È una noiosa vacanza agiuntiva.

RAVENNA. È un problema che varrebbe la pena di discutere.

MELOTTO. Perchè però non procedere a trasferire alcuni stabilimenti, almeno come gestione?

TROTTA. Vorrei chiarire che il termalismo dell'INPS è particolare. Anzitutto, è circoscritto ad alcune malattie (brucellosi, artropatie, eccetera). Inoltre, si fa sul serio perchè si effettuano dei controlli, non è sufficiente il solito certificato; anche la visita termalistica è estremamente rigorosa.

RAVENNA. Dunque il problema si pone. È necessario ridefinire il ruolo del termalismo, perchè ormai è diventata una materia su cui si fa una confusione indescrivibile.

FASSARI. Ho preso qualche appunto su ogni argomento trattato, integrandoli con i quesiti posti dal presidente Bompiani e dal senatore Condorelli. Spero di far pervenire, entro breve tempo, alla Commissione una documentazione completa in proposito.

Ora, spiegherò sinteticamente quali sono le modalità che regolano il flusso delle domande di invalidità e qual è la prassi seguita per il loro esame. A seguito della presentazione della domanda, vi è la compilazione del referto medico-legale sulla base di esami eseguiti presso un gabinetto diagnostico situato in una nostra sede autonoma di produzione, provinciale o zonale. Vi è, quindi, un primo accertamento sanitario diretto integrato da esami di laboratorio e, se questo non è sufficiente per l'accertamento dell'invalidità o per il suo disconoscimento, si eseguono altri controlli ed eventualmente si ricorre ad indagini ospedaliere.

Per quel che riguarda le revisioni, gli accertamenti sono ovviamente molto più rigorosi. Esiste una disposizione di legge del 1939 in cui è prevista l'effettuazione di una revisione ogni due anni. Questa non sarà eseguita se, al momento dell'accertamento iniziale, non sia stata ritenuta, a giudizio discrezionale del medico, superflua in quanto l'esistenza dell'invalidità è risultata così evidente da non comportare revisione biennale.

Un tipo di controllo particolare si sta peraltro praticando per i 400.000 casi in cui i percettori di pensioni di invalidità hanno un'età inferiore ai cinquant'anni. Finora sono stati effettuati 25.000 revisioni e mediante queste si è riscontrato, nel 19 per cento dei casi, l'inesistenza dell'invalidità. Questo, ovviamente, a livello medico-legale, perchè vi è la possibilità di ricorso in via amministrativa e in via giurisdizionale. Si sa però che, perlomeno in via giurisdizionale, nell'80 per cento dei casi il ricorso viene purtroppo accolto. Comunque, per quanto riguarda il referto medico-legale il controllo è estremamente rigoroso.

Vorrei a questo punto aprire una piccola parentesi per affermare che il numero dei medici è scarso. A grandi linee, teoricamente, nel nostro Istituto dovrebbero essere pre-

senti 1.200 unità mediche; noi in servizio ne abbiamo appena 600. Il concorso che è stato bandito coprirà altri 400 posti; siamo ad un numero ancora inferiore rispetto al fabbisogno effettivo. Come diceva poco fa anche il presidente Ravenna, purtroppo riteniamo che sia necessario ancora un anno o un anno e mezzo perchè siano completati gli organici.

In proposito è intervenuto il legislatore autorizzando convenzioni con l'INAIL sia per quanto riguarda i medici che per le strutture poliambulatoriali. Sarebbe auspicabile poter usufruire di queste collaborazioni. Mi sembra che già il Senato, nel 1975-1976, avesse svolto un'indagine conoscitiva in questo senso. Noi auspichiamo convenzioni con istituzioni ospedaliere, universitarie e persino con i medici militari. Ad esempio, a proposito di questi ultimi, parlando giorni fa con il direttore del Celio, tentavo di stimolarne la collaborazione. Questo organismo, infatti, è uno dei presidi che potrebbe dare risultati ottimali ai fini degli accertamenti sanitari.

Tempi di revisione: tutto dipende dagli intasamenti dei nostri laboratori diagnostici. Occorre infatti tener presente che le nuove domande sono circa 250.000 all'anno, e dobbiamo tener conto anche dei vecchi casi. Inoltre, per i controlli nuovi dobbiamo seguire quell'indirizzo di indagine sulle condizioni socio-economiche con tutti i problemi di carattere istituzionale che ciò comporta.

Per riprendere il discorso a cui faceva poco fa riferimento il senatore Trotta, e in rapporto all'articolo 75 della legge n. 833 per quanto riguarda il personale delle USL, vorrei fare una breve considerazione. Il medico di ruolo dell'INPS, come aggregato del sistema sanitario nazionale, deve avere quelle stesse guarentigie, quello stesso trattamento riconosciuto al medico del servizio nazionale, nell'ambito, ovviamente, di una normativa che ne stabilisca la graduale uniformità di trattamento. Deve essere attuato un indirizzo di politica sanitaria che risolva questo problema a livello di Consiglio sanitario nazionale.

Per quanto riguarda il problema finanziario c'è da dire che il sistema della fiscalizzazione integrale della malattia prevista dalla legge n. 833 del 1978, articolo 76, non si è

potuto realizzare, quindi si è insistito nel seguire la vecchia strada che era quella del sistema dei contributi mutualistici, continuando così ad aversi tutti quei problemi che si avevano in passato.

Il presidente Bompiani ci chiedeva che cosa si può proporre a questo proposito in luogo della vecchia normativa INAM, per risolvere nell'immediato la questione. Devo dire che, nonostante le difficoltà che prima ho esposto, vi sono stati dei miglioramenti e si sono potuti realizzare degli obiettivi grazie al coordinamento dell'attività di accertamento. Ci è stato chiesto quali sono i risultati concreti di questa unificazione. Certamente questi, oggi, sono ancora pochi ma è senz'altro un passo avanti rispetto al vecchio sistema. Attualmente ad esempio, vi sono un unico ispettore (quello dell'INPS) e un funzionario dell'Ispettorato del lavoro che insieme attuano un controllo presso le aziende, per quanto riguarda sia i contributi previdenziali che quelli dell'assistenza sanitaria. Questa è una facilitazione non indifferente e quindi un dato concreto e positivo.

Con il passaggio del sistema mutualistico all'INPS siamo riusciti a fare il censimento di 200.000 piccole aziende; questo compito una volta era affidato all'INAM con tutti i problemi che ne derivavano. Quindi, in termini economici il sistema attuale è capace di dare risultati concreti.

Quanto poi all'andamento delle contribuzioni, ho portato con me dei dati preventivi per il 1984 che, con riferimento alla gestione di malattia, prevedono come entrate 24.350 miliardi, con spese che vanno a pareggio in rapporto al sistema attuale. Le previsioni per il 1985 sono di 27.115 miliardi, per arrivare tra pochi anni a 37.000 miliardi; ma su questo daremo indicazioni nei termini che il Presidente ci ha chiesto.

Quanto ho detto si riferiva al volume della erosione ed evasione di cui aveva chiesto la senatrice Rossanda, e comunque forniremo questi dati anche in modo disaggregato per settore di produzione ed anche diversificandoli per categorie autonome secondo i dati di cui siamo in possesso sulla evasione. Interessanti elementi sono già stati forniti dal presidente nel corso della seduta sulle scelte fra i sistemi, e io li condivido.

Riguardo agli aspetti organizzativi di strutturazione dell'INPS a seguito della legge n. 833, di cui ci chiedeva il presidente Bompiani, debbo dire che purtroppo non si è fatto nulla, nel senso che l'attività di decentramento delle sedi di istituto è continuata secondo un programma che preesisteva al Servizio sanitario nazionale. Si è intervenuti cioè nel senso che prevedeva il modello anteriore alla legge n. 833, con una sede per ogni USL; si è solo operato un cambiamento a questo tipo di intervento. Dobbiamo invece decentrare in rapporto al numero degli assicurati che gravano su quelle entità territoriali ed in rapporto al concetto di organizzazione ma non con il solo riferimento alla struttura sanitaria.

Per quel che riguarda le attività trasferite all'Istituto, in linea di fatto si è assunto di deliberare che ogni sede di produzione, sia di unità organica nel senso dirigenziale, sia di nucleo di coordinamento di tutti gli interventi, controlli le prestazioni economiche di malattia e l'acquisizione della contribuzione relativa.

Sempre in tema di riorganizzazione e ristrutturazione, per quel che riguarda il personale, offro alcuni dati che saranno forniti in seguito più dettagliatamente. L'autorizzazione che avevamo avuto dal Governo era di 47.000 unità; l'intendimento del consiglio di amministrazione dell'Istituto era tuttavia di arrivare sulle 40-41.000 unità senza sfruttare tutta la cifra di 47.000 unità. Il blocco delle assunzioni attualmente ci impedisce però di raggiungere la cifra proposta. Ci proponiamo, come politica di istituto, utilizzando meglio i vantaggi dell'automazione, di impiegare meglio il personale esistente, che ammonta a 39.500 unità; ma la nostra richiesta è di ottenere dal Governo lo sblocco per poter assumere 3.000 unità non come elementi nuovi nel senso fisico, non come incremento degli organici, ma per il normale *turn over* di tre anni dal 1983 al 1985. Anticipiamo la possibilità di assumere e formare queste persone, inseriamole subito nell'organizzazione in modo da poterci attestare, alla fine, sulle 40.000 unità cui facevo cenno.

In questo senso è utile effettuare corsi di formazione ed aggiornamento sistematici. Proprio oggi c'è una commissione che sta

redigendo un programma biennale di formazione non solo come apprendimento di base ma anche come aggiornamento. Assieme, stiamo mettendo a punto scuole di formazione per dirigenti con indirizzo anche informatico utilizzando altresì le esperienze dell'Università di Siena, che ha dato disponibilità sotto questo profilo, e altri istituti simili che operano nel campo economico. Queste esperienze possono essere utilizzate almeno per materie affini a vantaggio di questa istituzione.

Per ciò che riguarda le funzioni di Roma-centrale, non siamo riusciti a fare quasi nulla; dobbiamo ridurre di 1.800 unità. Tuttavia non dobbiamo tagliare la testa ai romani e fare mobilità selvaggia da Roma verso il Nord. Non si riesce a trovare alloggio per il direttore di Milano, figuriamoci per fattorini ed impiegati con quei livelli stipendiali.

Per ciò che riguarda il controllo dell'assenzeismo, la procedura e la frequenza dei procedimenti, la risposta è zero perchè, a parte circa 200.000 visite l'anno compiute più che altro per la buona volontà dei nostri medici funzionali e dei medici delle visite *ex articolo 5* dello statuto dei lavoratori finanziate dai datori di lavoro, non ci sono possibilità e tempo per operare bene. Per quel che attiene la quantità dei certificati pervenuti e il numero dei controlli richiesti, per questo controllo e rilevazione della possibile notizia nosologica occorrerebbe una più fattiva collaborazione delle unità sanitarie locali. Questa massa di informazioni sarebbe molto utile e bisognerebbe stimolare gli organi competenti.

Al senatore Melotto, per quanto riguarda i tempi di attuazione e revisione delle invalidità, debbo dire che questi sono molto lunghi. Non abbiamo possibilità di garantire un flusso di notizie di questo tipo anche per la carenza degli organici in questo settore. C'è un programma biennale per una revisione delle pensioni di una serie di categorie.

Quanto agli stabilimenti termali, adesso non li vogliono le USL. Ci sono mille persone e cinque impianti che erano belli ma ora stanno invecchiando perchè l'Istituto ha speso solo il necessario e non ha fatto la manutenzione straordinaria.

MELOTTO. Non si era detto di metterli per il momento a carico dell'INAIL affinché in seguito la gestione passasse alle USL?

FASSARI. Ho una notizia di questa mattina: un collega della Sanità propone di lasciarli all'INPS per almeno un decennio, ad esaurimento. Confermo quanto ha detto il senatore Trotta: gli stabilimenti termali dell'INPS sono qualcosa di diverso da quelli degli altri e le domande per andarci sono molto minori.

Per altri aspetti sia di natura deontologica che funzionale posso inviare una memoria scritta che può servire anche a noi come mezzo per fornire informazioni e anche per puntualizzare problemi che tutti i giorni sono alla nostra attenzione.

PRESIDENTE. Vorrei ringraziare il dottor Ravenna e il dottor Fassari per il prezioso contributo che hanno fornito alla Commissione.

Sono state evidenziate con molta sincerità luci ed ombre dell'INPS, i cui problemi non sono certo dovuti alla carenza di volontà e di impegno dei dirigenti, degli impiegati, del personale in generale di questo Istituto, ma alla situazione oggettiva che i rappresentanti dell'INPS ci hanno prospettato.

Vorrei pregare il dottor Ravenna e il dottor Fassari di trasmettere alla segreteria della Commissione eventualmente anche tutte le leggi e i regolamenti che riguardano l'attività dell'INPS, per facilitare il nostro compito. Sarebbe opportuno aggiungere, inoltre, un commento ai vari articoli per evidenziare i punti salienti che si ritiene necessario sottoporre all'attenzione della Commissione.

RAVENNA. L'importante è che ci venga data la possibilità di lavorare, l'autonomia necessaria per svolgere adeguatamente i nostri compiti.

Certamente risponderemo poi del nostro operato, presenteremo un rendiconto preciso ogni anno, ma dobbiamo avere gli strumenti necessari per svolgere i compiti che ci sono stati assegnati. Altrimenti, dovremo aspettare ancora anni e questa è una vera e propria sofferenza per chi è abituato ad operare con

gli strumenti e i sistemi delle aziende private.

PRESIDENTE. Lo scopo di queste indagini è proprio di mettere in chiaro, con tutta sincerità, le varie situazioni al fine di migliorarle, non certo di peggiorarle. Ci auguriamo che tutto il materiale che stiamo raccogliendo, tutto lo sforzo che stiamo facendo servano anche a voi per operare meglio.

Vi ringrazio nuovamente e dichiaro conclusa l'audizione.

Il dottor Ruggero Ravenna e il dottor Luciano Fassari vengono congedati.

Viene quindi introdotto il professor Giovanni De Cesare.

Audizione del professor Giovanni De Cesare, esperto del settore sanitario

PRESIDENTE. Ringrazio il professor Giovanni De Cesare, per aver accettato di partecipare ai nostri lavori, e gli do senz'altro la parola per un'esposizione introduttiva.

DE CESARE. Signor Presidente, vorrei anzitutto ringraziare la Commissione per l'invito che ha voluto rivolgermi e scusarmi di non avere predisposto qualcosa di scritto, ma sinceramente non ne ho avuto il tempo.

Sono docente di diritto amministrativo all'Università di Roma e quindi come esperto in materia sanitaria delle questioni relative al personale, in particolare, in questa prima parte del mio intervento vorrei anzitutto sottolineare un problema fondamentale che, a mio avviso, esiste quando si parla di personale e in particolare di quello delle USL.

Da alcuni anni assistiamo ad una commistione, sia nella legislazione sia, ormai, nella giurisprudenza, che direi soprattutto partita dalla dottrina, tra rapporto di impiego pubblico e rapporto di impiego privato. Questo è un dato del tutto evidente anche, ripeto, nella giurisprudenza: basta pensare, ad esempio, all'istituto delle pensioni, che era caratteristico del rapporto di pubblico impiego e che oggi ritroviamo anche nel rapporto di impiego privato; questo è avvenuto

anche per altri istituti, come nel caso del trattamento delle indennità di fine rapporto, eccetera.

Quindi, a questo punto, non c'è dubbio che se questa è l'impostazione teorica — e l'ho detto anche prima dell'approvazione della legge n. 833 — a rigore sarebbe stato più esatto dal punto di vista non solo teorico ma anche pragmatico — e di questo a mio avviso occorre tenere conto, se si affronta una revisione del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 — utilizzare, anziché il sistema cosiddetto dei ruoli, sia pure temperato dal principio della qualifica funzionale contenuto nel provvedimento sopra citato, il sistema dei moduli contrattuali; tale sistema, cioè il sistema del contratto a tempo indeterminato, è sicuramente — ripeto — più corretto dal punto di vista teorico e più rispondente ad una maggiore efficienza, ed eventualmente per alcune fasce di dirigenti o di personale delle unità sanitarie locali, si potrebbe pensare di addivenire ad una conformazione giuridica tipo il *civil service* inglese. Questo tuttavia non è stato fatto dal legislatore della legge n. 833, che in effetti, in materia di personale, non ha fatto che recepire le convenzioni nell'articolo 48, e il sistema del rapporto di pubblico impiego nell'articolo 47. Ma è un dato che si deve tenere presente perchè se ne vedono i risvolti e gli effetti anche nell'attuale normazione. A mio avviso, esiste infatti il pericolo, anche a breve scadenza, di arrivare ad un inserimento del personale convenzionato di cui articolo 48 nei ruoli delle unità sanitarie locali.

Dobbiamo partire da un dato: già oggi la giurisprudenza delle sezioni unite della Cassazione dice che questo rapporto previsto nell'articolo 48 è di parasubordinazione, come si suol dire. Pertanto, anche la Cassazione non riconosce che questo sia un rapporto di prestazione di opera professionale, quindi meramente privato. Vi sono inoltre numerose sentenze del giudice amministrativo, nonché un parere del Consiglio di Stato — che voglio ricordare anche se riguarda un aspetto particolare, cioè il problema dell'indennità di contingenza — che in qualche misura — non dico che sia un dato stabile nella giurisprudenza, ma ritengo che occorra te-

nerlo presente — riconoscono tuttavia che in effetti per i medici convenzionati, soprattutto per quelli a rapporto convenzionale col Servizio sanitario nazionale *ex* articolo 48, si può parlare dell'esistenza di alcuni elementi del rapporto di impiego pubblico. E questo è un dato ormai abbastanza acquisito nella giurisprudenza che tende, a mio giudizio, a riaffermarsi. Infatti, la giurisprudenza tende a dire che l'atto di nomina, che prima era considerato il dato fondamentale per l'instaurarsi del rapporto di impiego pubblico, oggi può essere superato se vi sono tutti gli elementi di un rapporto di tipo stabile di pubblico impiego. Fino a circa otto anni fa, la giurisprudenza aveva sempre sostenuto che non esisteva rapporto di impiego pubblico se mancava il provvedimento formale di nomina. Oggi invece, ripeto, tende a dire — ma con ciò non voglio dire che sia pacifico — che anche se manca questo elemento formale, esiste alcune volte un rapporto di impiego pubblico. Questo pertanto rappresenta, in un certo senso, una spada di Damocle. Non voglio entrare nel merito della questione dando giudizi positivi o negativi al riguardo. Tuttavia, ritengo che occorra tenere presente tale commistione, anche perchè, a mio avviso, a ciò si riallacciano tre effetti.

In primo luogo, vi è il problema della mobilità del personale, che è sotto gli occhi di tutti. Forse sbaglierò, ma sono abbastanza convinto che oggi, con l'attuale sistema normativo del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 e di tutte le leggi regionali, dire che il personale può essere trasferito è un'affermazione che resta sulla carta. Se la normativa non cambia per quanto concerne questo aspetto, a mio parere, ben poco si potrà fare, a meno che non si adottino provvedimenti chiari di vantaggio per il personale che viene trasferito da una USL all'altra, da una Regione all'altra. Questo è un effetto visibile, però da questo movimento in qualche misura si trae anche implicitamente la consapevolezza dei discorsi e delle varie prese di posizione che portano alcuni sindacati medici a parlare del contratto unico separato. In effetti, anche se forse inconsapevolmente, alcuni sindacati medici si riagganciano alla questione del rapporto

di impiego unico non privato, *ex* articoli 48 e 47 della legge n. 833.

Indubbiamente vi è una estrema riluttanza da parte delle USL e delle Regioni, anche dove esiste per i medici pubblici la cosiddetta compartecipazione o istituti similari, a far diventare non dico residuale, ma sicuramente meno macrospopico il problema del convenzionamento con i medici *ex* articolo 48. Anche dove aumentano le spese non si riscontra un effetto che dovrebbe essere logicamente conseguente, cioè una diminuzione della spesa per i medici convenzionati. Ciò probabilmente è dovuto a una questione di principio, ma anche al fatto che in pratica questo rapporto non è di impiego pubblico formalizzato, nè di impiego privato.

Ritengo pertanto che debba essere modificato il decreto n. 761. Oggi infatti, a distanza di quattro anni dalla sua emanazione, si può affermare che quel decreto ha peccato di illuminismo perchè presupponeva la rapida adozione di determinati provvedimenti, come la legge-quadro sul pubblico impiego, approvata solo lo scorso anno, e una rapida attuazione dei concorsi *ex* articolo 12, fatti questi che non si sono verificati.

È rimasto in piedi lo scheletro del decreto, strettamente legato al testo unico del 1957 sugli impiegati civili dello Stato. Se si attua una verifica giuridica di quanto stabilisce il decreto n. 761, tenuto conto dei provvedimenti amministrativi e legislativi non adottati in tempi brevi, si giunge alla conclusione che il decreto va modificato — a parte altri problemi più importanti collegati alle tabelle e all'inquadramento — in alcuni punti nodali in base all'esperienza e alla impostazione teorica cui prima ho fatto riferimento.

L'esperienza mi permette di affermare che la possibilità attuale di bandire ed espletare concorsi *ex* articolo 12 è piuttosto lontana. Solo cinque Regioni infatti hanno adottato la legge di attuazione: Basilicata, Emilia Romagna, Veneto, Liguria e Puglia.

ROSSANDA. Anche il Piemonte.

DE CESARE. Inoltre la regione Marche si accinge a presentare una legge in tal senso.

Occorre precisare che non si possono

12^a COMMISSIONE

15° RESOCONTO STEN (15 febbraio 1984)

espletare concorsi in mancanza della legge sui ruoli nominativi del personale e finora solo tre o quattro Regioni hanno tale legge.

È questa una materia che, tenuto conto dei suoi effetti in campo sanitario, dovrà essere presto sottoposta a revisione legislativa.

Signor Presidente, per quanto riguarda il personale del settore sanitario esiste in questo momento un pericolo. In campo giuridico e soprattutto in quello amministrativo si sogliono distinguere i servizi a seconda che operino in due fondamentali campi di attività: l'attività burocratica in senso proprio e l'attività economica. L'attività sanitaria è per sua stessa natura tecnica, non burocratica. Ora, assistiamo da alcuni anni in materia ordinamentale — non mi riferisco al profilo della spesa — ad una indebita ingerenza del Ministero del tesoro. Io sono francamente dell'avviso che una attività tecnica come quella sanitaria non possa essere ordinata da un punto di vista giuridico, come in effetti tende ad essere anche e soprattutto per quello che riguarda il personale, dall'Amministrazione del tesoro, naturalmente non perchè questa non ne sia all'altezza (dal punto di vista dell'efficienza è infatti forse più capace di altre Amministrazioni dello Stato o amministrazioni regionali), ma perchè essa è più rispondente dal punto di vista teorico all'attività di uffici prettamente burocratici, e uso questo termine nel suo senso proprio e giuridico, non, come purtroppo spesso si intende, come un dispregiativo.

Questo, a mio avviso, è veramente un grave errore che si può verificare nel comparto della sanità. Noi abbiamo già assistito, purtroppo, nel campo della ricerca scientifica pubblica — come loro sanno benissimo, è un avvenimento di dieci anni or sono — con una serie di fatti che si sta puntualmente verificando anche nel campo della sanità, all'ingresso — anche qui nel senso obiettivo del termine — di organi di controllo e di una certa politica di amministrazione del personale ordinamentale da parte di organismi che non hanno quegli schemi giuridici che si dovevano applicare al campo della ricerca. L'effetto — il Presidente e i Commissari lo sanno meglio di me — è che abbiamo assistito ad un abbassamento qualitativo di tutti

gli organismi nel campo della ricerca scientifica pubblica in Italia. Questo è il fenomeno che in qualche misura, anche legislativamente, si sta verificando nel campo sanitario, soprattutto in quello del personale sanitario.

La mia intenzione era quella di limitarmi solo ad alcune considerazioni; mi scuso pertanto se, su alcuni punti, mi sono forse un po' dilungato.

PRESIDENTE. Professor De Cesare, lei è stato molto chiaro e puntuale, e la ringrazio. Se cortesemente potesse fornirci materiale scritto, più ampio e analitico sugli argomenti trattati gliene saremmo veramente grati. Oltre alle domande che potranno rivolgerle ora i Commissari, ci riserviamo, se sarà necessario, di porgliene delle altre in altra occasione. Penso infatti che la Commissione potrà usufruire ancora della sua gentilezza quando avremo raccolto anche le voci di coloro che parteciperanno nella prossime settimane a questa indagine conoscitiva, come ad esempio i rappresentanti dei sindacati di categoria, e così via. A quel punto potrebbe forse essere utile avere ancora una verifica finale con lei sui problemi del personale.

Invito ora senz'altro i Commissari ad aprire il giro di domande che vorranno rivolgere al professor De Cesare.

MELOTTO. Condivido molto di quello che il professor De Cesare ha detto, però vorrei scavare un po' più a fondo e credo, signor Presidente, colleghi, che abbiamo fatto bene ad individuare fra i punti principali della discussione il personale, perchè l'esigenza di avere il personale inserito in un rapporto corretto nella struttura, quale noi la ipotizziamo, non potrà mai realizzarsi se il Servizio non riuscirà a decollare compiutamente a causa della fase di degrado fisico alla quale assistiamo in determinate strutture. L'assurdo qual è stato? Il professor De Cesare si è occupato in questi anni con particolare impegno di tali problemi e prendo spunto dalla sua affermazione finale. Nel momento in cui questo paese dava autonomia all'azienda ferroviaria per quanto riguarda il rapporto di lavoro, noi abbiamo inquadrato il Servizio sanitario nazionale a Palazzo Vidoni. Questo

è l'assurdo! Cioè che nel momento in cui abbiamo fatto decollare il Servizio sanitario nazionale, lo abbiamo incasellato nella figura — se mi si consente — burocratico-amministrativa, che è il principale connotato di determinati Ministeri, e non invece nell'ottica di produzione di un servizio che tenga conto della resa e della qualità dello stesso, con parametri, quindi, ben definiti di costi-benefici. Su questo aspetto il professor De Cesare ha ragione e anch'io temo che se non invertiamo la marcia, il personale convenzionato finirà per essere e diventare anch'esso — in un sistema di supergarantismo — a tutti gli effetti, eccettuata la dipendenza, personale equiparato a quello soggetto al rapporto di pubblico impiego.

DE CESARE. Questo accade perchè non avevano interesse a chiedere niente di diverso, altrimenti non sarebbe così.

MELOTTO. Se andiamo a leggere la convenzione dei medici generici, credo che di istituti tipici del rapporto di pubblico impiego, ne siano previsti nove su dieci, anche se qualcuno risulta mascherato. Allora, a questo punto, ad ognuno converrà convenzionarsi come libero professionista che vuole conservare tutta la sua libertà, recependo i privilegi di un rapporto di dipendenza, senza risultare allo stesso tempo dipendente. Vorrei vedere chi riuscirà a far uscire dal Servizio sanitario nazionale un convenzionato. Se i cittadini non vanno via in massa, cioè tolgono loro la fiducia nel medico, quello non uscirà più, e quindi diventa un ruolo per l'eternità.

Fatta questa premessa proprio per inquadrare il discorso, vorrei ricordare che il Servizio sanitario nazionale, pur essendo pubblico, è un servizio che tocca tutto l'uomo — ce lo siamo detti abbondantemente ieri — e va reso quindi in modo efficace ed efficiente. Il modello del contratto unico ha teso a portare ad unicità, ma, purtroppo, ad unicità con il contratto degli statali, e qui mi sembra — lo ripeto — prevalga una funzione burocratica-autorizzativa e non di servizio, che ha di fatto incasellato il personale ai vari livelli. Oggi le richieste di modifica del de-

creto del Presidente della Repubblica n. 761, che ci pervengono giornalmente, sono tutte richieste particolari di inquadramento a livelli superiori, ma credo che nessuno si ponga invece il problema di come invertire la marcia per inserire il personale in un contesto che, appagandolo sul piano della qualificazione e dell'impegno, possa chiedergli di essere compartecipe della qualità del servizio, di mettere a «rischio» la sua stabilità.

Il primo gruppo di domande che le rivolgo, professore, è dunque il seguente. È possibile superare oggi, stando appunto alla cultura che viene via via avanti, la rigidità del decreto del Presidente della Repubblica n. 761? È possibile ipotizzare momenti diversi per la contrattazione del personale del Servizio sanitario nazionale? È possibile andare a rivedere per il 1985 — non abbiamo quindi molto tempo — contratto e convenzione in una logica che — ecco la partecipazione degli addetti — sia decisamente più responsabilizzata e, attraverso la quale la qualificazione del servizio sia avvantaggiata?

Secondo gruppo di domande. Oggi, non dico solo perchè mancano le leggi di attuazione (lo stesso discorso si potrebbe fare infatti anche per le Regioni che le hanno emanate), le Regioni si trovano nell'impossibilità concreta — stante la presente normativa — di bandire i concorsi. Il dottor Petrella, dell'Assessorato alla sanità del Veneto, ci ha parlato, nel corso di un'audizione di quest'indagine, delle lungaggini con cui alcuni concorsi, banditi per coprire i vuoti di organico in determinate qualifiche e ai quali partecipano migliaia di candidati, vengono espletati. Si tratterebbe, a suo dire, addirittura di diciassette mesi, che poi potrebbero anche ulteriormente aumentare, se non intervenissero situazioni particolari a correggere questa tendenza.

Mi chiedo, allora, se è possibile, sulla base del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979, allargare la delega alle singole unità sanitarie locali prevista oggi solo per la prima qualifica, vale a dire a livello del cosiddetto inserviente o ausiliario socio-sanitario. È possibile ripristinare situazioni di idoneità di carattere nazionale e, sulla base di queste, consentire i contratti a termi-

ne almeno per determinati livelli, soprattutto apicali? Credo, infatti, che difficilmente oggi, con questa rigidità, sarebbe sufficiente definire meglio la natura delle unità sanitarie locali, per aggiungere momenti di riqualificazione e di avanzamento del servizio.

Oggi mi pare che vi sia la corsa all'inserimento nel Servizio, dopo di che, siccome le incompatibilità in questo paese servono fino ad un certo punto, avuta la sicurezza, ognuno cercherà altrove di trovare motivazioni alla propria professionalità.

ROSSANDA. Con il professor De Cesare abbiamo avuto occasione di parlare anche in passato, quindi sa come la pensiamo su alcuni aspetti. Forse non è molto generoso da parte mia, ma devo dire che tutto sommato ci aspettavamo che il decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 non funzionasse.

A parte questa battuta malvagia, vorrei entrare nel concreto. Se ho capito bene, lei non ha detto con esattezza in quali punti modificherebbe il decreto del Presidente della Repubblica n. 761. Vorrei verificare con lei se alcune modifiche, che ci sono state ripetutamente richieste anche in passate audizioni, trovano anche il suo accordo; innanzitutto, circa il decentramento dei ruoli, o meglio il decentramento sistematico dei concorsi, la deregionalizzazione dei concorsi unita ad un meccanismo di facilitazione dei trasferimenti rispetto alla normativa che preesisteva. Ciò per evitare che si debbano ripetere i concorsi per accedere a posti dello stesso ruolo...

MELOTTO. ...e che si debbano fare tre concorsi per lo stesso posto. Quando c'è la triplice volontà del trasferimento, occorrerebbe poter prima realizzare tale trasferimento e poi fare il concorso eventualmente per il posto residuo.

ROSSANDA. Sono d'accordo, bisognerebbe mettere in moto un meccanismo di questo genere, e su ciò mi pare che vi sia il consenso di tutti.

Passando ad altro argomento, vorrei sapere se siamo d'accordo che non è possibile

realizzare quanto previsto nel decreto del Presidente della Repubblica n. 761, e cioè far scomparire tutte le forme di precariato con il divieto addirittura delle supplenze e delle situazioni provvisorie. Mi domando se non siamo forse maturi adesso per fare quello che non abbiamo fatto allora: ripensare, cioè, il meccanismo delle carriere con il sistema dei ruoli aperti, su cui allora discutemmo molto, e per il quale una carriera ad un livello qualificato — penso a un medico ma anche ad altri laureati che hanno sempre più importanza in questi settori — si potrebbe costruire attraverso un *curriculum* qualificante per l'accesso al ruolo delle unità sanitarie locali, e immaginare l'attribuzione di un livello funzionale superiore indipendentemente dal fatto che in quel ruolo vi siano dei posti fissi per attività direttiva.

Questo è un aspetto che mi interessa particolarmente perchè se vi fosse un certo interesse generale ad avviare un processo di questo tipo e lo si dovesse agganciare anche alla riforma delle scuole di specializzazione, aprirebbe orizzonti molto vasti per lo snellimento delle carriere. Come ricorderete, anni fa pensavamo che vi fosse la possibilità di raggiungere una situazione di relativa stabilità, salvo verifiche, dopo un certo numero di anni. Mi chiedo se non siamo d'accordo sulla proposta di far saltare i tre anni fissi di formazione, che sono troppo rigidi, e di riprendere il concetto che i periodi di formazione possono essere di durata variabile a seconda della destinazione e del livello di specializzazione finale; ci sono infatti attività che richiedono un grado di qualificazione maggiore.

Ciò comporterebbe evidentemente un meccanismo completamente diverso del sistema attuale dei concorsi e delle idoneità; non credo che si possa pensare di ritornare a tecniche per la verifica di idoneità quali il compito scritto. Già mi pare poco serio che si possa conseguire l'idoneità con un compito scritto per delle attività di qualificazione che richiedono un complesso di competenze, la cui valutazione non può basarsi sulla capacità di elaborazione di un testo scritto.

Il secondo aspetto che vorrei prospettare è quello relativo all'esigenza di andare un po'

più a fondo nella questione del rapporto pubblico-privato. Anche noi abbiamo avuto l'impressione che tali rapporti si siano fortemente commisti tra loro. Tuttavia la cosa che a noi preoccupa molto è che si sia dato molto spazio a connotazioni di tipo privatistico anche nell'impiego pubblico, in un certo senso disincentivando un impiego totale nel servizio pubblico.

Mi domando allora se in questa fase non sia conveniente tentare una rivalutazione molto seria dell'impiego pubblico anche a costo di restringere la fascia del medesimo, con maggior responsabilità e presenza, definendo i termini di compatibilità reciproca tra le diverse forme di rapporto di lavoro con il Servizio sanitario nazionale.

BOTTI. Prendo la parola molto brevemente su due questioni alle quali ha accennato il professor De Cesare secondo cui, sulla base anche di sentenze della Corte di cassazione, si corre il pericolo che si vada a riconoscere nei confronti di un medico convenzionato un tipo di rapporto regolato dalle norme sul pubblico impiego. Vorrei che si richiamasse un po' meglio questo concetto.

L'altro problema sul quale vorrei qualche chiarimento riguarda la mobilità del personale che, secondo quanto lei stesso ha affermato, professore, rimane sulla carta. Ciò è vero, e vorrei chiederle se può fornirmi delle giustificazioni in proposito.

Lei ha accennato altresì al problema della riluttanza da parte delle unità sanitarie locali a regolamentare il rapporto di convenzionamento. Il problema si riallaccia a quanto affermava la senatrice Rossanda. Non pensa che, ad esempio, per alcuni settori il potenziamento dei presidi ospedalieri possa portare verso una riduzione della spesa del convenzionamento esterno?

ROSSANDA. Senatore Botti, lei sta parlando di convenzionamenti con le case di cura?

BOTTI. Con le cliniche specializzate e con le case di cura.

BELLAFIORE. Se non ho capito male, il professor De Cesare parlava di questo rap-

porto che si viene a stabilire fra la struttura pubblica e i professionisti che svolgono una propria attività. Anche se precario, questo rapporto con la struttura pubblica rischia di permanere, nel senso che non può interrompersi, a qualunque titolo esso sia stato stabilito. Non so che incidenza esso possa avere come costi, se cioè, per quanto riguarda la spesa pubblica o il funzionamento della struttura, possa rappresentare un pericolo, un rischio. Come si può ovviare a tale situazione?

Il senatore Botti ne ha già parlato ed io vorrei chiedere se possiamo apportare una modifica alla norma che prevede che, per esigenze della struttura pubblica, questo personale che lavora sia nel settore pubblico che in quello privato possa essere invitato a scegliere e ad avere la convenzione soltanto con la struttura pubblica, cosa che li costringerebbe ad abbandonare la propria attività privata.

Vorrei sapere se i rischi sono grossi, nel senso che si andrà avanti fino al punto in cui coloro che hanno un rapporto precario con la struttura pubblica non potranno essere licenziati, e rappresenteranno così un appesantimento funzionale enorme. Mi chiedo se questo è il pericolo qualora si modifichi la norma relativa alla scelta tra rapporto con una struttura pubblica o privata.

PRESIDENTE. Molti colleghi hanno già anticipato osservazioni che avrei voluto fare io. Mi pare comunque che due o tre siano gli argomenti più importanti e urgenti. Anzitutto il problema della sanatoria, che lei ha giustamente trattato perchè, del resto, fa parte della «filosofia» di chiudere col passato, e di superare il periodo di sperimentazione della legge n. 833, per arrivare ad una nuova formulazione del Servizio sanitario nazionale, incluse le norme di accesso e di gestione del personale. Pertanto, sotto questo aspetto, si può comprendere la «filosofia» della quarta sanatoria, anche se sono estremamente perplesso di fronte a operazioni che si rinnovano quasi nell'ottica dell'ineluttabilità, per consentire al servizio di funzionare. Credo, infatti, che si debba stabilire un criterio che non sia quello della semplice

«entrata in ruolo» sotto l'impeto del bisogno come accade oggi. Anche il senatore Melotto lo ha detto: idoneità serie conseguite a livello nazionale potrebbero costituire la linea da percorrere per discriminare chi ha già conseguito una verifica di maturità e viene rimeso nella posizione definitiva di ruolo e chi non l'ha avuta e pertanto dovrebbe superare una prova d'esame idoneativo, prima dell'immissione in ruolo.

Il senatore Melotto ha accennato inoltre alla possibilità di far seguire questa idoneità da un contratto a termine. Sinceramente non ritengo che sia praticabile oggi la linea definibile dell'«anglicizzazione» per il Servizio sanitario italiano, perchè ci sono circostanze storiche e politiche, che rendono difficile concepire solo per il settore sanitario una forma di contratto a termine, allorchè tanti altri lavoratori statali o del parastato hanno la sicurezza di arrivare tranquillamente all'età pensionabile con una continuità di carriera. C'è un problema istituzionale che non è stato affrontato quando si poteva, cioè al momento dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale.

DE CESARE. Nella legge del 1978 non fu affrontato quando proprio in quell'occasione doveva essere correttamente risolto.

PRESIDENTE. Esatto! Ma chiediamo a lei un giudizio sul piano della scienza giuridica (non sul piano sindacale, della partecipazione delle categorie alla contrattazione), se questa sia ora una soluzione praticabile.

La seconda questione è la seguente: di fronte alla proposta di estensione del criterio di «sanatoria» per i ruoli apicali sono perplessi, perchè — almeno nel campo clinico — tali ruoli prevedono una serie di mansioni che sono in parte dirigenziali, ma anche di intervento diretto sulla tutela della salute e «curativo». Nel campo medico apicale mi sembra difficile attuare un semplice criterio di «sanatoria». Sarà opportuno — comunque — sentire la dottrina al riguardo, per poter eventualmente prevedere una operazione relativa all'ingresso definitivo nei ruoli senza una rigorosa verifica concorsuale della professionalità.

Un altro rilevante problema è quello che definirei dello scivolamento lento, ma continuo, dall'articolo 48 all'articolo 47 della legge di riforma per il personale convenzionato: cioè, lentamente, si forma una stratificazione di fatto (che diventa di diritto) di generazioni di convenzionati per cui lentamente si va verso la direzione della «non revocabilità» della convenzione. Inoltre, quando c'è un ingresso nell'offerta medica di 15.000 persone all'anno (tale è il tono di laureati che preme sul sistema), è inevitabile che vi siano forti pressioni sul sistema, e quando sono saturi i posti relativi all'articolo 47, si fa riferimento all'articolo 48 perchè, al di fuori dell'articolo 48, una «libera professione» pura e semplice non esiste più. Bisogna che ci rendiamo conto di questo e lo diciamo onestamente. Pertanto, c'è questa spinta politica ed umana a gonfiare l'entità del personale dell'articolo 48 attraverso sempre più numerosi convenzionamenti. Il problema riguarda allora le caratteristiche di qualità per entrare nell'ambito del convenzionamento e il discorso è se fare o meno una verifica concorsuale di qualità prima di concedere il convenzionamento. Non intendo dire che occorre porre sbarramenti, ma è opportuno che i medici neolaureati acquisiscano prima una vera competenza per poter in seguito entrare nel convenzionamento.

Infine, vorrei ricordare che diventa importante per noi sotto l'aspetto dottrinale stabilire che valore può avere una operazione di definizione giuridica di questo *tertium genus*, che è il «medico convenzionato»: non medico del Servizio sanitario nazionale, non medico libero professionista (rarietà ormai riservata a qualche vecchio medico, oppure a qualche medico molto intraprendente che volontariamente è uscito dal Servizio sanitario per esercitare la libera professione avendo acquisito la necessaria clientela) ma fattispecie ormai prevalente. Da tutto questo sono esclusi i dentisti, che costituiscono fra l'altro una categoria alimentata dall'arrivo dall'estero anche di tedeschi, ungheresi ed altri, in rapporto all'ancora mancata definizione di una «professione autonoma».

È concepibile un *tertium genus* sul piano del diritto amministrativo, cioè il «medico

convenzionato»? Questo non è un problema puramente speculativo, la cui considerazione può essere sollecitata anche da quelle sentenze — da lei richiamate — sulla parasubordinazione; è un problema politico-legislativo che va affrontato sulla base della definizione del «ruolo medico». Per definire l'effettivo «ruolo medico» non basta la distinzione tra i vari livelli — come propone il disegno di legge n. 279, d'iniziativa governativa recentemente presentato al Senato — ma occorre qualcosa di più. Quando esamineremo questo testo, inevitabilmente si ripresenterà la questione del medico convenzionato, dei suoi diritti e dei suoi doveri, del suo stato giuridico, del suo grado di subordinazione (sia sotto l'aspetto contrattuale che sotto quello non contrattuale), sulla rispondenza delle sue funzioni alle necessità del sistema. Penso che su questo punto siano necessari ulteriori precisazioni ed uno studio approfondito del problema.

DE CESARE. La prima questione che vorrei richiamare è quella della sanatoria. Indipendentemente da come verrà formulato il testo di legge per la regolamentazione di questo argomento, è innegabile che fino ad oggi si sono avute ben quattro sanatorie. È necessario comunque tenere presente (come giustamente ha rilevato la senatrice Rossanda) il punto centrale dell'esercizio delle funzioni da parte dei vari soggetti interessati. In sede legislativa voi deciderete circa l'ingresso degli assistenti e dei convenzionati, ma il problema dell'esercizio delle funzioni superiori si presenta almeno sotto dieci aspetti fattuali diversi. Precedentemente alcuni medici basavano il loro esercizio di funzioni superiori sull'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica n. 130 del 1969 relativo allo stato giuridico del dipendente degli enti ospedalieri; in particolare gli ospedalieri non riconoscevano altra fonte. Oggi, purtroppo, nel nostro paese molti continuano a basare l'esercizio delle loro funzioni su quel famoso articolo 7. Molte USL attribuiscono la funzione ai loro dipendenti in base all'articolo 29 del decreto del Presidente della Repubblica n. 761; giuridicamente, però, vi

sono almeno quattro diverse ipotesi per l'applicazione di questo articolo 29. Infatti vi è chi cessa dalle proprie funzioni dopo sei mesi perchè così è formalmente stabilito dal comitato, e chi invece non cessa dalle proprie funzioni perchè il comitato di gestione non stabilisce niente in proposito.

Ripeto che a mio parere il problema della sanatoria si incentra in modo particolare sulle funzioni di esercizio, su quelle superiori e su quelle a livello intermedio. È chiaro che si deve trovare una formulazione giuridica tale da non permettere l'accesso diretto, soprattutto a livello di primari. A mio parere una cosa è comunque certa: o si limita il campo agli incaricati *ex* articolo 3 della vecchia «legge ospedaliera» (decreto del Presidente della Repubblica n. 128 del 1968 sull'ordinamento interno dei servizi ospedalieri), oppure si attribuisce la responsabilità a chi ha di fatto adottato gli atti. Mi rendo conto di poter essere accusato di passatismo, ma ritengo necessario dare una potestà ricognitiva alle USL. Vi sono oggi dei medici che hanno esercitato funzioni superiori a livello di aiuto o a livello di primario, e vi sono giuridicamente almeno dieci ipotesi accertate: dal reggente a colui che è responsabile del servizio perchè così ha stabilito il Consiglio di Stato (per cui a livello di primario di sezione il responsabile è sempre individuabile anche penalmente); dalle quattro ipotesi dell'articolo 29 al caso dell'articolo 7 che in molte Regioni è ancora applicato dalle USL. In questa situazione, indipendentemente dalla formulazione dell'inquadramento, o il Parlamento decide la tesi restrittiva attribuendo incarichi ai sensi del ricordato articolo 3 del decreto n. 128, oppure attribuisce una potestà ricognitiva alle USL conformemente al disposto dell'articolo 67 del decreto n. 761. Se poi il Parlamento fosse orientato a sanare anche la situazione dei primari si potrebbe studiare una formulazione simile all'inquadramento dato agli associati in campo universitario.

ROSSANDA. Mi sembra uno dei peggiori esempi che si possano fare, data la *bagarre* che è stata provocata in campo universitario.

DE CESARE. La *bagarre* è stata provocata in alcuni casi e per alcune discipline, e di questo io sono a conoscenza. Il 98 per cento degli associati è stato però sistemato.

PRESIDENTE. Siamo in tema di scienza giuridica, quindi dobbiamo studiare tutte le possibilità.

DE CESARE. Quindi questa norma potrebbe essere in qualche misura conformatata pur tenendo conto delle disfunzioni che ha creato il sistema degli associati.

Un altro punto che è stato richiamato attiene all'essenza del rapporto dei medici convenzionati. La Cassazione ha stabilito, prendendo atto di una situazione esistente, che questo rapporto non è di pubblico impiego né di prestazione d'opera professionale da parte di privati. Si tratta di un *tertium genus* perchè è un rapporto di parasubordinazione, dato che in qualche misura (e questa è giurisprudenza costante per i convenzionamenti con gli istituti mutualistici) l'Amministrazione obbliga con questo contratto a determinati adempimenti e prestazioni quello che sostanzialmente è un libero professionista. Indubbiamente questa situazione rappresenta un pericolo, a cui si aggiunge il problema dei laureati in medicina.

Mentre un laureato in giurisprudenza può impiegarsi in un Ministero e sperare in un futuro migliore, un laureato in medicina ha poche possibilità di scelta. La collettività si deve far carico di questa situazione. A questo punto è chiaro che se il Ministero della sanità vuole mantenere le due forme distinte degli articoli 47 e 48 deve smetterla (il termine è brutto ma proprio) con i convenzionamenti e non continuare ad imporre vincoli ad un medico che effettivamente rimane al di fuori del Servizio sanitario nazionale. Infatti accade che un libero professionista, estraneo da un rapporto di subordinazione con il Servizio sanitario nazionale, deve subire ispezioni al proprio studio al fine di constatare come procedono le cose senza ricevere alcuna controprestazione e adducendo la scusa che egli non svolge la professione privata pura. Il libero professionista è poi

soggetto a discipline proprie del rapporto di pubblico impiego, quale ad esempio l'obbligo di informazione agli uffici delle unità sanitarie locali. Mi rendo conto che è molto difficile fare in modo che le cose non vadano in questa direzione, però le prescrizioni aumentano sempre. Infatti due anni fa si avevano venti prescrizioni, ora, con il prossimo convenzionamento, se ne avranno trenta.

A questo punto la volta in cui il medico non vuole mantenere questo rapporto di subordinazione (con il solo introito dell'USL) e va dinanzi al giudice, questi dice che, mancando l'atto formale di nomina, il medico non è formalmente dipendente dell'USL. In sostanza, però, il rapporto di subordinazione esiste, esiste la prestazione pressochè totale a carico dell'USL, il medico è tenuto a certi adempimenti, ci sono, quindi, tutti gli elementi del rapporto di pubblico impiego e il giudice è tenuto a considerare questo aspetto.

Due anni fa una sentenza del TAR del Lazio ha riconosciuto il rapporto di pubblico impiego ai professionisti convenzionati con la cassa mutua dell'ATAC perchè da molti anni prestavano servizio anche se con orario ridotto, e perchè esistevano tutti gli elementi per rendere valido il rapporto di pubblico impiego. Si è creato, allora, un problema di compatibilità, perchè la maggior parte era già dipendente. Si tratta, quindi, di una modulazione all'interno della convenzione, una modulazione degli adempimenti giuridici e tecnico-sanitari che viene imposta al medico che contrae, con il convenzionamento, un certo tipo di attività.

Ritengo (e mi scuso del mio continuo saltare da un punto all'altro) che se si potenziassero i servizi di un ospedale, dopo un certo periodo di tempo il convenzionamento verrebbe a diminuire perchè, se prima pagavo venti medici convenzionati per una spesa di un miliardo di lire (per esempio), ora che sono stati potenziati i servizi pubblici non dovrei aver più bisogno dell'opera di venti medici convenzionati, quindi attuerei un forte risparmio. Invece, dove sono stati potenziati i servizi pubblici, nel campo della specialistica, non si è avuta alcuna diminuzione.

12^a COMMISSIONE

15° RESOCONTO STEN (15 febbraio 1984)

Tutto questo, secondo il mio parere, deriva dal fatto che in qualche misura il convenzionamento è considerato rapporto d'impiego.

Ora, per quanto riguarda i concorsi, mi sembra che abbiano ragione i senatori Melotto e Rossanda a definirlo un problema serio.

Mi rendo perfettamente conto del fatto che oggi è utopistico pensare di abolire i ruoli andando a contratti a tempo indeterminato. Questo non impedirebbe al legislatore di ipotizzare, sull'USL, una politica di doppia modulazione, e cioè: per un certo tipo di personale potrebbe essere valido il rapporto di pubblico impiego attraverso il ruolo, mentre per altro personale (niente lo impedisce dal punto di vista giuridico) si potrebbe usare un tipo di contratto a tempo indeterminato.

Già dal punto di vista giuridico e, vorrei dire, teorico, niente impedirebbe ad una USL di dire che, come viene fatto per gli avvocati che difendono le USL o per gli architetti che studiano un progetto, o per gli ingegneri...

ROSSANDA. Ho l'impressione che un articolo dell'ultimo decreto lo proibisca.

MELOTTO. È molto importante capire tutto questo in modo completo. Mi ha meravigliato, infatti, quanto è stato detto prima, perchè se tutto è imm modificabile, il Servizio sanitario sarà destinato ad altre alternative.

Ora, per quanto riguarda il Servizio, esistendo un rapporto di pubblico impiego, da quel Servizio dobbiamo trarre la dirigenza apicale, così come avviene in tantissime altre attività di questo paese, sia pubbliche che private. In questo modo non si attua un ruolo a parte, ma si consacra invece la possibilità per la funzione apicale, di poter essere scelta per contratto, quindi con provvedimenti di nomina.

DE CESARE. Senatore Melotto, se mi si chiedesse (dal punto di vista storico di politica legislativa) a quale disciplina del settore delle USL si dovesse andare per il personale, sarei molto netto: ad un ritorno alla «legge Petragliani» del 1938 in cui, in effetti, negli

ospedali il solo primario era un pubblico dipendente.

PRESIDENTE. È l'opposto di quanto prospetta la senatrice Rossanda.

ROSSANDA. Non esattamente.

DE CESARE. Voglio dire che in quella legge, che era ottima e non ha avuto esplicitazione perchè è scoppiata la guerra, il ruolo, la dipendenza pubblica era solo a livello apicale. Il primario era dipendente dell'ospedale; l'assistente o l'aiuto avevano dei contratti, indipendentemente dal fatto che fossero pagati o meno, e probabilmente non erano nemmeno pagati (così come avveniva nelle Università). A parte questo, certo non c'era un rapporto di dipendenza. Il ruolo, infatti, è stato realizzato con la «legge Mariotti» del 1968.

Ora in qualche misura — secondo me — si dovrebbe andare, dal punto di vista giuridico, a vedere come viene configurata la norma. Niente è impossibile, una volta che si è determinato di trovare una giusta ed equa soluzione.

Per quanto accennava la senatrice Rossanda, non c'è dubbio che sarei d'accordo se loro mi assicurassero che si possono stipulare contratti che non daranno mai luogo ad un rapporto di dipendenza, anche solo per alcune categorie (i fisici per fare un esempio).

PRESIDENTE. Questo è pacifico.

DE CESARE. Si tratta di modulazioni giuridiche, perchè se ad un certo punto concludo il contratto e i fisici li obbligo a certi comportamenti tipici del rapporto di pubblico impiego, oppure, come è successo con i medici convenzionati (i cosiddetti gettonati), li metto a fare le guardie negli ospedali, allora non sono più d'accordo.

PRESIDENTE. L'altro modello che mi sembra sia stato proposto è quello di considerare la carriera medica pubblica parallela a quella delle forze armate — ad esempio —

12^a COMMISSIONE

15° RESOCONTO STEN (15 febbraio 1984)

per cui attraverso l'anzianità, i punteggi di carriera, la verifica di qualità, eccetera, si arriva tutti in parallelo ad essere un insieme di generali o di ammiragli. Però il comando di certe unità viene svolto a turno!

A me sembra inconcepibile stabilire una funzione primariale «a turno», ad anno solare o magari a ciclo lunare; questo è il punto sostanziale. Vorrei che si registrasse questa opinione!

Alcune soluzioni applicabili a certi settori dell'amministrazione dello Stato non sono applicabili alla medicina. Vorrei chiarirlo, perchè sta emergendo questa proposta, pur non avendo ancora una paternità politica. A me sembra che non sia attuabile. Vorrei chiedere a lei, come esperto della scienza giuridica, il suo parere.

DE CESARE. È fattibile, ma non auspicabile.

MELOTTO. A differenza di quanto avviene per tante branche dell'amministrazione pubblica, il decorso del tempo non è elemento sufficiente a qualificare le persone nel settore della sanità. Invece il sistema ideato con il decreto del Presidente della Repubblica n. 761, porterà esclusivamente — come dato fondamentale — a premiare proprio il decorso del tempo. E non è detto che il primario dell'ospedaletto da campo via via, a 65 anni, arrivando alla posizione di primario dell'ospedale multizonale, lo renda comunque qualificato. È necessario un sistema di selezione della dirigenza che non si limiti a scrivere nella legge che l'aggiornamento è obbligatorio, mentre poi non lo si fa, o lo si subisce nel migliore dei casi, ma, per i meccanismi di incentivazione e di elasticità che possono mettere in moto l'individuo, lo «costringa» ad aggiornarsi e qualificarsi. L'alternativa è avere degli ospedali che, pur senza atti ufficiali di trasformazione, diventeranno di fatto gerontocomi.

PRESIDENTE. Quindi è necessaria sempre una verifica, in qualche modo.

MELOTTO. Invece ora, quando uno è entrato in un posto, nessuno lo toglie più e si

realizza la seconda o terza divisione, smembrando la prima, perchè quel medico non lo si può comunque far uscire dal servizio.

ROSSANDA. Pensavo che sarebbe possibile un modello come i *consultants* inglesi.

DE CESARE. Quanto ai concorsi, noto che manca nella legislazione la fantasia, che invece giuridicamente può esserci benissimo. Prendiamo ad esempio le categorie di dipendenti delle USL. Non vedrei niente di male se alcuni dipendenti — poniamo i dirigenti amministrativi — fossero assunti con concorsi a livello regionale. Analogamente, non vedrei niente di male se, a livello di portantini, si utilizzasse invece il sistema delle liste di collocamento, che secondo me è il sistema migliore. A livello di medici o di personale infermieristico infine, francamente secondo me dovrebbe essere attribuita la competenza alle USL.

A tal fine, basterebbe modificare una norma del decreto del Presidente della Repubblica n. 761: articolo 12. Sinceramente ritengo che sia da studiare una modifica per l'attribuzione di questi concorsi, di queste potestà concorsuali, trasferendole alle USL. Ma studierei anche un sistema di concorsi diverso da quanto stabilito dalla legge ospedaliera del 1968 o, più o meno, dal citato l'articolo 12.

Non vorrei essere frainteso per questa mia affermazione, ma non vedrei la possibilità, non per l'idoneità attuale di primario o di aiuto a livello ministeriale, ma per l'idoneità regionale o nazionale, di assicurarsi, attraverso un sistema tipo l'avviso pubblico, questi idonei da parte delle USL. Se vado a ripercorrere la storia attraverso le quattro sanatorie, dal 1965 ad oggi, vedo che l'ultimo sistema concorsuale applicato è stato proprio l'avviso pubblico.

So benissimo che mancavano la verifica della professionalità ed altre indicazioni, però anche tutti i pregi del sistema, come porre su un piede di parità gli aspiranti a un determinato posto, possono venire meno. Il senatore Melotto sa benissimo che a Roma si verifica (non so se è lo stesso in Lombardia o in altre Regioni) che spesso e volentieri con

il cosiddetto avviso pubblico addirittura certi ospedali, per andare contro la graduatoria dei titoli, inseriscono illegittimamente una prova pratica o orale.

MELOTTO. È una pratica diffusa.

DE CESARE. Dovrebbe essere il contrario in sede teorica, ma in sede pratica è così, perchè permette alla commissione di giostrare di più che in sede di presentazione dei titoli. In qualche misura sicuramente vedrei delle attribuzioni in sede concorsuale distinte per determinate categorie; non è detto che debbano essere assegnate tutte alle USL.

Il sistema attualmente è ingestibile. Un altro suggerimento che mi permetto di avanzare per i dipendenti delle USL, è la possibilità di trovare un'analogia con i segretari comunali, che hanno il concorso nazionale, mentre nel nostro caso si svolgerebbe presso la Regione. Attraverso questo sistema si assicurerebbe la mobilità, perchè il funzionario amministrativo di un certo livello potrebbe andare presso le USL, quindi la Regione in qualche misura funzionerebbe come lo Stato per i segretari comunali.

Questo problema, dunque, se affrontato in tal modo, pragmaticamente, per quanto riguarda i concorsi, può essere risolto. E se anche si adottasse la normativa stabilita dall'articolo 12 del decreto n. 761, e si lasciasse tali competenze solo alle USL, il sistema non sarebbe, ugualmente, automatico. Non è solo una questione di attribuzione Regione-USL-Comune, è un problema di ordine pratico. Secondo me, non c'è dubbio che, in qualche misura, con una valutazione giuridica più esatta e una modifica del sistema dei concorsi, si potrebbero introdurre degli elementi nuovi e più idonei nella normativa stabilita dal più volte ricordato decreto del Presidente della Repubblica n. 761. Non è necessario, come si dice sempre, abolire tale decreto, perchè è sufficiente introdurre dei sistemi contrattuali più snelli.

A proposito della mobilità del personale, oggi la questione è molto discussa, perchè non si sa bene come attuarla soprattutto dal

punto di vista giuridico. Secondo il mio parere si può prendere a modello il sistema adottato dallo Stato italiano quando possedeva le colonie. Questo trasferiva i propri funzionari dandogli però come incentivo uno stipendio triplo e un'anzianità doppia. La soluzione, anche nel nostro caso, potrebbe essere questa, ossia dare degli incentivi al personale da trasferire. Tutto questo può essere attuato attraverso una rimodulazione giuridica del decreto n. 761, modificando alcuni punti e introducendo ad esempio questa nuova prospettazione.

Come diceva anche il senatore Melotto, è necessario rivedere la contrattazione, non certo perchè vada modificata la legge-quadro sul pubblico impiego, la quale anzi risponde, in qualche misura, a delle esigenze effettive attraverso questi tre aspetti: presenta un procedimento contrattuale tipico, distingue le materie riservate al contratto e le materie riservate alla legge, individua i contratti. Quindi, quello che non va non è la legge-quadro, non è la contrattazione sanitaria, bensì una certa politica da parte degli organismi legislativi che impongono, dal punto di vista contrattuale, ipotesi che devono adattarsi sia al comparto della sanità, sia al comparto delle poste o a quello della scuola.

Signor Presidente, poichè non ho risposto a tutte le domande che mi sono state rivolte, mi premurerò di fare avere alla Commissione, insieme ad una memoria scritta, anche le risposte ad ogni singolo quesito. Desidero aggiungere, inoltre, che sarei felice di potermi rendere ancora utile in qualche altra occasione.

PRESIDENTE. Con lei abbiamo ascoltato l'ultimo della catena di esperti. Questa parte della nostra indagine conoscitiva l'abbiamo messa al primo punto nella serie di audizioni che stiamo conducendo. Dopo la fase riservata alle Regioni, seguirà quella dei contatti con i sindacati ed i rappresentanti di categoria: quindi ci sarà ancora occasione di riconsiderare un po' tutta la materia del personale, che è estremamente complessa e determinante per il Servizio sanitario nazionale.

12ª COMMISSIONE

15º RESOCONTO STEN. (15 febbraio 1984)

È, comunque, nei poteri della Commissione, anche al di fuori della indagine conoscitiva, ricorrere ad una audizione di esperti, chiedendo il loro ausilio spontaneo e volontaristico anche in sede di approvazione del disegno di legge di sanatoria e di un'eventuale modifica del decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979.

Poichè nessun altro domanda di parlare, non facendosi osservazioni, dichiaro conclusa l'audizione.

Il seguito dell'indagine conoscitiva è rinviato ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 20,10.

SERVIZIO DELLE COMMISSIONI PARLAMENTARI
Il Consigliere parlamentare delegato per i resoconti stenografici
DOTT. ANTONIO RODINÒ DI MIGLIONE