



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 2

N.B. I resoconti stenografici delle sedute di ciascuna indagine conoscitiva seguono una numerazione indipendente.

COMMISSIONI RIUNITE

11^a (Lavoro, previdenza sociale) e 12^a (Igiene e sanità)

INDAGINE CONOSCITIVA SULLE PROCEDURE DI ACCERTAMENTO DELLE MINORAZIONI CIVILI DA PARTE DELL'INPS AI FINI DEL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ CIVILE E DELLE INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO, CON PARTICOLARE RIGUARDO ALLA VERIFICA DEI PRESUPPOSTI SANITARI PER LE PERSONE AFFETTE DA MALATTIE CRONICO-DEGENERATIVE ALLO STATO INIZIALE DELLA PATOLOGIA

2^a seduta: martedì 12 giugno 2012

Presidenza del presidente della 11^a Commissione GIULIANO
indi del presidente della 12^a Commissione TOMASSINI

I N D I C E

Audizione di rappresentanti di INCA-CGIL, INAS-CISL, ITAL-UIL,
ENAS-UGL, ENCAL-CISAL e Patronato ACLI

PRESIDENTE:			
* - GIULIANO	..... Pag. 3, 8	* BITTI	..... Pag. 8
* - TOMASSINI	..... 9, 12	BOTTAZZI	..... 3
SBARBATI (UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN- MRE-PLI-PSI)	..... 12	* DE SANTIS	..... 9
		VICARI	..... 7

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Coesione Nazionale (Grande Sud-Sì Sindaci-Popolari d'Italia Domani-Il Buongoverno-Fare Italia): CN:GS-SI-PID-IB-FI; Italia dei Valori: IdV; Il Popolo della Libertà: PdL; Lega Nord Padania: LNP; Partito Democratico: PD; Per il Terzo Polo (ApI-FLI): Per il Terzo Polo:ApI-FLI; Unione di Centro, SVP e Autonomie (Union Valdôtaine, MAIE, Verso Nord, Movimento Repubblicani Europei, Partito Liberale Italiano, Partito Socialista Italiano): UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI; Misto: Misto; Misto-MPA-Movimento per le Autonomie-Alleati per il Sud: Misto-MPA-AS; Misto-Partecipazione Democratica: Misto-ParDem; Misto-Partito Repubblicano Italiano: Misto-P.R.I.; Misto-SIAMO GENTE COMUNE Movimento Territoriale: Misto-SGCMT.

Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, in rappresentanza di CE-PA (ACLI-INAS-INCA-ITAL), il dottor Marco Bottazzi, la dottoressa Angela Maria Caracciolo, la dottoressa Luigina De Santis, la dottoressa Marilena Mellone e il dottor Michele Zerillo, in rappresentanza di ENAS-UGL, il dottor Rolando Vicari, presidente, e il dottor Fiovo Bitti, servizio studi UGL.

Presidenza del presidente dell'11^a Commissione GIULIANO

I lavori hanno inizio alle ore 15,55.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di rappresentanti di INCA-CGIL, INAS-CISL, ITAL-UIL, ENAS-UGL, ENCAL-CISAL e Patronato ACLI

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle procedure di accertamento delle minorazioni civili da parte dell'INPS ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile e delle indennità di accompagnamento, con particolare riguardo alla verifica dei presupposti sanitari per le persone affette da malattie cronic-degenerative allo stato iniziale della patologia, sospesa nella seduta dell'8 maggio scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso e la trasmissione radiofonica e che la Presidenza del Senato ha già preventivamente fatto conoscere il proprio assenso. Se non si fanno osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per il prosieguo dei lavori.

È oggi prevista l'audizione di rappresentanti di INCA-CGIL, INAS-CISL, ITAL-UIL, ENAS-UGL, ENCAL-CISAL e Patronato ACLI. Sono presenti, in rappresentanza di CE-PA (ACLI-INAS-INCA-ITAL), il dottor Marco Bottazzi, la dottoressa Angela Maria Caracciolo, la dottoressa Luigina De Santis, la dottoressa Marilena Mellone e il dottor Michele Zerillo, in rappresentanza di ENAS-UGL, il dottor Rolando Vicari, presidente, e il dottor Fiovo Bitti, servizio studi UGL, che ringrazio per aver accolto il nostro invito.

Do quindi la parola al dottor Marco Bottazzi.

BOTTAZZI. Signor Presidente, dovendo fondamentalmente concentrarci sulle patologie cronic-degenerative, vorrei rilevare che possiamo

far derivare la loro incidenza nell'ambito dell'invalidità civile dai dati statistici da cui si evince soprattutto che la popolazione che si rivolge al sistema dell'invalidità civile si colloca nell'età in cui sappiamo statisticamente concentrarsi le malattie cronico-degenerative. Nelle fasce più giovani, tra i 40 e i 59 anni, troviamo, infatti, fondamentalmente le patologie cerebrovascolari, l'ictus e le neoplasie. I dati consentono di avere una chiara indicazione circa le popolazioni e le patologie di riferimento.

Dedicheremo particolare attenzione all'indennità di accompagnamento, che è quella maggiormente oggetto di discussione, avendo chiaro che oggi ci riferiamo spesso in termini generali ai falsi invalidi, mentre ci sono adempimenti cui sono chiamati i medici dell'INPS nel momento in cui si confrontano con una prestazione non dovuta, laddove cioè non sussistono i requisiti di base per il riconoscimento. Oggi, invece, la maggior parte delle patologie cronico-degenerative è oggetto di costante controllo e verifica da parte dell'istituto assicuratore che porta in genere a una revisione del giudizio precedentemente espresso. Si arriva a questa modifica innanzi tutto perché operiamo sulla base di tabelle ferme al 1992, per quanto concerne l'anno di immissione, ma che in realtà, essendo state scritte nel 1989, sono veramente antiquate dal punto di vista delle conoscenze e delle competenze mediche. Da allora, infatti, ci sono stati cambiamenti significativi per quanto riguarda le terapie, i trapianti e i farmaci.

Al riguardo, vorrei portare uno degli esempi più classici di revisione: fino ai primi anni Novanta, in caso di soggetto affetto da neoplasia che si rivolgeva alla Commissione invalidi civili, si riteneva fosse una patologia infausta e non si dava termine revisionale. Oggi, quando molti di questi soggetti vengono richiamati, giustamente vedono modificato il giudizio nei loro confronti e, in questi casi, noi patronati diamo sempre l'indicazione di non avviare del contenzioso, proprio perché sussistono le motivazioni per il quadro modificativo e quindi per il venir meno del precedente riconoscimento.

Diverso è il caso in cui la revoca avviene perché negli anni si sono modificati i concetti che determinavano in particolare l'indennità di accompagnamento, cioè l'incapacità di deambulare in modo autonomo, o di compiere gli atti quotidiani della vita. Tali concetti sono stati definiti fondamentalmente dalla giurisprudenza e oggi sono stati circoscritti da una circolare applicativa formulata dal coordinamento medico legale dell'INPS.

Intendo soffermarmi su questo punto, perché le linee operative delle circolari ministeriali dei primi anni Novanta e soprattutto gli orientamenti della Cassazione hanno determinato un profondo restringimento delle condizioni che danno vita all'indennità: ad esempio, si afferma che la deambulazione deve essere totalmente impedita anche con l'uso di presidi, come protesi, girelli, sedie deambulatorie; inoltre, gli atti quotidiani sono solo limitati alle attività intradomiciliari e non si considerano più anche quelle extradomiciliari.

Su questo punto erano presenti orientamenti molto più aperti già nella circolare del Tesoro del 1992, ma la Cassazione si era dimostrata molto

più aperta, dando orientamenti giurisprudenziali molto più vasti per quanto riguardava il concetto di atto quotidiano e soprattutto di deambulazione. A quest'ultimo riguardo, ad esempio, prendeva molto valore la capacità psichiatrica di sapere non solo muovere le gambe, ma dove orientare il gesto: un malato di Alzheimer è indubbiamente in grado di muovere le gambe, ma non sa in quale direzione farlo. E questo è un problema che la Cassazione ha più volte risolto in maniera molto puntuale e precisa.

Le linee guida dell'INPS emanate nell'ultimo anno hanno invece portato a un restringimento di questi concetti. In proposito vi porterò due esempi di revoca relativi a due casi che ho trattato io in queste settimane; il primo riguarda una ragazza di 11 anni, che attualmente frequenta la prima media, titolare dell'indennità di frequenza per una grave forma di dermatite da contatto a metalli e prodotti chimici. Questa ragazza non può toccare assolutamente un'asta di un autobus, tanto che per risolvere il problema e consentirle di frequentare la scuola, l'istituto si è dotato di un banco di legno naturale. In sede di visita di revisione, questa ragazza si è vista togliere la prestazione con una diagnosi e un'obiettività identica a quella che aveva dato origine al provvedimento, perché sono semplicemente cambiati gli orientamenti.

L'altro caso è quello di un uomo ultrasessantacinquenne con indennità di accompagnamento, che ha un grave *deficit* visivo: vede solo *motu manu*, cioè si accorge solo del movimento della mano davanti ai suoi occhi. A distanza di tre anni la commissione dell'INPS lo ha rivisto scrivendo la medesima diagnosi (cioè che «percepisce il movimento della mano di fronte agli occhi»), ma non ha concesso la prestazione. Quindi, la diagnosi è identica, ma sono cambiati i concetti che danno origine alla prestazione e che quindi motivano la revoca. Questo è un quadro diffuso con il quale ci si confronta.

Rispetto a tali elementi, come medici di patronato (noi rivendichiamo questo titolo perché siamo portatori di una visione più ampia e non settoriale della problematica dell'invalidità civile e dell'*handicap*) riteniamo necessario avviare alcune modifiche fondamentali.

Innanzitutto, parlando di malattie cronico-degenerative, occorre arrivare al più presto all'emanazione delle nuove tabelle con le percentuali dell'invalidità civile, che sono state terminate nella loro elaborazione da una specifica commissione scientifica e che dal mese di gennaio sono al vaglio del Ministero. In quelle tabelle, che pur mantengono l'impianto delle precedenti emanate nel 1992, le patologie cronico-degenerative trovano una migliore definizione. Penso, in particolare, a tutte le patologie immunitarie, che rappresentano la grande novità degli ultimi 30 anni e che erano totalmente assenti nelle tabelle del 1992, oppure alle patologie neoplastiche e degenerative (Alzheimer o quant'altro).

Ciò è molto importante perché negli ultimi anni abbiamo verificato, in carenza di queste tabelle, che alcune Regioni – come, ad esempio, la Lombardia e la Valle d'Aosta – così come la Provincia autonoma di Trento hanno normato alcune patologie ai fini dell'invalidità civile.

In secondo luogo, come abbiamo ripetuto anche in ambito scientifico, riteniamo sbagliato attribuire all'Istituto previdenziale il compito di definire la platea degli aventi diritto. In sostanza, consideriamo un errore il fatto di avere formulato, attraverso le linee guida della componente sanitaria dell'INPS, orientamenti molto restrittivi, anche rispetto alle prime circolari ministeriali del 1992. A nostro avviso, la scelta di definire la platea degli aventi diritto spetta all'ambito politico, cioè a chi deve definire anche le forme di sostegno da dare ai malati e ai soggetti con serie problematiche di salute.

Questo sistema di revisione impatta con alcuni limiti della normativa, che creano difficoltà all'accesso al diritto del cittadino. Innanzi tutto, è iniqua la norma secondo cui, in pendenza di una causa, non è possibile presentare una nuova domanda: è facile immaginare quanto possa peggiorare il quadro di un soggetto con una patologia cronico-degenerativa nei tre anni in cui si svolge la causa. Ciò porta naturalmente ad una forma di deterrenza rispetto all'avvio di un processo per ottenere il giusto riconoscimento. In tal modo, il soggetto tende a perdere «pezzi di diritto».

Vale lo stesso ragionamento, cioè il fatto di non presentare nuove domande, anche quando si è in pendenza di una domanda amministrativa. Anche in questo caso, abbiamo bisogno di procedure molto più snelle e rapide, soprattutto per alcune prestazioni. Penso, soprattutto, alla legge n. 104 del 1992: non è possibile che i permessi per l'assistenza dell'*handicap* vengano riconosciuti dopo un anno dalla domanda. Tra l'altro, rispetto alle indennità di tipo economico, queste indennità, una volta perse, non possono essere recuperate; il familiare di un soggetto con una malattia cronico-degenerativa, che si vede riconoscere il diritto ai permessi dopo un anno, non può rivendicare per l'anno precedente quello stesso diritto.

È necessaria anche un'altra modifica dal punto di vista sanitario, per non costringere i soggetti a riempire di domande l'istituto assicuratore: per legge si prevede che la commissione che valuta il soggetto può prendere in considerazione solo le patologie già oggetto di riconoscimento. Quindi, quanto avvenuto tra il primo riconoscimento e la visita di revisione non può essere assunto come nuovo. Dunque, un soggetto che ha già il 100 per cento di invalidità civile con l'accompagnamento non presenta nuove domande, anche in presenza di un quadro diverso, perché, nel momento in cui si presenta dinanzi alla commissione, non si vede riconoscere il nuovo quadro. Se non risolviamo questa incongruenza, costringiamo i cittadini che hanno già il massimo del riconoscimento a riempire le commissioni di invalidità civile di nuove domande per aggiungere al 100 per cento un'altra patologia che non cambia la prestazione.

Deve essere modificata anche la norma che prevede un percorso facilitato dal punto di vista temporale solo per i malati oncologici. Infatti, altre malattie cronico-degenerative, proprio per la loro importanza, richiederebbero un percorso analogo. Penso soprattutto agli insulti cerebrovascolari, agli ictus, che devono essere affrontati rapidamente nel momento dell'acuzie, cioè quando si manifestano; poi, a distanza di sette o otto mesi, richiedono un impegno minore da parte della famiglia.

Inoltre, il meccanismo di revisione e di controllo da parte dell'INPS sconta una forza del controllo piramidale che alla fine determina una deresponsabilizzazione da parte dei medici nella fase accertativa, che delegano a riconoscere le prestazioni più impegnative agli organi superiori dell'Istituto, e quindi al direttore sanitario di sede o addirittura alla commissione medica centrale nazionale. Tale meccanismo allunga notevolmente i tempi e determina – ripeto – una deresponsabilizzazione del medico che visita il soggetto in prima battuta.

L'ultima considerazione riguarda l'impegno necessario alla definizione delle politiche. Con il passaggio all'INPS di tutta la partita relativa all'invalidità civile, ai ciechi, ai sordi e così via, avremo bisogno che si addivenga ad una estensione a livello nazionale del sistema virtuoso messo in piedi dalla provincia di Trento, cioè di una banca dati in grado di evidenziare, rispetto ai riconoscimenti (cioè a quei dati poc'anzi illustrati), quali sono le prestazioni cui accedono i cittadini. La banca dati della Provincia di Trento, ad esempio, è in grado di evidenziare quanti soggetti ogni anno hanno utilizzato i benefici previsti dalla legge n. 104 per sé o per un familiare ed in quale forma (i congedi di tre giorni, la riduzione oraria di due ore al giorno e così via). Da un punto di vista generale, ciò contribuisce a capire il tipo di impegno che dobbiamo assicurare ai nostri cittadini.

VICARI. Signor Presidente, la nostra posizione è molto semplice. Non vorrei ripetermi, perché il collega che mi ha preceduto ha già spiegato tutto; quindi sarò brevissimo. Tra l'altro, noi lavoriamo in stretto contatto con il centro studi della nostra organizzazione promotrice, il cui responsabile, il dottor Bitti, è seduto qui accanto a me. Abbiamo pertanto idee ed opinioni molto simili.

Svolgerò una sola ed unica considerazione, rimettendomi per il resto all'appunto scritto che ho consegnato agli atti delle Commissioni. Al di là delle varie invalidità di cui si è parlato poc'anzi, su cui non voglio tornare, vorrei avanzare una proposta, che noi riteniamo importantissima. Sappiamo tutti che le varie invalidità a volte vengono riconosciute dopo due o tre anni e – se mi consentite una battuta un po' cattiva – spesso e volentieri vengono riconosciute quando chi ha presentato la domanda è già morto. Crediamo pertanto che sia giunto il momento di superare l'*impasse* della divisione degli accertamenti tra ASL ed INPS. Penso che questa grande INPS sia pronta per poter fare qualcosa di concreto e di generalizzato per tutte le situazioni. Soprattutto, ci sarebbe la possibilità in questo caso di avere un'interpretazione univoca, perché sappiamo benissimo che le varie Regioni offrono interpretazioni diverse ed ogni volta ci troviamo ad affrontare situazioni diverse a seconda della Regione in cui sono state presentate le domande; ci troviamo spesso in grosse difficoltà. Se invece si riesce finalmente a chiarire il tutto e a mettere la grande INPS nella situazione di poter fare direttamente e concretamente questi accertamenti, non solo guadagneremmo un sacco di tempo, ma soprattutto avremmo delle decisioni univoche e generalizzate per tutti. Tutti useranno

lo stesso metodo, tutti avranno la possibilità di sapere le stesse cose e di gestirle nella stessa maniera e non ci sarà più la possibilità di avere interpretazioni diverse.

Il collega poc'anzi ha spiegato che la stessa cosa viene interpretata in maniera diversa a seconda dei momenti e dei passaggi. L'unica proposta che il patronato ENAS sente di dover portare avanti con forza è proprio questa: facciamo un qualcosa di concreto, di unico e di centralizzato sull'INPS. Tra l'altro, se non sbaglio, l'INPS ha già la possibilità di svolgere totalmente questo lavoro tramite le proprie strutture e il proprio *staff*, anche a livello medico. In questo modo supereremmo l'*impasse* dei tempi, che sono veramente pesantissimi per chiunque faccia questo lavoro nella pratica, ridurremmo a più della metà il tempo necessario per aspettare delle risposte concrete e soprattutto (questo è l'aspetto che ci mette spesso davvero in difficoltà) avremmo delle interpretazioni univoche, generalizzate e uguali per tutti, in maniera tale che in tutta Italia sappiamo cosa fare.

Non è possibile che ogni Regione offra delle interpretazioni diverse rispetto alle altre; questo, per quanto riguarda le persone che hanno bisogno, ci sembra inimmaginabile e non accettabile. Questo è quello che ci sentiamo di dire ed è la proposta che ci sentiamo di offrire come patronato ENAS, esclusivamente questo: fare un qualcosa che sia generalizzato per tutta Italia e che metta tutti allo stesso livello.

Come ho già detto, potrete leggere la relazione del nostro centro studi. Cederei ora – se possibile – la parola al dottor Bitti.

PRESIDENTE. La prassi seguita nello svolgimento delle audizioni prevede un intervento per ogni sigla segnalata. Tuttavia, poiché lei non ha impiegato tutti i dieci minuti che aveva a disposizione, do la parola, per i minuti che rimangono, al dottor Bitti.

BITTI. Signor Presidente, per abbreviare i tempi non leggerò per intero il mio intervento, rimettendomi al documento che abbiamo consegnato agli atti delle Commissioni. Vorrei solo segnalare un paio di dati, che derivano dall'analisi che svolgiamo quotidianamente come ENAS.

Molti nostri utenti ci dicono che ci sono tempi di attesa particolarmente lunghi per espletare tutta una serie di pratiche burocratiche. La cosa è particolarmente grave e colpisce, in quanto si parla spesso di semplificazione, mentre in realtà si sta osservando come da un criterio di semplificazione si sia passati ad un'eccessiva burocratizzazione.

Presidenza del presidente della 12^a Commissione TOMASSINI

(Segue **BITTI**). L'altro dato sul quale occorre riflettere riguarda l'aumento esponenziale delle domande di invalidità respinte, pari al 22 per

cento. Ripeto, questo dato dovrebbe far riflettere. Sarebbe interessante, proprio nell'ambito dell'indagine conoscitiva che state svolgendo, verificare se il respingimento di queste domande sia dovuto a motivazioni reali o piuttosto ad interpretazioni difformi. Si evince questa interpretazione difforme anche da una recente intervista del presidente dell'INPS Antonio Mastrapasqua, che evidenzia un dato che deve far riflettere, in quanto coinvolge direttamente due pubbliche amministrazioni. Il dottor Mastrapasqua dice che circa il 50 per cento delle domande che hanno passato il vaglio dell'ASL poi vengono bocciate. Questo è un dato che deve far riflettere, perché siamo davanti a due pubbliche amministrazioni che sembrano comportarsi in maniera assolutamente difforme l'una dall'altra. Sarebbe quindi interessante interrogare l'INPS per capire come possa succedere ciò.

PRESIDENTE. Sono arrivato in ritardo a questa audizione. Mi hanno informato che anche la prima delegazione dovrebbe svolgere un intervento integrativo che non è stato svolto. Darò quindi la parola alla dottoressa De Santis, raccomandando però di rispettare i tempi, al fine di dar modo ai senatori di porre le domande, che sono fondamentali, e agli auditi di rispondere. Credo sia interesse comune arrivare in tempi brevi a concludere il quadro e a definire le proposte da avanzare a conclusione di questa indagine conoscitiva. Raccomando pertanto il rispetto dei tempi, altrimenti diremmo molte parole, ma non arriveremmo al punto di comune interesse.

DE SANTIS. Signor Presidente, il mio intervento è svolto a nome del CEPA, che è il coordinamento dei patronati sindacali promossi da CGIL, CISL e UIL, più le ACLI. Abbiamo ricevuto quattro inviti distinti, ma abbiamo deciso di svolgere un unico intervento diviso in due parti: una parte legata alle procedure, una parte legata agli aspetti dell'accertamento medico-sanitario (quest'ultima è stata svolta dal dottor Bottazzi).

Ringrazio le Commissioni riunite per averci offerto la possibilità di esprimere le nostre idee su un tema molto importante del nostro lavoro. Non utilizzeremo molto tempo e cercheremo di essere sintetici.

Noi parliamo a nome di patronati che sono persone giuridiche di diritto privato, il cui scopo è lo svolgimento di un servizio di utilità pubblica, come ha ribadito la Corte costituzionale con la sentenza n. 42 del 2000.

Le attività di patronato sono finanziate dalle organizzazioni promotrici e dal fondo patronati, che non è finanziato da soldi pubblici, ma dallo 0,226 per cento della contribuzione totale annuale che viene inviata ad INPS, ex INPDAP, INAIL ed ex IPSEMA.

Il lavoro di patronato per la tutela delle persone invalide è testimoniato dai dati. Ogni anno – nel 2011 ad esempio – vengono presentate circa 400.000 domande; il 95 per cento di queste domande è promosso e sostenuto dai patronati, anche perché, come sapete, dal 1° gennaio 2010 il cittadino non può più liberamente inoltrare una domanda cartacea, ma c'è l'obbligo per legge di fare soltanto l'invio telematico. Si tratta di un obbligo che noi stessi riteniamo molto forte e molto vincolante.

Nei materiali che abbiamo consegnato agli atti delle Commissioni riunite abbiamo inserito una nota di presentazione del patronato, delle sue attività e delle leggi che ne definiscono le funzioni; c'è inoltre una nota nella quale abbiamo inserito le nostre richieste specifiche sul tema e ci sono sei capitoli di *slide* in cui abbiamo riepilogato tutta la materia dell'invalidità civile, per quanto riguarda le prestazioni economiche soggette a requisito reddituale, le prestazioni riservate agli invalidi non soggette a vincolo reddituale, le diverse indennità di accompagnamento, le procedure di accesso al diritto (dalla domanda all'accertamento sanitario, all'erogazione della prestazione, al ricorso legale) e le campagne di verifica della sussistenza dei requisiti dopo il riconoscimento del diritto. Consegnaremo agli atti anche le *slide* che ha illustrato il dottor Bottazzi.

Entrando nel merito delle procedure, dobbiamo subito sottolineare – voi lo sapete perché avete già realizzato degli approfondimenti sul tema – che dal 1° gennaio 2010 è entrata in vigore la legge n. 102 del 2009, che, con l'articolo 20 («Contrasto alle frodi in materia di invalidità civile»), ha introdotto innovazioni nel processo di riconoscimento dei benefici in materia di invalidità civile, cecità, sordità, *handicap* e disabilità.

Questo nuovo processo delineato dall'articolo 20 presuppone che le domande volte a ottenere i benefici di cui trattasi, oltre che la certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti, devono essere inoltrate all'INPS esclusivamente per via telematica; da qui il vincolo molto forte per i cittadini che richiamavo.

In questo processo, un ruolo centrale di assistenza nei confronti dei cittadini è stato svolto dai patronati, che hanno anche adempiuto a un'azione di supporto proprio nei momenti di passaggio dalla vecchia alla nuova normativa. A titolo di esempio facciamo riferimento alla collaborazione che abbiamo offerto ai cittadini e all'Istituto quando il numero dei medici certificatori, cioè quelli abilitati all'invio del certificato *online*, era ed è rimasto per alcuni mesi estremamente basso, oppure a quando l'INPS non è stato in grado di richiamare a visita le persone che dovevano essere riviste per verificare la sussistenza del diritto al trattamento, per via di carenze organizzative dell'Istituto.

A due anni dall'entrata in vigore della legge, che nelle intenzioni del legislatore forse poteva garantire rapidità e trasparenza nel riconoscimento delle invalidità civili, siamo stati più volte costretti a denunciare i crescenti disagi cui sono sottoposte persone già drammaticamente colpite; disagi derivanti da persistenti e ingiustificate lacune operative a cui non si è ancora data soluzione.

Dall'avvio della nuova procedura abbiamo constatato che non si è riusciti a mettere a regime una disciplina che avrebbe dovuto rendere più brevi i tempi di attesa e garantire trasparenza, isolando i pochi casi di prestazioni indebite. La legge, infatti, all'articolo 20 richiamato, prevede la partecipazione di un medico dell'INPS nella commissione medica di verifica della ASL per garantire maggiore celerità nella fase di accertamento sanitario. Purtroppo, in base ai dati forniti dal Consiglio di indirizzo e vigilanza (CIV) dell'INPS, la presenza del medico dell'Istituto è

assicurata solo nel 51 per cento dei casi, quindi circa la metà. Tale assenza è ancora più grave nelle cause giudiziarie, laddove la partecipazione dei medici INPS alle sedute dei consulenti tecnici d'ufficio è pari al 37 per cento dei casi. Ricordiamo che l'INPS si era impegnata a non superare i 120 giorni dalla fase di accertamento sanitario all'erogazione della prestazione. Ad oggi non ci siamo e in molti casi si superano i sei mesi dalla domanda al riconoscimento del diritto.

In base alle linee guida interne dell'Istituto, già richiamate dal dottor Bottazzi, tutti i verbali sanitari delle visite effettuate sul territorio dalle commissioni devono essere inviati in blocco e attraverso modalità non organizzate alla Commissione medica superiore nazionale per un ulteriore vaglio e questo passaggio si configura come un vero e proprio imbuto. Tale scelta ha prodotto, in una prima fase, il blocco di fatto delle notifiche degli esiti sanitari anche in caso di malattie oncologiche, laddove la legge prevede che entro 15 giorni la domanda di un soggetto oncologico all'accertamento sanitario debba essere esaudita; c'è stata un'attesa non quantificabile dalle stesse sedi INPS proprio perché tutti gli accertamenti venivano fatti confluire su Roma. Le prassi operative adottate nel tempo non trovano riscontro nelle circolari pubbliche dell'INPS, perché in quelle che troviamo sul sito internet viene dipinta una realtà, mentre quello che si fa è ben diverso. Esiste infatti una nota interna della direzione generale che è rimasta riservata, non viene resa nota agli utenti dell'Istituto e prevede proprio questa sorta di imbottigliamento.

L'articolo 20, che richiamavo, è stato di difficile applicazione anche perché è stata manifestata una grave difficoltà nei rapporti di cooperazione tra INPS e ASL. Come è noto, infatti, all'INPS va rivolta la domanda, ma all'ASL e alla Regione resta la funzione dell'accertamento sanitario. Le ASL oggi non sono in grado di dialogare con il sistema informatico dell'INPS, né per quanto riguarda la comunicazione della convocazione a visita, che sarebbe dovuta avvenire immediatamente dopo l'invio della domanda, né nella fase successiva quando, superata la visita e redatto il verbale, quest'ultimo deve essere inviato all'INPS.

L'introduzione dell'articolo 20 nel decreto-legge n. 78 del 2009 ha provocato un vero e proprio terremoto in Italia, perché c'erano Regioni virtuose nelle quali i procedimenti di invalidità civile venivano eseguiti con grandissima rapidità (al riguardo posso citare certamente la Toscana e l'Emilia Romagna), mentre è stato visto in modo provvidenziale in alcune Regioni, come la Sicilia, in cui dalla domanda all'accertamento trascorrevano spesso più di 24 mesi.

A ogni modo, nella gran parte del territorio nazionale il verbale della visita presso l'ASL è stato redatto in forma cartacea e questi ultimi non sono stati consegnati né ai cittadini né ai patronati, che non sono stati messi in grado di seguire lo svolgimento di avanzamento della pratica e quindi di informare adeguatamente gli interessati. In questo caso, tali disfunzioni nulla avevano a che vedere con la lotta ai falsi invalidi, anzi la trasparenza e l'efficacia della procedura avrebbero dovuto impedire gli abusi.

In sintesi, il CE-PA ritiene necessario sopprimere la comunicazione interna della direzione generale INPS del 20 settembre 2010, risolvere i problemi di natura politica, organizzativa e tecnologica tra INPS e Regioni, attuare pienamente l'articolo 20 della legge n. 102 del 2009, che è in vigore e prevede la presenza del medico INPS nella commissione ASL. Si richiede inoltre di riordinare con provvedimento legislativo tutta la materia relativa al riconoscimento dell'invalidità civile, di reintrodurre il ricorso amministrativo, perché se oggi l'INPS rifiuta la prestazione non si può fare il ricorso amministrativo ed entro sei mesi si deve fare causa per forza e questo spiega le centinaia di migliaia di cause pendenti; infine, certamente chiediamo l'adeguamento delle tabelle, delle quali già parlava il collega.

Concludo così il mio intervento, precisando che lasciamo a disposizione tutta la documentazione per chi voglia seguire il tema con più attenzione.

SBARBATI (UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI). Signor Presidente, intervengo sull'ordine lavori chiedendo che l'audizione odierna non venga dichiarata conclusa, perché abbiamo necessità di rivolgere domande alle persone che oggi sono venute a relazionare, visto che i ritardi non sono imputabili a loro.

PRESIDENTE. Senatrice Sbarbati, accolgo la sua richiesta di rinviare il seguito dell'audizione odierna in modo che possiate svolgere quesiti orali e ricevere risposte orali.

D'ora in poi, nel caso in cui vi siano sforamenti precisi nelle relazioni rispetto ai tempi assegnati, seguiremo la procedura che adottiamo in 12^a Commissione: i senatori pongono quesiti scritti e gli intervenuti rispondono in forma scritta. Questa volta faremo un'eccezione perché non so se sono stati rispettati i termini d'inizio; inoltre, dobbiamo anche abituarci a questa metodica. Raccomando ulteriormente i soggetti auditi di rispettare i tempi previsti e di attenersi agli argomenti richiesti.

Rinvio quindi il seguito dell'audizione e dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,30.