



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 3

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

3^a seduta: martedì 19 giugno 2012

Presidenza del presidente della 11^a Commissione GIULIANO

I N D I C E

Seguito dell'audizione di rappresentanti di INCA-CGIL, INAS-CISL, ITAL-UIL, ENAS-UGL,
ENCAL-CISAL e Patronato ACLI

* PRESIDENTE	Pag. 3, 5, 6 e <i>passim</i>	* BITTI	Pag. 16
ASTORE (<i>Misto-ParDem</i>)	3	BOTTAZZI	5, 6, 7 e <i>passim</i>
BASSOLI (<i>PD</i>)	11	* DE SANTIS	4, 7, 8 e <i>passim</i>
BIANCHI (<i>PdL</i>)	16		
BIONDELLI (<i>PD</i>)	12		
* GHEDINI (<i>PD</i>)	10		
GRANAIOLO (<i>PD</i>)	14		
SACCOMANNO (<i>PdL</i>)	13, 16		

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 (INCA-INAS-ITAL e ACLI), il dottor Marco Bottazzi, la dottoressa Angela Maria Caracciolo, la dottoressa Luigina De Santis, il dottor Vittorio Glassier e la dottoressa Marilena Mellone, in rappresentanza di ENAS-UGL, il signor Fiovo Bitti, direttore confederale, e il dottor Giovanni Scacciavillani, consulente.

I lavori hanno inizio alle ore 15,40.

PROCEDURE INFORMATIVE

Seguito dell'audizione di rappresentanti di INCA-CGIL, INAS-CISL, ITAL-UIL, ENAS-UGL 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 cronico-degenerative allo stato iniziale della patologia, sospesa nella seduta del 12 giugno scorso.

Comunico che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, è stata chiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo 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 previsto il seguito dell'audizione di rappresentanti di INCA-CGIL, INAS-CISL, ITAL-UIL, ENAS-UGL e Patronato ACLI. Sono presenti in rappresentanza di CE-PA (INCA-INAS-ITAL e ACLI), il dottor Marco Bottazzi, la dottoressa Angela Maria Caracciolo, la dottoressa Luigina De Santis, il dottor Vittorio Glassier e la dottoressa Marilena Mellone, in rappresentanza di ENAS-UGL, il signor Fiovo Bitti, direttore confederale, e il dottor Giovanni Scacciavillani, consulente.

Nella seduta del 12 giugno si erano svolti gli interventi degli auditi, ma a causa dell'inizio dei lavori dell'Assemblea non si era avuto il tempo necessario per porre dei quesiti. Cedo quindi la parola ai colleghi che vogliono porre delle domande con riferimento alla precedente audizione.

ASTORE (*Misto-ParDem*). Signor Presidente, non ho partecipato alla precedente audizione e me ne dispiace molto, vorrei sapere però come vedono i sindacati i ritardi eccessivi che si stanno riscontrando nella erogazione dei benefici connessi al riconoscimento dell'invalidità civile. Conosciamo casi che durano mesi, se non anni. Questa provvidenza riguarda persone, visto il reddito, che hanno veramente bisogno e siamo a cono-

scenza di ritardi che raggiungono l'assurdo. Siccome la politica serve anche sul territorio, queste cose le conosciamo.

In secondo luogo, è completato, secondo voi, l'accordo tra Regioni e INPS al fine di accelerare tutte le procedure di accertamento? Credo che i conflitti di competenza che ci sono stati negli anni passati abbiano nuocciuto molto. Noi dobbiamo metterci soprattutto da parte del cittadino e del richiedente queste provvidenze. So che alcune Regioni vogliono affermare la loro autorità. Credo ci siano delle leggi che hanno definito questi rapporti. Penso che sedersi al tavolo insieme a sindacati e INPS possa essere un veicolo di accelerazione per l'erogazione di quanto dovuto.

DE SANTIS. Signor Presidente, c'è un difetto nella norma. Il decreto-legge n. 78 del 2009 all'articolo 20 ha previsto per l'INPS la possibilità di definire le modalità di presentazione delle domande e l'Istituto ha deciso per la via telematica. L'articolo 20 però – che, secondo la nostra valutazione, fu dettato dal presidente dell'INPS Mastrapasqua – non tiene conto che in materia di invalidità civile per l'accertamento sanitario giuridica vi sono due grandi attori di diversa natura: l'INPS e le Regioni.

Vi è stata dunque una ribellione da parte delle Regioni che hanno visto il loro potere in materia accertativa completamente disatteso. Dopo tutti i riferimenti che si erano fatti alla modifica della Costituzione e al potere sulla tutela della salute esercitato dalle Regioni, questo superpotere decisionale attribuito all'INPS non è stato ben recepito. C'è dunque un difetto perché ci troviamo di fronte a due soggetti totalmente diversi: uno è un organo democratico eletto (la Regione), l'altro è un organo gestionale che non può indicare autoritativamente alla Regione come deve fare le cose.

Vi è stato uno scontro soprattutto con quelle Regioni che avevano legiferato con leggi proprie, avevano stabilito come fare l'accertamento sanitario e liquidavano le prestazioni nei termini di due o tre mesi. Faccio riferimento, ad esempio, alla Regione Emilia-Romagna che aveva addirittura stabilito la presenza nella commissione di accertamento dello specialista della patologia all'origine dell'invalidità. Detta norma, in sostanza, se poteva essere ben accettata da una Regione come la Sicilia che ha un tempo medio di liquidazione delle prestazioni di 24 mesi, non andava bene invece per quelle Regioni che hanno già fatto dei passi propri, come pure la Toscana. Quindi, vi è stato questo braccio di ferro.

I ritardi, inoltre, sono dipesi dal fatto che ci sono state delle imposizioni da parte dell'Istituto: ad esempio, la certificazione doveva essere inoltrata in via telematica da un medico accreditato presso l'INPS. Questa azione avrebbe richiesto una preventiva intesa anche con l'Ordine dei medici. Nel momento in cui si è voluto procedere rapidamente presupponendo che il grande potere dell'INPS passasse sul potere degli altri, si è verificato invece che così non era.

Nella nota che abbiamo consegnato abbiamo sottolineato che questi problemi non sono stati superati perché, salvo in alcune Regioni come il Veneto (che ha istituito in sede INPS un tavolo con la presenza dei diversi attori per vedere come mettersi d'accordo perché quella è la strada),

in altre Regioni persistono queste difficoltà di metodi e linguaggi diversi. Si verifica così il caso, ad esempio, di una ASL che fa il verbale telematico con un linguaggio che magari non è compatibile con le procedure ideate dall'INPS per le ASL stesse.

Andava concertato meglio in quella fase l'intento – che doveva essere comune a tutti – di liquidare presto, nel limite di 120 giorni, le prestazioni con procedure concordate. Comunque, ora si stanno facendo dei passi in avanti perché le questioni si stanno man mano sciogliendo.

La legge intervenuta successivamente prevede la possibilità per le Regioni di convenzionarsi con l'INPS per gli accertamenti sanitari. Questo però è gravissimo perché si trasferisce a un organo gestionale un elemento di tutela della salute che dovrebbe restare in capo agli organi democratici. L'INPS non può fare l'accertamento e il pagamento. In altri termini, si attribuisce un coacervo di poteri a un istituto che non è in grado di garantire una terzietà di giudizio. È chiaro infatti che, se a pagare la prestazione sono io, di conseguenza sarò meno sereno nello stabilire se una persona ha o meno l'invalidità che dà diritto a qualcosa.

Tutto questo, peraltro, cozzava con la struttura dell'INPS, che non ha tantissimi medici e deve convenzionarsi con medici abilitati a fare questi accertamenti. L'INPS non aveva una struttura propria, non aveva, ad esempio, mille medici da mettere a disposizione: erano in numero ridotto. Quindi, anche l'accertamento, tolto alle ASL in via convenzionale e dato ad un ente di gestione, francamente vede una confusione di poteri. Ovviamente noi cerchiamo di spingere verso la collaborazione, perché per noi il cittadino invalido che si trova in una situazione di difficoltà deve vedere tutelato il suo diritto nel tempo più rapido possibile.

Forse a noi può essere rimproverato l'eccesso di collaborazione con l'INPS per arrivare alla liquidazione in 120 giorni dalla presentazione della domanda. Questo è un nostro obiettivo, che non abbiamo ancora raggiunto e che era stato ben delineato anche nella legge: il potere all'INPS per fare le liquidazioni rapide. Ancora però non ci siamo.

PRESIDENTE. Purtroppo, per ragioni istituzionali, non ho potuto assistere a tutta la precedente audizione, e me ne scuso. Non so pertanto se l'oggetto della domanda che porrò sia stato già chiarito.

Al di là dei numeri che darà l'INPS e che spero siano attendibili, i sindacati dispongono di un prospetto statistico in base al quale rinvenire il numero delle pratiche aperte nell'ambito delle malattie invalidanti, cronico-degenerative?

BOTTAZZI. Signor Presidente, abbiamo presentato i dati la volta scorsa e li abbiamo consegnati agli atti delle Commissioni.

I dati sono desumibili dall'INPS, che non ha ancora un sistema di scomposizione rispetto alle patologie. Quindi arriviamo a comprendere l'eventuale gruppo di patologie che è alla base del disturbo fondamentale in base all'età.

L'INPS fornisce i dati degli aventi diritto e dei fruitori del beneficio suddivisi per età. Questo ci permette di capire dove incidono maggiormente la patologia neoplastica o vascolare (l'*ictus*) o le forme di demenza e di degenerazione senile.

Abbiamo poi alcune realtà in cui invece tale lavoro viene svolto. Penso, ad esempio, alla Provincia di Trento, dove esiste una banca dati molto raffinata in questo campo, che dà la possibilità di entrare un po' più nel dettaglio per capire in quali fasce d'età incidono maggiormente determinate patologie e in quali altre fasce ne incidono altre.

Uno degli obiettivi cui dovrebbe tendere l'INPS è quello di avere un sistema che, mutuando l'esperienza della banca dati della Provincia di Trento, sia in grado di fornire anche questa tipologia di informazione, che è fondamentale non solo per gestire le pensioni, ma anche per tutta l'attività delle Regioni e dello Stato nell'affrontare il vasto problema dell'*handicap*.

PRESIDENTE. Quindi i dati in vostro possesso sono quelli mutuati dall'INPS. Voi non avete una banca dati propria.

BOTTAZZI. La nostra banca dati ci permette di dire in quali fasce di età e quali sono le patologie ricorrenti per le quali noi chiediamo il beneficio dell'invalidità civile, in questo caso ai nostri assistiti. I nostri dati ci permettono di avere questa immagine e di avere anche un'immagine molto diversificata tra le diverse parti del Paese.

PRESIDENTE. Ed è coincidente con quella dell'INPS?

BOTTAZZI. È coincidente con i dati che sono oggi disponibili, con i dati dell'INPS e, ancora di più, con i dati della Provincia di Trento.

PRESIDENTE. Lei prima accennava al sistema della Provincia di Trento, che a suo avviso sarebbe molto affidabile e attendibile. Come mai non vi è un'omologazione rispetto alle altre banche dati?

BOTTAZZI. Perché Trento è una Provincia autonoma e quindi decide autonomamente.

PRESIDENTE. Al di là dell'autonomia, se quello è un sistema riconosciuto da tutti come assolutamente attendibile, è strano che non ci si conformi.

BOTTAZZI. In realtà il problema è passare ad occuparsi del contenuto del dato. Oggi, in genere, ci concentriamo sul dato numerico. Il passaggio sarebbe quello di andare a vedere cosa c'è dietro il dato numerico, quali sono le patologie, quali sono le fasce di età e anche le prestazioni. Nella banca dati di Trento, ad esempio, noi siamo in grado di sapere, rispetto a coloro che hanno ottenuto i benefici della legge n. 104 sull'*handicap*, chi

utilizza il permesso per se stesso e in quale forma lo usa (cioè come riduzione giornaliera dell'orario di lavoro oppure per tre giorni al mese) o anche chi utilizza i benefici per un congiunto, in quale forma e quantità e di che livello è il congiunto. Un approfondimento del dato numerico in questi termini sicuramente fornisce delle informazioni ulteriori.

PRESIDENTE. Quindi abbiamo anche un corrispondente quadro economico e finanziario. Cosa che non abbiamo, se ho capito bene, a livello nazionale.

BOTTAZZI. A livello nazionale, sappiamo quanti sono i soggetti che percepiscono una pensione di invalidità civile, quanti sono quelli che percepiscono un'indennità di accompagnamento, quanti sommano ambedue le prestazioni e quali sono le fasce d'età. Questo dato numerico sulle prestazioni lo abbiamo.

PRESIDENTE. Percentualmente, con riferimento anche alle pensioni percepite in maniera truffaldina, abbiamo un dato statistico?

BOTTAZZI. Sulle pensioni truffaldine l'INPS ha il dato statistico. Devo dire però che i veri falsi invalidi sono in numero decisamente limitato; presumo che l'INPS vi fornirà questo dato. Il dato organizzato e omogeneo non è stato ancora fornito. Noi abbiamo dei dati relativi alla Regione Lombardia, che sono stati presentati a un convegno del nostro patronato.

La volta scorsa ricordavo che bisogna fare molta attenzione a distinguere tra i truffaldini, cioè coloro che vediamo sui giornali, e i soggetti che invece negli anni sono stati chiamati a revisione e si sono visti modificare il beneficio. La stampa spesso confonde questi due casi diversi, dicendo che sono state tolte un tot numero di pensioni; ma quelle non erano tutte truffaldine, anzi, non lo era la maggior parte: erano state assunte in base a dei criteri medico-legali valevoli al momento in cui sono state concesse.

DE SANTIS. Se permette, signor Presidente, vorrei aggiungere un'osservazione a proposito dei dati.

Negli anni passati, l'INPS forniva i dati con moltissima facilità, a livello sia provinciale sia nazionale. Noi stessi li chiedevamo disponendo solo dei dati relativi alle persone che si rivolgono a noi per presentare la domanda. Lavorando sempre insieme, aggreghiamo i nostri dati. Ciò nonostante, non sappiamo quante persone hanno presentato la domanda autonomamente. Ora peraltro non lo fa quasi più nessuno, perché sono state introdotte delle procedure telematiche e quindi si deve venire al patronato.

Attualmente, però, sui dati dell'INPS c'è una segretezza assurda. Non dovrei dirlo, perché in questo momento parlate di esodati; ma è incredibile che l'INPS, che è la nostra casa del *welfare* e che dovrebbe avere una trasparenza assoluta nella fornitura dei dati, anche su richiesta di un singolo cittadino che vuole sapere, resta impermeabile alle richieste.

PRESIDENTE. Probabilmente vi sono delle esigenze di *privacy*, soprattutto per quanto riguarda la situazione sanitaria.

DE SANTIS. Noi però non vogliamo sapere come si chiamano le persone; vogliamo sapere quante sono le domande. Si tratta quindi di dati quantitativi che non violerebbero mai la *privacy* (certamente sull'elemento sanitario non chiederemmo mai i singoli nominativi). È indispensabile sapere, ad esempio, quanti sono gli invalidi in una Provincia, quante domande sono state presentate, quante sono le revoche e, soprattutto, quante di queste revoche hanno dato origine a un'azione legale che si è conclusa positivamente. Se nella Provincia di Treviso, ad esempio, vengono revocate 100 indennità e, a seguito di ciò, facciamo 100 cause e ne vinciamo 70, questo significa che c'è stato un grande dispendio di soldi pubblici, in quanto sono sorte delle cause che non avrebbero mai dovuto avere luogo. Quindi non è importante conoscere solo il numero delle revoche, ma anche quante di queste revoche restano effettive anche dopo le eventuali azioni legali.

Va valorizzato inoltre anche l'elemento di cui parlava il dottor Bottazzi: se una patologia è stata valutata vent'anni fa e ora la persona è migliorata, la pensione di invalidità viene tolta, così come è necessario toglierla a tutti quelli che la hanno ottenuta in modo truffaldino (su questo non c'è alcun dubbio).

PRESIDENTE. Per completare il quadro numerico, esistono dei dati sul contenzioso totale rispetto alle cause di invalidità? Esso è maturato interamente all'interno dei patronati o anche al di fuori dell'ambito dei sindacati?

BOTTAZZI. Il dato più recente in ambito INPS è legato a un particolare meccanismo. L'INPS ha affermato di recente di soccombere nel 46,4 per cento dei casi. Si tratta però di un dato reso più favorevole all'Istituto in quanto negli ultimi anni l'INPS ha modificato il suo metodo di calcolo: infatti, in poco più del 50 per cento di casi che l'INPS afferma di vincere, sono comprese tutte quelle situazioni in cui viene riconosciuto il diritto con uno spostamento della sua decorrenza. Ciò ha fatto sì che l'INPS possa dire che oggi ha una percentuale di soccombenza inferiore.

Mettendo insieme i soggetti che si vedono riconoscere dal giudice il beneficio dalla data della domanda e quelli che si vedono riconoscere il diritto con uno spostamento della decorrenza, si calcola che l'INPS ha una soccombenza nel 70 per cento dei casi. Bisogna però valutare le differenze: noi, ad esempio, come patronati sindacali possiamo affermare che il nostro tasso di ottenimento del diritto per il nostro assistito è superiore al dato nazionale, perché già in partenza facciamo un'opera di forte selezione sia sul profilo medico-legale sia sui requisiti economici, ossia sulle condizioni che danno realmente vita al diritto.

Si tenga conto che il meccanismo attuale – come ho ricordato nel nostro precedente incontro –, specie per le patologie cronico-degenerative,

funge da deterrente nell'affrontare una causa di due anni di durata, in quanto ad oggi, in pendenza di una causa ma anche di una domanda amministrativa, non è possibile proporre all'INPS una nuova domanda. Per un medico, proporre ad un soggetto malato di Alzheimer di intentare una causa che durerà due anni e mezzo, sapendo che in tale periodo sicuramente il soggetto andrà incontro ad un peggioramento, e in qualche caso anche a un *exitus*, sarebbe sicuramente più difficile che non suggerire di tenere sotto controllo la situazione e, entro un paio di mesi, riproporre la domanda per ottenere il diritto, con un guadagno per l'INPS di qualche mese e una perdita di diversi mesi da parte dell'assistito.

PRESIDENTE. Potete fornirci qualche informazione concernente il costo del contenzioso, sia con riferimento al dato fornito dall'INPS sia a quello che vi riguarda?

DE SANTIS. Signor Presidente, la maggior parte degli elementi di contenzioso sull'invalidità civile non appartiene al sistema dei patronati. In tale ambito agiscono anche organizzazioni che non possiamo avvicinare alla tipologia del patronato. Per quanto ci riguarda, non abbiamo una valutazione del costo, anche perché gli avvocati che operano per i patronati devono sottoscrivere una convenzione dettata dal Ministero del lavoro e che prevede una sottotariffa professionale abbastanza modesta.

PRESIDENTE. Almeno fino a poco tempo fa il minimo tariffario era un diritto che non poteva essere violato.

DE SANTIS. No, è previsto per i patronati che ...

PRESIDENTE. Mi riferivo ai minimi tariffari che prima erano inviolabili. Lei ha fatto invece riferimento a una convenzione che prevede una sottotariffa.

DE SANTIS. Come voi sapete, l'attività dei patronati viene svolta sotto il controllo del Ministero del lavoro, il quale ha dettato uno schema di convenzione che gli avvocati disponibili a lavorare con il patronato devono sottoscrivere. Se rimaniamo, come dobbiamo restare, nell'ambito della correttezza, la persona che si fa assistere da un avvocato del patronato si trova di fronte a un costo assai modesto. La maggior parte del contenzioso si sviluppa fuori dai nostri sistemi. Noi ritorniamo con una domanda amministrativa e non abbiamo un interesse specifico a sviluppare l'azione legale, a meno che l'INPS non ci obblighi con un suo comportamento, perché la nostra attività è quella di cercare una soluzione in via amministrativa.

La nostra propensione a sviluppare la pratica sul terreno amministrativo è talmente solida che, quando è stato definito un certo sistema di finanziamento dei patronati, sul quale non mi voglio dilungare per essere rapida, abbiamo concordato con il Ministero sull'inserimento di una clau-

sola che deflaziona il ricorso al contenzioso legale. La causa che potremmo vincere non ci attribuirebbe infatti alcun punteggio ai fini del finanziamento.

PRESIDENTE. Ma io non facevo riferimento ai vostri vantaggi e svantaggi. Vorrei solo conoscere il costo sociale del contenzioso in rapporto sia alle percentuali indicate dall'INPS sia a quelle che riguardano voi. Questo dato dovrete averlo: nel momento in cui viene liquidato dall'interessato o dal giudice in sentenza, il costo dovrebbe essere calcolato facilmente.

DE SANTIS. È un conteggio che non facciamo.

PRESIDENTE. Ciò per verificare se all'INPS conviene o meno in determinati casi attivare ed insistere nel contenzioso o piuttosto non giungere a soluzioni che evitino questo sbocco. È un problema di ordine finanziario, economico e sociale.

DE SANTIS. Questa è una valutazione certamente razionale, ma se la seguissimo, ci dovremmo anche chiedere come mai l'INPS ha altissimi costi di oneri legali e non soltanto sul terreno dell'invalidità civile.

PRESIDENTE. Andremmo in altri campi che al momento non ci interessano.

DE SANTIS. Sull'invalidità civile non siamo in grado di fornire dati. Anche sull'ultimo bilancio sociale che ha pubblicato l'INPS c'è un capitolo sull'invalidità civile, ma non c'è la quantificazione degli oneri legali che l'Istituto sopporta.

PRESIDENTE. Allora chiederemo tali dati all'INPS.

GHEDINI (PD). Signor Presidente, nella descrizione che è stata fatta sia oggi che nella seduta precedente venivano messe in evidenza – consentitemi questa sintesi nella descrizione del meccanismo di valutazione e riconoscimento – delle difformità tra le Regioni nell'organizzazione del servizio.

In ordine a tali evidenti difformità, chiedo se c'è rilievo statistico circa le differenze anche nei dati della refertazione, quindi del riconoscimento delle invalidità, patologia per patologia, oppure, qualora i dati non fossero disponibili patologia per patologia (ma ciò mi sembrerebbe un po' strano perché le patologie dovrebbero essere refertate), se si possono avere per ogni fascia di età.

Inoltre, è stato fatto riferimento all'informatizzazione delle procedure disposta dall'innovazione legislativa introdotta. Nei primi 12 mesi dall'entrata in vigore del decreto-legge n. 78 erano state messe in evidenza da diverse sedi territoriali dell'INPS difficoltà notevoli a far funzionare il

nuovo sistema informativo e i relativi supporti informatici. Vi risulta che queste difficoltà siano state superate? È stata ora assicurata una piena agibilità del sistema informativo e il buon funzionamento del supporto informatico che lo regge?

Da ultimo, è stato fatto cenno alle difficoltà dell'introduzione del medico INPS nelle convenzioni, al sistema di convenzionamento che INPS ha dovuto mettere in piedi con medici extraorganico. Rivolgo questa domanda a voi, ma riproporrò lo stesso quesito sia all'INPS che alle rappresentanze delle Regioni: esiste un confronto fra il costo per la gestione delle commissioni di valutazione preriforma e quello successivo alla riforma, cioè quello attuale?

BASSOLI (PD). Signor Presidente, intervengo sull'ordine dei lavori. Mi scuso per essere arrivata in ritardo, ma dato l'interesse delle questioni in discussione credo vi sia da parte di tutti senatori la volontà di porre una serie di domande. Pertanto, visto che sono già le ore 16, sarebbe opportuno lasciare spazio ai quesiti e poi, eventualmente – ove non fosse possibile rispondere oggi – si potrebbe fissare un'altra seduta o consentire ai nostri ospiti di fornire le risposte per iscritto.

PRESIDENTE. Senatrice Bassoli, prendo atto della sua richiesta. Nel caso in cui si chiedano dei dati e gli audit non ne siano in possesso potranno fornirci successivamente la risposta, come è chiaro che, se vi saranno ulteriori domande, continueremo l'audizione in un'altra seduta.

BOTTAZZI. Signor Presidente, per quanto riguarda i dati sanitari, abbiamo solo alcune indagini parziali. Penso a un'indagine presentata presso il Ministero della salute, quasi due anni fa, ad opera della Fondazione Carlo Besta sulla situazione lombarda. Quand'è entrato in vigore il certificato telematico, vi era una parte in esso che doveva dare molta speranza e anche risposte a quello che lei citava. Ai medici certificatori si chiedeva di indicare i codici secondo la classificazione ICD-9, che vengono utilizzati normalmente per le dimissioni ospedaliere. Questo elemento, su richiesta delle associazioni dei medici di famiglia, è stato depennato e oggi non è più obbligatorio indicare nelle certificazioni, che avviano il provvedimento di invalidità civile, i codici ICD-9. I certificati, quindi, non sono sicuramente più elaborabili per dare quel tipo di risposte che lei chiedeva perché a questo punto abbiamo altre modalità di esprimere le diagnosi tra i singoli medici che forniscono quel tipo di certificazione.

Per quanto riguarda le differenze tra Regioni, abbiamo realtà diverse dal punto di vista della risposta che però riguarda le ASL, il primo livello di valutazione del soggetto. La tendenza dell'INPS è andare a un'uniformità sul territorio nazionale nelle valutazioni nel secondo e nel terzo livello. Ricordavo la volta scorsa che tutte le domande di invalidità civile per le quali le commissioni ASL esprimono un parere che porta a un ottenimento di un diritto vengono passate al vaglio prima del primario di

sede INPS della Provincia, poi di una commissione centrale composta da 43 membri. Questi garantiscono l'assoluta uniformità di giudizio.

Sempre in questo ambito, l'INPS si è impegnata ai sensi della normativa, per risolvere alcune delle incongruenze che c'erano, nella elaborazione di nuove tabelle delle invalidità civili che sono pendenti. La commissione scientifica incaricata della produzione di tali tabelle ha terminato i suoi lavori nei primi dell'anno e le ha trasmesse al Ministero. Le tabelle risolvono alcune cose, ma non molti dei problemi che ci lasciano le vecchie tabelle del 1992. Per l'INPS dovrebbero permettere una maggior uniformità di giudizio a livello nazionale da parte delle singole commissioni, qualora venissero usate. Noi sappiamo però che non è diffuso l'uso delle tabelle da parte delle commissioni. C'è inoltre una novità che aiuterebbe – se andasse in porto – chi presenta la domanda a predisporla in maniera da rispondere al meglio alla definizione nosologica della patologia.

DE SANTIS. Quanto all'informatizzazione delle procedure, la procedura ancora non va bene e per questo ne abbiamo chiesto la reingegnerizzazione: è stata messa *on line* senza alcuna sperimentazione; ad esempio, se oggi si introduce una domanda, ma dopo due mesi si vuole inoltrare un aggravamento, non è possibile farlo e quindi procedere a un adeguamento. Occorre pertanto – come dicevo – reingegnerizzare la procedura. L'INPS in diversi incontri ha garantito che lo farà.

Con riferimento poi alla domanda sui costi, allo stato, non siamo in grado di fornire i costi della commissioni di valutazione prima e dopo la riforma.

BOTTAZZI. Alcune Regioni stanno lavorando e stanno pensando di trasferire anche la prima fase accertativa all'INPS.

La Regione Lombardia doveva partire nel dicembre dell'anno scorso, ma non ha ancora cominciato; l'atto amministrativo però è stato elaborato. Anche la Regione Lazio ha preso la stessa decisione, ma nessuna delle due ha reso effettivo l'atto. Alcune Regioni hanno quantificato i costi. La Regione Umbria mi pare calcoli il costo delle commissioni in 2 milioni di euro.

Il costo della commissione ASL è quanto il Servizio sanitario spende per gli specialisti delle commissioni perché poi non viene calcolato il membro INPS, che dovrebbe partecipare obbligatoriamente in circa un terzo dei casi. C'è anche il problema di rendere più efficace e efficiente la presenza dell'INPS nel primo momento di decisione per rendere più agevole il percorso.

BIONDELLI (PD). Signor Presidente, la prima domanda che vorrei porre penso sia pertinente per il patronato, mentre l'altra dovrebbe essere indirizzata ai medici legali, ma è giusto che il patronato sia al corrente.

Dal gennaio 2010 la domanda di accertamento di invalidità, *handicap* e disabilità si presenta all'INPS e non più alle aziende sanitarie. Le competenti commissioni dell'ASL sono poi integrate dal medico dell'INPS.

Cerco di far emergere le criticità in base alle richieste delle persone che si rivolgono ai sindacati e a noi politici. Ebbene, questo esclude che molti disabili vengano d'ora in poi sottoposti a doppia visita, prima dell'ASL e poi dell'INPS con aumento di disagi? Questa è la prima segnalazione che abbiamo avuto.

La seconda segnalazione, forse più pertinente per il medico legale, riguarda la patologia, che è importantissima. Noi, infatti, non possiamo trattare il malato di sclerosi laterale amiotrofica (SLA) con accompagnamento e ausili con i tempi di un malato che ha un arto amputato. Il soggetto con un arto amputato è sicuramente un malato grave, ma tre o quattro mesi hanno un valore diverso per un paziente malato di SLA che purtroppo ha una vita molto breve. Eppure ancora oggi vengono trattati nello stesso identico modo. Tutte le volte dobbiamo sollecitare – voi come patronato, noi come politici – per avere un ausilio banale come la carrozzina, il deambulatore o addirittura il collare.

Ho conosciuto diversi casi di malati di SLA (parenti, amici o conoscenti) che sono morti prima di ricevere questi ausili così banali. Questo è grave, perché, dopo aver sollecitato il medico, l'INPS e tutti quelli che dovevano essere sollecitati, non siamo riusciti ad avere questa indennità e il paziente è deceduto nel giro di sei mesi, prima di ricevere l'indennità. Queste sono delle criticità che emergono giornalmente; ritengo pertanto che dovremmo provare a lavorare insieme anche su questo aspetto.

DE SANTIS. Senatrice Biondelli, lei ha toccato un tasto che purtroppo nella nostra attività è frequente. Proprio dove c'è maggiore fragilità, e dove ci sono anche situazioni di vero e proprio dolore, occorrerebbe che tutti fossero molto celeri. Purtroppo non è così. Non è così neanche per quanto concerne l'integrazione tra INPS e ASL.

L'articolo 20 del decreto-legge n. 78 – come diceva il dottor Bottazzi – imponeva che, nella commissione che sottopone alla prima visita l'assistito, ci fosse un medico dell'INPS; quindi in quella sede doveva avvenire una valutazione congiunta. Dai dati di produzione INPS risulta che nel 50 per cento dei casi il medico INPS non c'è. Questa assenza ha fatto sì che si dovesse ripetere quell'esame; l'accertamento fatto dalla ASL nell'ambito della commissione che avrebbe dovuto essere integrata (accertamento che forse per il legislatore doveva risultare definitivo) non è altro che un primo momento palliativo, cui deve seguire il controllo fatto dall'INPS, che riconduce addirittura alla commissione centrale tutte le pratiche che possono dare origine ad un'indennità economica. Quindi l'integrazione ancora non è stata realizzata. Secondo noi, se ci fosse questa presenza nella commissione che fa la prima visita, già faremmo un passo in avanti e ridurremmo i costi umani di queste procedure, che sono molto elevati.

SACCOMANNO (PdL). Signor Presidente, vorrei dire una cosa veloce, con un occhio un po' diverso; io non ho esperienza nella Commissione lavoro, ma il mio sguardo è prettamente sanitario. C'è un primo dato che mi sembra abbastanza drammatico. In qualsiasi libro di patologia, par-

tendo da una qualunque patologia, vengono definite le malattie sociali e viene comunicata una serie di indici INPS, che noi oggi sappiamo che non esistono. Un qualsiasi trattato di patologia medica, però, inizia ad affrontare una determinata malattia sociale indicando dei dati; oggi sappiamo che questi dati potrebbero non essere reali, a meno che non vengano fuori da singole tesi di universitari (probabilmente è così) che nemmeno l'INPS ha acquisito (dato negativo da un punto di vista culturale e scientifico). Chiederemo all'INPS e proveremo a sapere.

Esiste un sistema di controllo all'interno dei meccanismi di verifica dal punto di vista sanitario e della patologia? Non voglio intervenire sulla libertà professionale; immagino che i commissari debbano essere vigilati su questo. Ma, per quella che è la mia conoscenza da rapporto sociale, prima da medico e poi anche nella politica, molto spesso i crismi reali, soprattutto nel primo accertamento, non sono rispettati. Esiste allora una possibilità per far sì che questi siano rispettati? Potremmo inseguire all'infinito l'idea che ci sia un primo, un secondo e un terzo grado. C'è il rischio però che il primo grado sia oggettivamente inutile, perché al medico conviene dire comunque di sì, per amicizia o per altro motivo, tanto poi Dio provvede. Perché dovrebbe farsi nemico uno del territorio? Perché non dovrebbe avere un buon rapporto con il medico di famiglia, che magari gli ha fatto una telefonata, o con il cugino, che è anche un politico?

Se questo è il meccanismo, allora diventa veramente drammatico. Se il delta tra prima e seconda istanza è grande, dobbiamo interrogarci su una delle due, che non deve essere fatta così come viene fatta. Se invece c'è qualcos'altro che bisogna inserire nei meccanismi per un controllo dinamico della vicenda, ciò allora ha un senso. Diversamente, è un carico burocratico sadico rispetto alle malattie.

Noi dobbiamo avere questi dati, signor Presidente, o dai sindacati o in modo cogente, attraverso le richieste delle Commissioni medesime, dagli enti responsabili, per confrontarli e per valutare non solo questo tipo di delta, ma anche quello che ad esempio ulteriormente accade quando si ricorre in giudizio e molti ottengono un risultato completamente diverso rispetto a tutta la procedura svolta precedentemente.

Dico questo non solo per un dato economico, ma anche e primariamente, per quanto riguarda la mia Commissione, per un dato di tipo sociale e di attenzione alle patologie sulle quali abbiamo immaginato questo tipo di indagine, volta esattamente a semplificare, facilitare e corrispondere con una maggiore giustizia. Quindi, se ci sono dei dati in questo senso, bene; diversamente, dobbiamo indirizzare il dito in questo senso.

GRANAIOLA (PD). Signor Presidente, sono assolutamente d'accordo con il senatore Saccomanno. Io ho lavorato trent'anni all'INPS e non ho mai capito la presenza del gabinetto medico e dei medici dell'INPS, perché credo che la funzione dell'INPS sia un'altra e che la questione dell'accertamento sanitario riguardi solo ed esclusivamente la ASL. La domanda che vorrei porre agli auditi è se, da parte dei patronati, è stata posta in essere un'azione forte di richiesta in tal senso, perché il tutto poi

finisce – come giustamente faceva rilevare prima il collega Saccomanno – in una specie di persecuzione nei confronti di persone che hanno delle patologie talmente invalidanti e conclamate che costringerle a sottoporsi a tre gradi di giudizio mi sembra davvero una tortura assolutamente inutile.

A mio parere, occorrerebbe un maggior lavoro, anche nelle famose linee guida date dall'INPS, in cui si prenda atto che certe patologie non hanno assolutamente bisogno di revisione. Penso all'Alzheimer, perché fino ad oggi purtroppo nessuno è guarito, o alla sindrome di Down e a tante malattie rispetto alle quali un percorso come quello attuale è davvero insopportabile.

Un'altra cosa che secondo me, come politici, dovremmo fare è chiamare in audizione il direttore generale dell'INPS, cosa che è già prevista. La senatrice Ghedini chiedeva prima se ci sono i dati statistici patologia per patologia; purtroppo non ci sono neanche dati statistici molto più seri. Se andiamo a vedere quanto costa la struttura informatica dell'INPS c'è veramente da mettersi le mani nei capelli. Con una tale struttura informatica, e con quello che costa all'INPS, non riuscire ad avere mai – voi me ne siete testimoni – dei dati che invece sarebbero estremamente importanti è davvero grave. Sono contenta pertanto di sapere che il direttore dell'INPS è tra i soggetti che dovremo audire.

PRESIDENTE. In occasione della fusione degli enti ENPALS e INPDAP nell'INPS, si è notato che i rispettivi sistemi telematici non colloquiano.

BOTTAZZI. Signor Presidente, rispetto al problema dell'invalidità civile, in realtà, chi disgraziatamente di questo tema si occupa da vent'anni e più ha ormai un'abitudine a questa continua necessità che ci portiamo dietro di controllo dell'operato delle commissioni. Abbiamo avuto il periodo in cui questa funzione di controllo era stata attribuita interamente ai militari; le campagne sui falsi invalidi partono dal 1994. È un tormentone fisso questo di un ente che deve controllare le commissioni ASL, che operano ormai sempre meno con l'ottica di favorire il territorio.

Certamente le differenze territoriali ci sono. Io dico sempre che, banalmente, essere portatore di una patologia che rende invalidante e che rende non deambulante ha un determinato impatto in una grande città, mentre ha un impatto diverso in un paesino. In molti casi, il malato di mente che si trova in una grande città vive in una condizione più isolata. La metodologia del medico legale di valutare il soggetto è spesso legata anche all'ambiente sociale in cui il soggetto opera.

Sicuramente le differenze tra ASL e INPS sono notevoli, e sono soprattutto differenze culturali. Oggi la Provincia di Trento dichiara che, per avere un riconoscimento dell'accompagnamento, un malato di Alzheimer deve avere un punteggio al test Mini mental state examination (MMSE) pari a 17; le ASL da tempo parlano di un Mini mental pari a 15; l'INPS si è collocata autonomamente su 12 punti.

In realtà, ci sono delle differenze di valutazione medico-legali semplici. L'INPS stabilisce nelle sue linee guida che è sufficiente che il soggetto sia in grado di muoversi in casa, ma vent'anni di giurisprudenza hanno sempre precisato che è anche importante che un soggetto sia in grado, per fare un esempio banale, di andare a comprare un panino sotto casa. Ripeto, vi sono differenze culturali su ciò che si intende per atti quotidiani della vita. Quando nei convegni parliamo di atti quotidiani, mostriamo ad esempio tre persone (il Papa, la Regina d'Inghilterra e il nostro Presidente della Repubblica) per evidenziare che oggi da un ottantenne ci si aspetta molto di più di quanto ci si attendeva dai nostri nonni. Con il passare del tempo cambia anche il concetto di atto quotidiano.

Ciò che è stato detto poco fa della SLA noi l'abbiamo ricordato nell'audizione precedente. Secondo noi, non è sufficiente prevedere dei binari facilitati solo per i malati neoplastici, che spesso hanno meno urgenza. Faccio un esempio, un malato di *ictus* ha la necessità di avere un familiare a cui siano riconosciuti i benefici della legge n. 104 del 1992 in tempi rapidi.

BIANCHI (*PdL*). Anche un bambino oncologico.

BOTTAZZI. Sì, ci sono differenze che vanno tenute in considerazione ed affrontate. Abbiamo bisogno di dare risposte che siano anche in funzione della patologia del soggetto, e soprattutto una risposta rapidissima va data per quanto riguarda l'accesso alla legge n. 104 del 1992, al fine di garantire la possibilità di assistere adeguatamente i soggetti in tempi rapidi.

BITTI. Il dottor Mastrapasqua dell'INPS ci ha fornito un dato importante ricordandoci che il 49 per cento delle pratiche che passano dalle ASL all'INPS vengono bocciate.

SACCOMANNO (*PdL*). Il Parlamento deve prendere una decisione di fronte a un dato di questo tipo.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri auditi per il contributo offerto ai lavori della Commissione e ricordo che possono eventualmente inviare una memoria scritta per integrare le risposte date e per fornirci ulteriori dati.

Dichiaro conclusa l'audizione odierna e rinvio il seguito dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,30.