



federazione italiana per il superamento
dell'handicap

***Audizione XI Commissione (Lavoro, previdenza sociale)
Senato della Repubblica***

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 cronicodegenerative allo stato iniziale della patologia.

Osservazioni della
Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap

10 luglio 2012

Sommario

- Abstract	pagina	3
- Premessa: lo scenario e le competenze	pagina	5
- I piani straordinari di verifica	pagina	8
- La "revisione" dei criteri per la concessione dell'indennità di accompagnamento	pagina	14
- Il contenzioso	pagina	18
- Criticità nella conduzione Piani di verifica straordinari	pagina	23
- Attuali modalità di accertamento degli stati invalidanti: sovraccarichi amministrativi, costi e benefici	pagina	26
- Storie di vita	pagina	42
- Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e accertamento degli stati invalidanti	pagina	45

Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap

Segreteria e sede operativa: via Giuseppe Cerbara, 38/b 00147 Roma

email: presidenza@fishonlus.it

www.fishonlus.it

Abstract

Per comodità di lettura presentiamo una sintesi i punti essenziali trattati in questa nota.

- Negli ultimi anni il Legislatore ha tentato di ristrutturare le procedure e, soprattutto, le competenze relative all'accertamento, alla verifica ordinaria, alla concessione e all'erogazione delle provvidenze economiche relative alle minorazioni civili, alla disabilità e all'handicap. Ha concentrato sempre più le competenze in capo all'INPS.
- Non vi sono stati effettivi interventi di reale semplificazione dei momenti accertativi che appaiono sproporzionati in quanto a risorse investite, sovraccarichi amministrativi, benefici indotti.
- L'attuale impianto definitorio e accertativo appare quanto mai scollegato dalle indicazioni internazionali della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità recepita dall'Italia con Legge 3 marzo 2009, n. 18. In molte situazioni il medesimo impianto appare addirittura come vessatorio (es.: decadenza dei benefici per i ritardi nell'accertamento non imputabili al Cittadino; nuovo accertamento in caso di cambio di residenza ecc.).
- I Cittadini con disabilità si trovano a dover ripetere, spesso immotivatamente, visite di accertamento per conservare i propri diritti o per accedere a benefici e prestazioni necessari alla loro condizione. (Si veda il capitolo "Storie di vita" a pagina 42.
- È pressoché assente qualsiasi sforzo di omogeneizzazione della produzione normativa in materia, quale la redazione di testi unici, il che comporta un'ampia disorganicità, ad esempio, della definizione degli "aventi diritto" alle diverse prestazioni, agevolazioni, servizi. La complicazione è tale per cui è per ciascuna agevolazione che viene definito uno status e non viceversa, e cioè il riconoscimento di una serie di benefici in funzione di uno status.
- Il numero di medici e di operatori pubblici coinvolti nei diversi momenti accertativi rappresentano una ingente risorsa sottratta ad altre attività verosimilmente più necessarie alla salute delle persone.
- Dal 2009 al 2012 sono stati disposti 800.000 mila controlli su altrettante posizioni

per verificare la sussistenza degli stati invalidanti. Tali Piani straordinari di verifica, il cui costo è elevatissimo, non hanno prodotto gli effetti sperati di risparmio. Sono stati invece causa di pesanti disagi sulle persone con disabilità che, nella quasi totalità dei casi, si sono viste confermare le prestazioni precedentemente riconosciute.

- La gestione dei Piani straordinari di verifica da parte di INPS è stata causa di rallentamento delle routinarie attività di accertamento degli stati invalidanti. Attualmente dalla domanda di accertamento alla concessione delle eventuali provvidenze economiche trascorrono mediamente 210 giorni, con frequenti punte sopra i 270 giorni.
- Il sistema di accertamento degli stati invalidanti e dell'handicap genera annualmente un contenzioso pari a circa 120.000 ricorsi. Sono giacenti poco meno di 400.000 cause. INPS soccombe nel 57% dei casi.
- La situazione che ne deriva (costi del sistema, sovraccarichi amministrativi, disagi per il Cittadino, inefficacia rispetto all'individuazione delle necessità e dei diritti del singolo, tempi) impone un generale ripensamento sia dei criteri di accertamento che dell'intero sistema, non solo in direzione di una serrata semplificazione amministrativa.

Premessa: lo scenario e le competenze

Fra il 1998 e il 2003 in Italia l'ambito dell'accertamento e della verifica delle minorazioni civili e dell'handicap è rimasto tutt'altro che stabilizzato.

Innanzitutto vengono redistribuite le relative competenze e questo accade ben prima della riforma del Titolo V della Costituzione.

Il Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 conferisce le funzioni e i compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli enti locali in moltissimi settori, anche in quello sociale. E, segnatamente, l'articolo 130 attribuisce alle Regioni la funzione concessoria delle provvidenze economiche (pensioni, indennità e assegni), mentre la funzione di erogazione viene attribuita all'INPS.

Le Commissioni ASL continuano ad effettuare gli accertamenti. Allo Stato rimane la funzione (art. 129) di *“revisione delle pensioni, assegni e indennità spettanti agli invalidi civili e la verifica dei requisiti sanitari che hanno dato luogo a benefici economici di invalidità civile”*.

Riepilogando in estrema sintesi, il processo fino al 2005 è questo:

- la domanda viene presentata all'ASL;
- la ASL, attraverso la sua specifica commissione, accerta e valuta invalidità ed handicap;
- la commissione periferica del Ministero del Tesoro verifica tutti gli atti relativi ai primi accertamenti (eventualmente sospendendoli o convocando a nuova visita gli interessati);
- la Regione, preso atto delle valutazioni ASL e delle verifiche del Ministero, decreta la concessione delle provvidenze e ne dà comunicazione all'interessato e all'INPS;
- l'INPS, effettuate verifiche sui requisiti soggettivi (reddito, ricovero, frequenza, incompatibilità con altre prestazioni), eroga le relative provvidenze assistenziali.

Nuove funzioni all'INPS

Nel 2003 e nel 2004 sono evidenti la volontà di trasferimento di funzioni all'INPS.

E nel 2005 questi intenti trovano forma nella Legge 2 dicembre 2005, n. 248 che con l'articolo 10 trasferisce le funzioni di verifica, che prima erano affidate al Ministero del Tesoro, all'INPS. Sarà l'INPS a verificare tutti i verbali emessi dalle Aziende USL. Di fatto l'INPS prenderà in carico totalmente questa funzione solo a fine marzo 2007.

Con questo passaggio l'INPS raggiunge, nel 2007, due funzioni: la verifica e l'erogazione.

Ma l'inesorabile passaggio delle competenze all'INPS non si ferma certo al 2007.

È il 3 agosto del 2009 quando il Parlamento approva la Legge 102. La si tenga a mente

perché rappresenta un'ulteriore svolta nella ricostruzione che stiamo proponendo. L'articolo che ci interessa è il 20 il cui titolo è particolarmente significativo e appalesa lo "spirito" legislativo retrostante: *"Contrasto alle frodi in materia di invalidità civile"*.

Con quell'articolo si interviene ancora sulla gestione degli accertamenti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità. Innanzitutto le commissioni mediche delle Aziende sanitarie locali sono integrate da un medico dell'INPS quale componente effettivo.

Si fissa poi in principio che *"in ogni caso l'accertamento definitivo è effettuato dall'INPS"*, il che significa che "l'ultima parola" nella definizione di tutti i verbali spetta sempre e comunque all'Istituto.

2010: le procedure telematiche

Inoltre dal 1° gennaio 2010 *"le domande volte ad ottenere i benefici in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, complete della certificazione medica attestante la natura delle infermità invalidanti, sono presentate all'INPS, secondo modalità stabilite dall'ente medesimo"*.

Dal 1° gennaio 2010 l'INPS ha effettivamente avviato – tra molte difficoltà – una procedura esclusivamente telematica per la presentazione della domanda che coinvolge i medici prescrittori, i patronati sindacali autorizzati, le ASL e, naturalmente, tutta la struttura dell'INPS. Nell'intento dell'Istituto tutte le "posizioni" – dalla domanda all'erogazione delle eventuali provvidenze economiche – dovrebbero essere tracciabili. In realtà, per stessa ammissione dell'Istituto, ad oggi solo una minima parte delle pratiche sono informatizzate.

Le competenze dal 2009

Riassumiamo a questo punto la distribuzione delle funzioni dopo l'entrata in vigore della Legge 102/2009.

Stato: fissa i criteri generali per la *"revisione delle pensioni, assegni e indennità spettanti agli invalidi civili e la verifica dei requisiti sanitari che hanno dato luogo a benefici economici di invalidità civile."*

INPS: raccoglie la domanda di accertamento; partecipa all'accertamento nelle Commissioni ASL; esprime il parere definitivo su ogni singola pratica; eroga le provvidenze economiche dopo aver verificato anche gli altri requisiti e incompatibilità (reddito, ricovero gratuito, frequenza, iscrizione liste di collocamento).

Regioni: effettuano attraverso le ASL gli accertamenti, con la presenza obbligatoria dell'INPS e rimangono formalmente responsabili dell'atto di concessione delle provvidenze economiche che però non possono firmare se l'INPS ha espresso parere negativo. *Un atto, quindi, svuotato della sua pregnanza sostanziale.*

Infatti la Legge 102/2009 prevede un accordo quadro tra il Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali e la Conferenza Stato – Regioni che fissi le modalità attraverso le quali sono affidate all'INPS le attività relative all'esercizio delle funzioni

concessorie nei procedimenti di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità. Di fatto le Regioni mantengono l'effimera possibilità di non firmare le convenzioni.

Tutto l'accertamento all'INPS?

Lo scenario sembra stabilizzato, ma nella prima Manovra dell'estate 2011 (Legge 15 luglio 2011, n. 111), emerge una ulteriore novità.

Nel testo (art. 18, comma 22) troviamo anche un comma che ci si aspettava ormai da anni: *“ai fini della razionalizzazione e dell'unificazione del procedimento relativo al riconoscimento dell'invalidità civile, della cecità civile, della sordità, dell'handicap e della disabilità, le regioni, anche in deroga alla normativa vigente, possono affidare all'Istituto nazionale della previdenza sociale, attraverso la stipula di specifiche convenzioni, le funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari”*.

Nella sostanza, si apre concretamente la possibilità che, oltre a tutte le funzioni già affidate all'INPS, venga attribuito a questo anche la fase di primo accertamento ora attribuita alle Regioni che lo effettuano tramite le proprie Commissioni ASL (nelle quali è già presente un medico INPS). In pratica, in alcune Regioni, l'intera “filiera” potrebbe diventare di competenza INPS.

Da far notare che questa “unificazione” riguarderebbe anche la valutazione dell'handicap (Legge 104/1992) e della disabilità (Legge 68/1999 ai fini del collocamento mirato).

Oltre a tutte queste funzioni, ad INPS sono affidati i piani straordinari di verifica per un totale di 800.000 controlli dal 2009 in poi. Una mole impressionante di lavoro a cui molti riconducono la causa dei molti ritardi segnalati nella gestione di accertamenti, concessioni ed erogazioni afferenti all'ordinaria amministrazione.

Invalidità: le competenze

	Domanda	Accertamento	Verifica	Concessione	Erogazione
Prima del 1998	Azienda Usl	Commissioni Azienda Usl	Ministero del tesoro	Prefetture	Ministero dell'interno
1998	Azienda Usl	Commissioni Azienda Usl	Ministero del tesoro	Regioni	INPS
2007	Azienda Usl	Commissioni Azienda Usl	INPS	Regioni	INPS
2010	INPS	Commissioni Azienda Usl + medico INPS	INPS	Regioni (o INPS dove esistono convenzioni)	INPS
2012	INPS	Commissioni Azienda Usl + medico INPS (solo INPS se sottoscritte convenzioni)	INPS	Regioni (o INPS dove esistono convenzioni)	INPS

I piani straordinari di verifica

I primi piani di verifica straordinaria furono fissati già nel 1996 dal Governo Prodi (il primo). Le misure normative erano contenute in uno dei primissimi decreti legge emanati da quel Governo la Legge 8 agosto 1996, n. 425, stabilisce anche *“un piano straordinario per l’effettuazione di almeno 150.000 verifiche sanitarie (...) da effettuarsi, anche senza preavviso, nei confronti dei titolari di benefici economici di invalidità civile, cecità civile e sordomutismo”*.

La competenza delle verifiche ordinarie, a quel tempo, cioè prima che venisse trasferita all’INPS, era attribuita al Ministero del Tesoro, a cui viene affidata, quindi, anche la prima ondata di verifiche straordinarie: 150.000 per gli anni 1996 e 1997. Non è questa l’unica assonanza con quanto accadrà 15 anni dopo con i più recenti piani straordinari di verifica.

Il Legislatore stabilisce anche le regole per individuare “i bersagli” della verifica attribuendo *“priorità agli accertamenti nei confronti dei beneficiari con anzianità di godimento della pensione, assegno o indennità superiore a cinque anni e per quelle province ove più elevata è la percentuale degli assistiti rispetto al dato medio nazionale”*.

Con l’articolo 52 della Legge 449/1997 verrà poi fissato un ulteriore piano straordinario da 100.000 verifiche da effettuarsi fra il 1998 e 1999. Come andarono quelle verifiche? Quante furono le provvidenze revocate? Non esistono, a conoscenza di chi scrive, dati definitivi, circostanziati ed accessibili.

Il Piano del 2008

È nel 2008 che s’inizia a programmare, in modo sistematico, una intensa verifica sulle invalidità civili. Si formalizza questo intento nella Legge 6 agosto 2008, n. 133 che, all’articolo 80, prevede un ingente piano straordinario di almeno 200 mila posizioni: dovranno essere verificate dall’INPS al fine di individuare persone che non possiedano i requisiti sanitari o reddituali per godere delle provvidenze economiche di invalidità civile (assegni, pensioni, indennità di accompagnamento). L’individuazione del “campione”, cioè dei criteri per individuare le persone da sottoporre a visita, è demandata ad un successivo decreto ministeriale (29 gennaio 2009).

Il Decreto esclude dai controlli le persone affette dalle patologie di cui al Decreto 2 agosto 2007 (gravi patologie stabilizzate o ingravescenti), i residenti in Regione Valle d’Aosta e nelle Province autonome di Trento e Bolzano; le persone di età inferiore ai 18 anni e di età superiore ai 78 anni; i titolari di prestazioni sospese, gli invalidi inviati o da inviare a visita sanitaria di revisione rispettivamente dopo il 1° luglio 2007 o entro il 30 giugno 2010. Le regole, quindi, sono stabilite – per questo primo piano di verifica – dal Legislatore e non dall’INPS.

Il Piano del 2009

Mentre sono ancora in corso i controlli predisposti nel 2008, su proposta del Governo, il Parlamento approva, in agosto, la Legge 102/2009. L'articolo è quello citato più sopra che reca il titolo "*Contrasto alle frodi in materia di invalidità civile*" che prevede altre 100.000 verifiche nel corso del 2010, affidate, ovviamente, all'INPS.

Il Legislatore, tuttavia, questa volta non si riserva la facoltà di disciplinare i criteri per individuare il campione, lasciando, nella sostanza, carta bianca all'INPS. E infatti l'INPS fissa le sue condizioni nella Circolare 76 del 22 giugno 2010. La verifica – stabilisce l'INPS – non riguarda tutti gli invalidi e ciechi civili, o sordi, ma solo alcuni di essi. Il campione, infatti, viene estratto su: i titolari di indennità di accompagnamento (ciechi e invalidi) e di comunicazione ma solo di età compresa fra i 18 e i 67 anni compiuti; i titolari di assegno mensile di assistenza (invalidi parziali) ma solo di età compresa fra i 40 e i 60 anni. Inoltre, il campione è stato estratto solo su chi percepisce assegni o indennità da prima del 1° aprile 2007, cioè dalla data in cui la gestione amministrativa è passata completamente all'INPS.

Le verifiche non riguardano, quindi, né i minori, né gli anziani oltre i 67 anni di età (cioè la fascia più ampia dei percettori di indennità di accompagnamento), né gli invalidi al 100% che ricevono la sola pensione di invalidità. Sono, inoltre, esclusi dai controlli – e questo non per scelta dell'INPS ma per imposizione di legge – le persone affette da gravi menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti (Decreto interministeriale 2 agosto 2007), ai quali è già stata riconosciuta quella condizione. Sono, infine, esclusi dagli accertamenti gli anziani (over 65), cioè invalidi che percepiscono l'assegno o la pensione sociale.

Cambiano radicalmente, rispetto al Piano di verifiche del 2009, le modalità con le quali vengono effettuati i nuovi controlli. La nuova logica è più rapida ed agevole per l'INPS, ma certamente di minore garanzia per il Cittadino. L'INPS richiederà alle Aziende USL l'invio dei fascicoli sanitari relativi alle persone selezionate per la verifica. Contestualmente invia ai soggetti selezionati per la verifica una lettera raccomandata con invito a far pervenire, entro 15 giorni dalla data di ricezione, al Centro Medico-Legale INPS, la documentazione posseduta, utile per una preventiva valutazione dello stato invalidante in essere.

Nel caso in cui il Cittadino, entro 15 giorni, non invii la documentazione richiesta o questa sia insufficiente (lo decide sempre l'INPS), riceve una convocazione a visita. Se invece la documentazione viene ritenuta sufficiente per poter effettuare una valutazione sugli atti (cioè in base alle sole certificazioni, referti, cartelle cliniche), l'INPS si riserva diverse possibilità. La prima è di confermare la prestazione erogata. La seconda di applicare quanto previsto dal DM 2 agosto 2007, cioè di riconoscere che si tratta di una patologia grave stabilizzata o ingravescente ed escludere la persona da ulteriori verifiche. E infine la terza ipotesi è quella della rettifica dei precedenti verbali di invalidità precedente e, quindi, di *revocare* la pensione, l'indennità o l'assegno.

L'INPS applica nel senso più estensivo questa nuova possibilità, riservandosi la rettifica

anche solo sulla base della documentazione presentata, senza procedere a nessuna visita e valutazione oggettiva della persona.

Le valutazioni non vengono effettuate dalla “solita” Commissione di verifica, quella cioè integrata con i medici delle associazioni di categorie e omogenea alla Commissione ASL. La permanenza del possesso dei requisiti sanitari, in questo caso, viene accertata da una Commissione medica composta da soli due medici individuati dall’INPS competente territorialmente.

L’impossibilità di recarsi a visita ambulatoriale presso il Centro Medico legale INPS per sottoporsi alla verifica può essere giustificata unicamente nel caso di impedimento fisico, perché il soggetto si trova in condizione di intrasportabilità o perché in regime di ricovero. Nel primo caso la persona deve far pervenire la richiesta di visita domiciliare, con certificazione medica adeguatamente motivata. Nel secondo caso si dovrà inviare una certificazione rilasciata dalla relativa Direzione sanitaria, accompagnata da richiesta di visita presso la struttura stessa.

Il Piano del 2010

Non sono ancora iniziati i controlli previsti per il 2010, che – sempre su proposta del Governo – dopo una combattutissima conversione del Decreto legge 78/2010 – viene approvata, il 30 luglio 2010, la Legge 122. Questa volta, in modo altrettanto significativo, l’articolo che qui ci interessa si intitola *“Riduzione della spesa in materia di invalidità”*. È l’articolo 10 che prevede un Piano straordinario di 250.000 verifiche nel 2011 e nel 2012. Totale: 500.000 verifiche in due anni.

L’INPS, rispetto alle procedure, mantiene le indicazioni già fornite per il 2010 ma inizia a trovarsi in affanno nell’individuare un campione efficace (per i suoi obiettivi).

Una riprova la si rileva nel Messaggio INPS 6763 del 16 marzo 2011 che fissa alcuni criteri aggiuntivi per allargare il campione dei controllati. L’INPS individua un nuovo, diverso e più ampio bacino di persone che saranno sottoposte a visita. Si ha l’impressione che l’INPS non abbia ancora un’idea esatta della dimensione di questo gruppo, che comunque andrà ad ingrossare – senza tante elaborazioni – le “fila” dei potenziali soggetti da controllare. Vediamo come.

I verbali di invalidità e di handicap possono essere definitivi e non prevedere successive revisioni, oppure, nel caso di evidenze scientifiche che lasciano supporre una potenziale modificazione della patologia o della menomazione, le Commissioni possono prevedere una rivedibilità nel tempo (es. dopo due o tre anni dal primo accertamento).

Il Messaggio INPS stabilisce che verranno sottoposti a verifica gli invalidi civili, ciechi civili e sordi – titolari di provvidenze economiche – il cui certificato di invalidità preveda una revisione fra luglio e dicembre 2011. L’INPS motiva questa scelta come un’azione a vantaggio del Cittadino: *“Allo stato attuale, le procedure operative applicate evidenziano una situazione di diffusa criticità con particolare riguardo ai tempi di definizione delle revisioni, derivante soprattutto dal diversificato utilizzo a livello territoriale delle*

procedure telematiche da parte delle ASL”.

In effetti, la prassi adottata dalle ASL, per i verbali per i quali è prevista una revisione, è molto disomogenea: in alcuni casi il Cittadino viene convocato a visita in tempi utili; in altri è il Cittadino stesso ad attivarsi. Prosegue l'INPS: *“In tali frangenti i cittadini interessati subiscono notevoli e rilevanti disagi, in quanto, alla data di scadenza, le prestazioni economiche loro riconosciute vengono immediatamente sospese e tali rimangono finché non sia completato l'intero iter procedurale di revisione”.* Anche questo è vero: alla scadenza della data di revisione il Cittadino perde lo status di invalido o di persona con handicap, finché quelle condizioni non sono state ridefinite. Il che è molto discutibile sotto il profilo giuridico.

In realtà, la scelta dell'INPS, al di là di una prima apparenza, non apporta vantaggi per il Cittadino e offre, al contrario, all'Istituto un bacino di potenziali persone da controllare i cui contorni sono bene definiti e su cui sono più probabili le revoche delle provvidenze economiche (che comunque avverrebbero, ma che in questo modo sarebbero attribuibili all'azione dell'INPS e non alla normale routinaria attività delle ASL).

Un secondo aspetto non vantaggioso per il Cittadino è che l'INPS effettua la verifica – in caso di revisione già prevista fra luglio e dicembre 2011 – solo per la titolarità di provvidenze economiche. Non verifica, quindi, le persone che non percepiscono pensione o assegno (magari per superamento dei limiti reddituali). Ma ciò che è più grave è che l'INPS controlla solo la minorazione civile, non lo stato di handicap (Legge 104/1992). Quest'ultimo rimane di competenza della ASL. Pertanto la persona con invalidità ed handicap riconosciuti e per i quali è prevista una contemporanea rivedibilità, deve sottoporsi a due visite – una all'INPS (invalidità) e una all'ASL (handicap) – anziché una sola, con disagio doppio e doppia spesa per l'Erario. Ma non basta: l'INPS convoca solo i Cittadini per i quali è a conoscenza che sia stata prevista una visita di revisione: gli altri non li convoca e rimangono “a carico” della ASL. Il Cittadino ovviamente non sa – a priori – di chi sia la competenza.

Un aspetto di dubbia liceità nel Messaggio INPS 6763 riguarda le ipotesi in cui, in sede di visita, siano evidenti gli aggravamenti dello stato di salute del Cittadino.

L'INPS infatti afferma che *“secondo le vigenti disposizioni normative, in occasione delle verifiche straordinarie sulla permanenza dei requisiti nei confronti dei titolari di prestazioni di invalidità civile, non è possibile riconoscere una condizione di invalidità superiore a quella in precedenza determinata”.* Non si precisa quali siano le “vigenti disposizioni normative” a sostegno di tale affermazione. Nella sostanza: l'INPS non riconosce mai l'aggravamento. Per richiederne il riconoscimento il Cittadino deve presentare una nuova istanza di accertamento e sottoporsi ad ulteriore visita di accertamento.

Il piano del 2011/2012

Per il 2012, INPS ha fissato i criteri con il Messaggio 19 aprile 2012, n. 6796. Il Messaggio ricalca le indicazioni già fornite con la Circolare 76/2010 e con il Messaggio

6763/2011.

Pertanto il campione 2012 sarà estratto fra:

- gli invalidi titolari di provvidenze economiche in scadenza prima della fine dell'anno (esclusi quelli per la quale la scadenza è prevista entro due mesi dal Messaggio); non viene fissato alcun limite di età;
- i titolari di indennità di accompagnamento (ciechi e invalidi) e di comunicazione ma solo di età compresa fra i 18 e i 67 anni compiuti;
- i titolari di assegno mensile di assistenza (invalidi parziali) ma solo di età compresa fra i 40 e i 60 anni.

Come già detto il Messaggio 6763/2011 era prevista una prassi non vantaggiosa per il Cittadino: l'INPS, in base a quel Messaggio, ha effettuato le verifiche – in caso di revisione già prevista fra luglio e dicembre 2011 – solo per la titolarità di provvidenze economiche. INPS non ha verificato, quindi, nelle stesse persone lo stato di handicap (Legge 104/1992) anch'esso in revisione.

Opportunamente, il Messaggio 6796 del 19 aprile 2012, corregge le indicazioni precedenti: il programma di verifiche straordinarie dell'anno 2012 comprenderà anche l'accertamento della permanenza dei requisiti di legge previsti dall'art.3, comma 3, della Legge n. 104/1992.

Rimane invece immutata l'altra indicazione (ormai prassi) già espressa in precedenza da INPS.

L'INPS infatti in occasione delle verifiche straordinarie sulla permanenza dei requisiti nei confronti dei titolari di prestazioni di invalidità civile, non riconosce una condizione di invalidità superiore a quella in precedenza determinata.

Nella sostanza: l'INPS non riconosce mai l'aggravamento. Per richiederne il riconoscimento il Cittadino deve presentare una nuova istanza di accertamento e sottoporsi ad ulteriore visita di accertamento, con un sovraccarico anche per l'Erario.

Dopo l'ultimo messaggio citato, la procedura è quella descritta di seguito.

L'INPS richiederà alle Aziende Usl l'invio dei fascicoli sanitari relativi alle persone selezionate per la verifica.

Contestualmente invierà alle persone selezionate per la verifica una lettera raccomandata con invito a far pervenire, entro 15 giorni dalla data di ricezione, al Centro Medico-Legale INPS, la documentazione posseduta, utile per una preventiva valutazione dello stato invalidante in essere.

Nel caso in cui il Cittadino, entro 15 giorni, non invii la documentazione richiesta o questa sia insufficiente (lo decide sempre l'INPS), riceve una convocazione a visita.

Se invece la documentazione viene ritenuta sufficiente per poter effettuare una valutazione sugli atti (cioè in base alle sole certificazioni, referti, cartelle cliniche), l'INPS si riserva diverse possibilità.

La prima è di confermare la prestazione erogata.

La seconda di applicare quanto previsto dal DM 2 agosto 2007, cioè di riconoscere che si tratta di una patologia grave stabilizzata o ingravescente ed escludere la persona da ulteriori verifiche.

E infine la terza ipotesi è quella della rettifica dei precedenti verbali di invalidità precedente e, quindi, di revocare la pensione, l'indennità o l'assegno.

L'istituto della rettifica - già previsto per le malattie professionali e le invalidità per lavoro - è stato esteso anche per le prestazioni di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap, disabilità e alle prestazioni di invalidità a carattere previdenziale (cioè le pensioni di invalidità concessa in costanza di attività lavorativa) dal secondo comma dell'articolo 10 del Decreto legge 78/2010 (Legge 122/2010).

Consente, appunto di rettificare, in qualunque momento, le prestazioni erogate, in caso di errore commesso in sede di attribuzione, concessione o erogazione.

L'INPS applica nel senso più estensivo questa possibilità, riservandosi la rettifica anche solo sulla base della documentazione presentata, senza procedere a nessuna visita e valutazione oggettiva della persona.

Anni	Controlli	Criteri di campionamento
2009	200.000	Invalidi maggiorenni di età inferiore ai 78 anni; il campionamento è proporzionato all'incidenza territoriale degli invalidi civili per abitanti. Esclusi dai controlli le persone affette dalle patologie di cui al DM 2 agosto 2007 (gravi stabilizzate o ingravescenti).
2010	100.000	I titolari di indennità di accompagnamento e di comunicazione ma solo di età compresa fra i 18 e i 67 anni; gli invalidi parziali di età compresa fra i 40 e i 60 anni. Il campione è estratto su chi percepisce assegni o indennità da prima del 1° aprile 2007 Esclusi dai controlli le persone affette dalle patologie di cui al DM 2 agosto 2007.
2011	250.000	Come nel 2010 e come campione aggiuntivo gli invalidi civili, ciechi civili e sordi - titolari di provvidenze economiche - il cui certificato di invalidità preveda una revisione fra luglio e dicembre 2011.
2012	250.000	Come nel 2011 e come campione aggiuntivo gli invalidi civili, ciechi civili e sordi - titolari di provvidenze economiche - il cui certificato di invalidità preveda una revisione fra luglio e dicembre 2011.

La “revisione” dei criteri per la concessione dell’indennità di accompagnamento

Un aspetto particolare, nella conduzione degli accertamenti legati ai Piani straordinari di verifica, ha investito la sostanziale revisione dei criteri con cui vengono accertate le condizioni sanitarie per la concessione dell’indennità di accompagnamento. Ma andiamo per ordine.

Nel giugno del 2010, mentre si discutevano le Misure “anti-crisi” (Decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78 che poi fu convertito definitivamente dalla Legge 30 luglio 2010, n. 122), un emendamento di origine governativa tentò di modificare i criteri per la concessione dell’indennità di accompagnamento prevedendo fosse erogata *“ai cittadini nei cui confronti sia stata accertata una inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e che si trovino nella impossibilità permanente di deambulare senza l’aiuto di un accompagnatore, o, non essendo in grado di compiere il complesso degli atti elementari della vita, abbisognano di una assistenza continuativa”*.

Dietro un testo apparentemente innocuo si celavano dei risvolti di notevole rilevanza e ricadute significative in termini di successiva concessione dell’indennità di accompagnamento. Ne seguì una serrata protesta e il ritiro dell’emendamento.

Per comprendere quali sarebbero state le conseguenze di quell’emendamento bisogna ricordare quali sono oggi i requisiti sanitari previsti.

L’ultima indicazione, quella vigente, è del 1988 (articolo 1, comma 2, lettera b), Legge 21 novembre 1988, n. 508). L’indennità di accompagnamento viene oggi concessa alle persone con inabilità totale quando ricorre una delle due seguenti condizioni: si trovino nella impossibilità di deambulare senza l’aiuto permanente di un accompagnatore; oppure, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di una assistenza continua.

Deambulazione

La prima condizione è chiara: l’indennità viene concessa nel caso di grave impedimento alla deambulazione, tanto grave da non potersi muovere senza l’aiuto di un accompagnatore.

L’emendamento spostava il termine “permanente”, precisando che l’impossibilità a deambulare deve essere permanente. Non è un aspetto marginale e lo spiegava bene la stessa relazione all’emendamento.

“Si prevede che il deficit della deambulazione debba essere permanente ed assoluto, tale da rendere siffatta funzione del tutto impossibile senza l’aiuto di un accompagnatore. Ai fini della costituzione dei requisiti medico-legali per il beneficio in parola non rilevano, perciò, deficit della

deambulazione compensabili, anche parzialmente, con ausili quali mezzi di appoggio, protesi o ortesi”.

Cosa sarebbe cambiato? Facciamo un esempio concreto. Chi deambula lentissimamente e con enorme fatica con l'aiuto di un tripode, di due stampelle o di altri ausili, non avrebbe più ottenuto l'indennità di accompagnamento.

Atti quotidiani della vita

L'altra condizione, alternativa, per ottenere l'indennità di accompagnamento prende in considerazione la necessità di assistenza continua nel compiere gli atti quotidiani della vita.

Ma cosa sono gli atti quotidiani della vita? Per capirlo bisogna rifarsi alla letteratura scientifica internazionale e italiana che sulla rilevazione, misurazione e valutazione dell'autonomia personale ha sviluppato una notevole e consolidata produzione.

Le scale di valutazione dell'autonomia personale sono ampiamente usate anche in Italia da decenni e si basano proprio sulla valutazione della capacità di esecuzione di atti quotidiani.

In ogni caso si distingue fra atti elementari e atti strumentali della vita quotidiana.

Sono atti elementari: fare il bagno (ricevere assistenza nel lavare non più di una parte del corpo); vestirsi (escluso l'allacciarsi le scarpe); uso del gabinetto (recarvisi con ausili, pulirsi e rivestirsi da solo); mobilità (alzarsi e sedersi sulla sedia senza appoggiarsi, usare il bastone); continenza (controllo completo di feci ed urine); alimentazione (escluso il tagliare la carne).

L'emendamento proposto dal Governo prevedeva che, per ottenere l'indennità di accompagnamento, la persona non dovesse essere in grado di compiere il complesso degli atti elementari della vita.

I risvolti, pertanto, sono due: in primo luogo il riferimento è al complesso degli atti e non solo ad uno o due di essi. È chiaro che la necessità di assistenza per tutti gli atti elementari si configura solo in casi gravissimi.

Inoltre, con la nuova definizione non si riteneva rilevante la necessità di assistenza continua nel caso di impossibilità allo svolgimento degli atti strumentali della quotidianità. Cosa sono?

Sono atti strumentali della vita quotidiana la capacità di usare il telefono, di fare acquisti e gestire il denaro, di preparare il cibo, di governare la casa, di cambiare la biancheria, di usare i mezzi di trasporto, di essere responsabili nell'uso dei farmaci, di essere capaci di maneggiare il denaro.

I nuovi criteri, quindi, avrebbero escluso dalla concessione dell'indennità di accompagnamento moltissime persone, non solo anziane, con disabilità intellettiva o relazione il cui grado di autonomia personale è estremamente ridotto, pur essendo conservata la capacità nello svolgimento degli atti elementari.

Come già detto, l'emendamento, ritenuto inopportuno ed eccessivamente restrittivo, fu ritirato.

Le Linee Guida dell'INPS

A distanza di tre mesi dall'approvazione della Legge 122/2010 di conversione del Decreto-legge 78/2010, l'INPS, con una Comunicazione del 20 settembre 2010 (interna e non diffusa nel sito ufficiale) del Direttore Generale ai tutti i Dirigenti regionali INPS, emana le "Linee Guida operative in invalidità civile".

Le Linee Guida forniscono anche indicazioni relative ai requisiti sanitari per la concessione dell'indennità di accompagnamento.

Dalla lettura delle "Linee Guida" non appare forzato rilevare forti similitudini con i principi e le indicazioni contenute nell'emendamento cassato già in sede referente dal Parlamento.

Purtuttavia le indicazioni hanno un effetto di notevole entità, costituendo il riferimento operativo a cui i medici INPS si dovranno attenere nella valutazione dell'invalidità civile.

È opportuno poi ricordare che – grazie all'articolo 20 della Legge 102/2009 – *"In ogni caso l'accertamento definitivo è effettuato dall'INPS"*.

Quindi, all'atto pratico, quelle indicazioni interne di INPS finiscono essere prevalenti sulle stesse disposizioni di legge interpretate dall'Istituto.

I requisiti secondo INPS

Le Linee Guida – "rileggono" la formulazione legislativa relativa alla "impossibilità di deambulare *senza l'aiuto permanente di un accompagnatore*".

Recita l'INPS: *"È opportuno sottolineare alcuni requisiti di legge quali l'impossibilità di deambulare, non la semplice difficoltà, il carattere di permanenza dell'aiuto dell'accompagnatore, non di saltuarietà. Va da sé che **presidi ortopedici e protesici** che rendano il soggetto autonomo nella deambulazione escludono il diritto all'indennità. Il requisito della permanenza implica la sussistenza di menomazioni anatomo-funzionali irreversibili e immodificabili da qualsiasi presidio"*.

Come già chiosato a proposito dell'emendamento ritirato, se una persona riesce a muovere pochi passi, oppure utilizza tutori che consentano di deambulare lentissimamente è escluso dalla concessione di indennità di accompagnamento.

Gli atti quotidiani della vita

Ancor più restrittiva l'interpretazione relativa agli **atti quotidiani della vita**.

"Per quel che concerne gli atti quotidiani della vita, constatando la genericità dell'espressione e in accordo con la prevalente dottrina medico legale, essi vanno intesi come quel complesso di attività che assicurano un livello basale di autonomia personale in un ambito per lo più intradomiciliare. Il prendere in considerazione le attività extradomiciliari, in ambienti complessi come le moderne metropoli, porterebbe, infatti, ad una valutazione talmente estensiva da superare l'ambito medico legale".

Quindi, secondo INPS, gli atti quotidiani – da valutare ai fini dell'indennità di

accompagnamento – sono quelli elementari (vestirsi, lavarsi, controllo degli sfinteri...) e, per di più, limitati alla propria abitazione.

Le attività extradomiciliari (ad esempio: saper orientarsi, saper prendere un mezzo pubblico, saper chiedere aiuto o un'informazione) non hanno, secondo INPS, rilevanza ai fini valutativi.

Prosegue INPS: *“Si ricorda che il dettato legislativo prevede la necessita di una assistenza continuativa da parte di terzi per il concretizzarsi del requisito medico legale; si intende che la dizione “continuativa” rimanda ad una assistenza che si esplica nell’arco della intera giornata e non solo in saltuari momenti”.*

Le scale di valutazione dell'autonomia

A conferma di questa logica, l'INPS pone un freno e dei “paletti” all'uso delle scale di valutazione dell'autonomia degli atti quotidiani di vita, largamente consolidati, usati e oggetto di letteratura scientifica negli ultimi trent'anni.

Non potendone disconoscere la fondatezza, ne limita il ricorso.

“Utile punto di riferimento sono le scale ADL (specialmente nell'indicare le funzioni basali da prendere in considerazione: lavarsi, vestirsi, spostarsi, continenza sfinteriale e autonomia in toilette, alimentazione) e IADL (enfaticizzando le funzioni più elementari quali l'assunzione dei farmaci e la preparazione dei pasti) rifuggendo però da schematismi”.

Che differenza c'è fra ADL e IADL?

La prima (ADL – Activities of Daily Living) è una scala di valutazione di autonomia nelle attività quotidiane. La seconda (IADL – Instrumental Activities of Daily Living) è una scala delle attività strumentali della vita quotidiana, cioè quelle più complesse e che condizionano comunque l'autonomia personale: usare il telefono, usare i mezzi pubblici, gestire il denaro, uso responsabile dei farmaci, preparazione dei pasti, governo della casa, ecc.

INPS consiglia di limitarsi alle scale che valutano **solo le attività “basali”**, cioè elementari (e solo in casa come abbiamo visto sopra). E anche quando si riferisce alle IADL, invita ad enfatizzare la sola parte relativa all'assunzione dei farmaci.

Infatti precisa: *“A tal proposito sembrano di maggiore affidabilità strumenti quali l'indice di Barthel o l'indice [così nel testo, NdR] di Katz utilizzati in ambiente fisiatrico”.*

Ancora una volta, la scala di Barthel e la scala di Katz sono strumenti che valutano e quantificano l'autonomia solo negli atti strettamente elementari.

Sempre nei limiti degli esempi, una persona con disabilità intellettiva, assolutamente incapace di uscire autonomamente da casa propria, di prendere un autobus, di comprarsi un panino, potrebbe ottenere comunque un punteggio di alta autonomia negli atti quotidiani elementari se si veste, si lava e mangia da solo e se controlla gli sfinteri. Nella linea interpretativa dell'INPS, è escluso dalla concessione dell'indennità di accompagnamento.

In **conclusione**, nell'elaborazione delle proprie Linee guida, INPS ha fissato dei criteri specifici andando oltre a quello che è l'attuale dettato normativo, appropriandosi, in larga misura, di una competenza propria del Legislatore.

Il contenzioso

L'attuale sistema di accertamento e di valutazione delle invalidità civile è causa di un enorme contenzioso con correlati costi a carico dello Stato e di sovraccarichi sul Cittadino. Recenti provvedimenti normativi sono intervenuti per modificare l'impianto delle modalità di ricorso, ponendo il Cittadino in una situazione di svantaggio rispetto ad INPS. Peraltro dal 2005 è soppressa ogni forma di ricorso amministrativo e vien di fatto scoraggiata ogni modalità di presentazione di istanza di riesame, garanzie che potrebbero di molto contenere il ricorso in giudizio.

Fino al 31 dicembre 2011 chi intendeva opporsi ad una decisione dell'INPS in materia di invalidità o di handicap presentava ricorso al Giudice, allegando memorie, documentazione sanitaria, perizie di parte. Il Giudice nominava un CTU, Consulente Tecnico dell'Ufficio, incaricato di stendere una relazione peritale che poi il Giudice acquisiva, assieme alle eventuali memorie, perizie, documentazioni della controparte. I tempi, spesso, erano molto lunghi arrivando ad alcuni anni prima della sentenza che giungeva dopo varie udienze.

La Corte dei Conti, nella sua annuale attività ispettiva nei confronti di INPS, ha rilevato che, alla fine del 2010, erano **giacenti ben 362.642 cause relative all'invalidità civile**. Una mole enorme. Ma la stessa Corte ha anche rilevato come l'INPS soccomba nel 57,7% dei casi (dati 2010). Ogni anno vi sono oltre 120.000 nuovi ricorsi.

Le nuove modalità di "ricorso" sembrano rispondere più a queste emergenze che alla volontà di semplificare i procedimenti o alleggerire la già sovraccarica giustizia civile.

Gennaio 2012

Dal primo gennaio 2012 cambiano dunque le regole. L'articolo 38 della Legge 111/2011, infatti, ha modificato il Codice di procedura civile, introducendo un nuovo articolo specifico per queste situazioni: l'articolo 445 bis.

Questo articolo prevede l'accertamento tecnico preventivo obbligatorio per le controversie in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, nonché di pensione di inabilità e di assegno di invalidità (la cosiddetta invalidità pensionabile).

L'obiettivo è di risolvere il contenzioso in tempi più rapidi e senza sovraccaricare la giustizia civile di ripetute udienze. Ma l'intento è solo teoricamente positivo.

Il Cittadino che intenda opporsi ad una decisione (esempio più frequente: un verbale di invalidità) dell'INPS, non presenta più il ricorso introduttivo per il giudizio, ma presenta, sempre al Tribunale, l'istanza di accertamento tecnico per la verifica preventiva delle condizioni sanitarie che legittimano la pretesa fatta valere. Insomma

non si va subito “in causa” ma si chiede una consulenza tecnica preventiva ai fini della conciliazione della lite. (L'accertamento tecnico preventivo esiste già nell'ordinamento italiano ma è stato introdotto per ben altre questioni che nulla hanno a che vedere con le condizioni sanitarie e con i diritti soggettivi).

L'espletamento dell'accertamento tecnico preventivo costituisce condizione di procedibilità. L'improcedibilità può essere eccepita dall'INPS o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Se il giudice rileva che l'accertamento tecnico preventivo non è stato espletato ovvero che è iniziato ma non si è concluso, assegna alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione dell'istanza di accertamento tecnico oppure di completamento dello stesso.

Il procedimento

Il Giudice, all'udienza di comparizione, nomina il consulente tecnico d'ufficio. Questi deve inviare – almeno 15 giorni prima dell'inizio delle operazioni peritali anche per via telematica – una formale comunicazione al Direttore della sede provinciale INPS competente o a un suo delegato. Inoltre, alle operazioni peritali partecipa sempre di diritto il medico legale dell'INPS.

Con una recente circolare (30/12/2011 n. 168) l'INPS indica alle proprie sedi periferiche l'importanza che l'Istituto si costituisca in giudizio entro il decimo giorno antecedente l'udienza e che sia presente il proprio legale fin dalla prima udienza, affinché il medico dell'Istituto possa essere immediatamente informato della data di inizio delle operazioni peritali e parteciparvi.

La consulenza tecnica

Il consulente tecnico d'ufficio, deve trasmettere la bozza di relazione alle parti (INPS e Cittadino), nel termine stabilito dal giudice. Con la stessa ordinanza il giudice fissa il termine entro il quale le parti devono comunicare al consulente le proprie osservazioni sulla bozza di relazione e il termine, anteriore alla successiva udienza, entro il quale il consulente deve depositare in cancelleria la relazione, le osservazioni delle parti e una sintetica valutazione sulle stesse.

Terminate le operazioni di consulenza, il Giudice, con decreto comunicato alle parti (INPS e Cittadino), fissa un termine perentorio non superiore a trenta giorni, entro il quale le medesime devono dichiarare, con atto scritto depositato in cancelleria, se intendono contestare le conclusioni del consulente tecnico dell'ufficio.

In assenza di contestazione, il Giudice, entro trenta giorni, omologa con decreto l'accertamento del requisito sanitario presentato nella relazione del consulente.

Il decreto è inappellabile, cioè non si possono più presentare ricorsi. Il decreto, è notificato (non sono precisati i tempi) agli enti competenti, che provvedono, subordinatamente alla verifica di tutti gli ulteriori requisiti previsti dalla normativa vigente, al pagamento delle relative prestazioni, entro 120 giorni.

Al contrario, nei casi di mancato accordo, la parte che abbia dichiarato di contestare le conclusioni del consulente tecnico dell'ufficio deve depositare, presso lo stesso Giudice, entro il termine perentorio di trenta giorni dalla dichiarazione di dissenso, il ricorso introduttivo del giudizio, specificando, a pena di inammissibilità, i motivi della contestazione della relazione del consulente. Da quel momento può iniziare l'iter con le udienze, e la presentazione delle consulenze di parte.

La successiva sentenza è inappellabile: per le cause di invalidità c'è un solo grado di giudizio

Le nuove disposizioni dovrebbero entrare in vigore dal primo gennaio 2012 e riguarderanno anche i ricorsi presentati dopo quella data.

Cosa cambia e come

Le nuove disposizioni, come già detto, solo apparentemente possono sembrare più favorevoli al Cittadino. Se è vero che potrebbero abbreviarsi i tempi di conclusione della controversia, è altrettanto evidente che INPS è in una posizione di forza nel "dibattimento": deve obbligatoriamente partecipare alla attività di perizia del consulente tecnico nominato dal giudice.

L'anticipazione delle spese per la consulenza tecnica sono a carico di chi richiede l'accertamento tecnico preventivo, anche se è vero che il giudice potrebbe stabilire diversamente.

Il Cittadino deve comunque appoggiarsi ad un legale che lo assista e sia presente nella prima udienza.

Il Cittadino può ricorrere contro le decisioni del consulente tecnico di ufficio, ma devono essere ben circostanziate le contestazioni alla relazione del consulente. Si rischia inoltre, in particolare in caso di soccombenza, che l'azione sia considerata come "lite temeraria" con ciò che comporta in termini di pagamento delle spese.

Nel caso si ricorra, è necessario disporre di una valutazione di un perito di parte (con ciò che comporta in termini di spese).

Le sentenze che riguardano le invalidità civili non sono impugnabili: questo significa che per queste situazioni esiste un solo grado di giudizio (limitazione più unica che rara nell'ordinamento italiano).

Nella logica complessiva, il ruolo del consulente tecnico dell'ufficio diviene centrale e dirimente, il che – in via teorica – non è scorretto trattandosi di appurare uno status sanitario su cui il Giudice non ha stretta competenza professionale.

Ma ciò lascia aperti ed amplifica i notevoli problemi segnalati quotidianamente rispetto alle reali specifiche competenze delle migliaia di consulenti "a disposizione" dei Tribunali. Nessuna norma precisa, ad esempio, che il consulente deve essere un medico

legale oppure un medico specialista nella patologia da esaminare. Conseguentemente non è infrequente incontrare casi in cui a svolgere l'attività di consulenza siano medici con specializzazioni molto lontane dalla patologia da esaminare (es. dermatologi, ginecologi, medici dello sport chiamati a valutare casi di distrofia, lesione spinale, morbo di Alzheimer...).

Vi sono degli aspetti, più o meno evidenti, di "conflitto di interessi", mai sufficientemente accertati dai Giudici. Chi svolge o ha già svolto attività professionale per l'INPS è corretto che sia chiamato come consulente in una perizia che vede l'Istituto come parte in causa?

E infine, a proposito di tempi, lascia perplessi il limite di 120 giorni entro in quale l'ente dovrebbe provvedere al pagamento delle eventuali provvidenze: nell'era dell'informatica e della telematica, e visto il tipo di accertamenti davvero minimi da eseguire, quattro mesi di tempo sembrano davvero esagerati, visti soprattutto i dichiarati intenti semplificatori del Legislatore. È chiaro che quel limite è fissato anche in funzione degli interessi legali (altra spina nel fianco dell'INPS) che, in questo modo, decorrono dal centoventunesimo giorno e non dalla data del sentenza o della notifica del decreto.

Criticità nella conduzione Piani di verifica straordinari

L'attuazione dei Piani di verifica straordinari sulle condizioni invalidanti ha prodotto vari effetti negativi sulle persone con disabilità e sull'intero sistema, peraltro producendo solo minimamente gli effetti attesi (contenimento della spesa).

Contenimento della spesa

La rivista Welfare oggi (2011), diretta dal professor Cristiano Gori, ha dedicato al tema della cosiddetta "caccia ai falsi invalidi" una monografia, dalla quale – fra l'altro – risultano gli effetti di tale campagna. Così si esprime la rivista.

La spesa per le prestazioni d'invalidità civile è cresciuta fortemente tra il 2002 e il 2009: + 47% complessivo, con un tasso medio annuo del 5.9%. Secondo il bilancio preventivo Inps, nel 2010 e nel 2011 l'incremento in confronto all'anno precedente è stato rispettivamente del 3.8% e del 3.1%. Si tratta, dunque, di una di una crescita media annua del 3.5%¹ (tabella 1). Un simile tasso di crescita sfugge a un commento univoco: da una parte, si tratta di una riduzione significativa rispetto ai tassi precedenti, dall'altra è, in ogni modo, un incremento rilevante.

Questi dati sono, secondo noi, l'esito di spinte contrapposte:

a) *"l'effetto deterrente"*: il mix tra i controlli e il clima di maggiore attenzione verso le possibili frodi ha svolto una funzione deterrente, scoraggiando varie persone (e le relative famiglie) che non ne avrebbero veramente bisogno dal fare domanda;

b) *"il rallentamento organizzativo"*: dal 1 gennaio 2010 l'INPS ha avviato una procedura telematica per la presentazione della domanda che coinvolge tutti gli attori del processo. Il primo semestre, quello d'avvio, è stato accompagnato da un notevole disorientamento sia da parte dei medici di famiglia (difficoltà e resistenze ad accreditarsi al sistema INPS), dei patronati sindacali (difficoltà ad accreditarsi e a gestire le nuove funzioni), dei cittadini abituati fino al 2009 ad trovare un interfaccia presso le segreterie delle Commissioni ASL. Numerose presentazioni di istanze sono state rallentate o rinviate.

c) *"le persistenti criticità del welfare italiano"*: il boom della spesa nello scorso decennio è stato dovuto, principalmente, all'incapacità del welfare italiano di rispondere adeguatamente all'invecchiamento della popolazione, incapacità che si è scaricata sulle domande per l'accompagnamento. Le difficoltà del welfare rimangono e l'invecchiamento procede rapido:

¹ Bisogna ricordare che, in passato, le cifre registrate a consuntivo si sono sempre rivelate inferiori ai preventivi. È ragionevole attendersi, dunque, che anche in questo caso il dato consuntivo per gli ultimi due anni si rivelerà superiore.

nel 2010 e nel 2011 l'incremento medio annuo della popolazione di 80 anni e + è del 3.5%.

Tabella 1 – Tasso annuo di crescita della spesa per prestazioni d'invalidità civile

Periodo	Percentuale rispetto all'anno precedente	Tipo di dato
Media 2002-2009	+ 5,9%	Consuntivo Inps
Media 2009-2010 (stima)	+ 3,5%	Preventivo Inps

Fonte: 2002-2009 dati Inps (Bilancio sociale, 2009), 2009 e 2010 nostre ipotesi su dati Inps e Istat

Nel 2009 sono state revocate, in seguito a 200.000 controlli, 21.282 prestazioni (pensioni, assegni o indennità). Nel 2010, su circa 100.000 controlli sono state revocate 9.801 provvidenze economiche. Il totale delle provvidenze revocate in due anni (300.000 controlli) è pari a 31.083². Secondo i dati ministeriali, la percentuale delle prestazioni revocate sul totale è stato dell'11,6%³ nel 2009 e del 10% nel 2010%.

Ipotizzando il massimo del risparmio (supponiamo che i due terzi di provvidenze siano indennità da 480 euro al mese⁴), si giunge a circa 150 milioni di spesa annua in meno.

Si stima che per almeno la metà delle provvidenze revocate gli interessati (tenendo conto che possono essere stati, in buona parte, titolari di pensione e indennità) presentino o abbiano già presentato il ricorso; il ricorso è di facile attivazione appoggiandosi ad un patronato. Se si mantiene il trend degli ultimi anni, INPS soccombe in più di metà dei giudizi. Il che significa che deve ripristinare (con gli arretrati) le provvidenze e pagare le spese legali. Ipotizziamo che, in questo caso, l'Inps perda il 40% dei ricorsi. Quei 150 milioni previsti quindi, scendono almeno a 115 al lordo delle spese legali.

Bisogna poi togliere i costi della valutazione medica e amministrativi ipotizzabili in almeno 150 euro a controllo. 45 milioni di euro. (Si ipotizzano, per ciascun controllo almeno due ore di attività amministrativa complessiva, e un'ora di valutazione medica periferica e centrale). Alla fine, considerando tutti gli elementi, dopo i primi 300.000 controlli il risparmio annuo è di 70 milioni circa (tabella 2).

Tabella 2 – I risparmi di spesa 2009-2010

VOCE	CIFRA	COME È STATA CALCOLATA
Minore spesa dovuta a revoche	150 milioni di euro	Revoca di 31.000 prestazioni, stimando che due terzi siano indennità
Meno		
Ricorsi	35 milioni di euro	In media l'Inps soccombe in circa il 55%

² Le informazioni sulle revoche sono tratte da dati resi noti dal Ministro Sacconi del settembre 2011.

³ Questa percentuale è sovrastimata perché non contempla tutte le ipotesi in cui siano state revocate ad una stessa persona due provvidenze (indennità e pensione). Comunque, qui utilizziamo questa così come utilizziamo – dove disponibili – i dati di fonte istituzionale.

⁴ 480 Euro mensili era il valore dell'indennità di accompagnamento nel 2010.

		dei giudizi, ma prudenzialmente ipotizziamo che soccomba nel 40% dei ricorsi attivati.
Meno		
Costi economici della valutazione economica e amministrativa	45 milioni	150 Euro a controllo per 300mila controlli
Uguale a		
RISPARMIO TOTALE	70 milioni annui	

Proviamo ora a stimare i dati di risparmio derivanti dai controlli 2011-2011 che prevedono un campione di 250.000 persone per ciascun anno. È ragionevole supporre che la percentuale di revoche si abbassi ulteriormente (tra il 2009 e il 2010 si è già abbassata di circa 1,5%, da 11,6% a 10%) perché – come spiega il prossimo paragrafo – aree e gruppi di utenza dove è più probabile si trovino utenti da revocare sono già stati considerati nelle prime due annualità.

Quindi ipotizzando che la percentuale di successo scenda all'8,5% nel 2011 e, prudenzialmente, rimanga tale anche per il 2012, si possono prevedere circa 21.000 provvidenze per ciascun anno, per un risparmio annuo di poco meno di 200 milioni di euro. Anche su questa cifra vanno previsti i relativi ricorsi con gli esiti di cui sopra e il costo amministrativo e medico, con lo stesso procedimento mostrato sopra. Si giunge così a stimare un risparmio annuo di circa 100 milioni di euro.

A questo punto è possibile stimare quando spenderà in meno per le prestazioni d'invalidità civile lo Stato una volta portati a termine gli 800.000 mila controlli. Sono 170 milioni di euro all'anno, rispetto ad una spesa complessiva per le prestazioni monetarie d'invalidità civile giunta nel 2010 a 17miliardi di euro (2010)⁵. Si tratta, detto altrimenti dello 1,0% della spesa per l'invalidità civile (box 1)

Piani straordinari di verifica: ipotesi di risparmi annui prodotti a partire dal 2012.

Quando = nel 2012, conclusi gli 800.000 controlli iniziati nel 2009

Risparmio annuo netto = 170 milioni di Euro⁶

Spesa annua per le prestazioni d'invalidità civile = 17 miliardi di Euro

Riduzione percentuale della spesa = - 1.0%

Gli effetti sul Cittadino

L'intensa attività di verifica affidata a INPS ha coinvolto personale amministrativo e personale medico, finendo per incidere sui tempi di attesa di convocazione, visita e verifiche ordinarie.

⁵ Si fa riferimento a 16 miliardi per il 2009, il dato Inps a preventivo, che poi divenne 16,4 miliardi a consuntivo. Come detto sopra, nell'ultimo biennio la spesa ha continuato a crescere, anche se meno che in precedenza.

⁶ La nostra stima è costruita utilizzando, dove possibile, dati di fonte Inps o Ministero. Dove è stato necessario fare ipotesi, si è sempre trattato di ipotesi tendenti più a sovrastimare che a sottostimare i possibili risparmi.

Ciò ha vanificato il delicato avvio (2010) della nuova procedura telematica avviata da INPS per la gestione di tutte le fasi dalla presentazione della domanda, alla visita, alla verifica, alla concessione delle eventuali provvidenze economiche.

Tale effetto risulta chiaramente Determinazione 10 novembre 2011, n. 77 della Corte dei Conti. Di fatto, al momento attuale, vi sono gli stessi tempi di attesa che si rilevavano prima dell'avvio delle procedure informatiche e telematiche.

Nella scelta delle persone da sottoporre a visita di controllo INPS avrebbe dovuto evitare la convocazione di quelle che erano affette da patologie stabilizzate o inaggravanti per le quali la legge 80/2006 e il Decreto 2 agosto 2007 prevedono l'esclusione da qualsiasi successiva visita di controllo.

Di fatto l'attuale sistema non consente di individuare preventivamente con certezza tali soggetti e questo per i seguenti motivi:

- molti dei verbali tuttora vigenti non recano alcuna utile indicazione in tal senso e cioè non consentono di individuare particolari patologie;
- la maggioranza dei verbali non è ancora inserita nel sistema informatico telematico di INPS;
- molte ASL non hanno fornito a INPS i fascicoli sanitari in loro possesso e tale comportamento ha finito per danneggiare gli interessati;
- alcune ASL non sono in grado di ritrovare agevolmente i verbali relativi alle diverse posizioni da sottoporre a controllo o verifica (ciò peraltro rappresenta una violazione della normativa sulla privacy e sulla conservazione dei dati sensibili);

In tale situazione INPS non ha potuto che richiedere la documentazione sanitaria ai diretti interessati creando spesso disorientamento e disagio, soprattutto per i tempi di risposta richiesti, per il linguaggio adottato e per l'ansia incontrata nei diretti interessati, ansia conseguente alla campagna di stampa precedentemente avviata.

I fatti accaduti e la gestione delle procedure di richiesta della documentazione mette in luce quanto sia carente, disorganico e inefficace l'intero sistema dell'accertamento dell'invalidità in Italia, e di quanto sia scoordinata la "filiera" degli enti e degli operatori coinvolti.

Attuali modalità di accertamento degli stati invalidanti: sovraccarichi amministrativi, costi e benefici

Viste le carenze evidenziate nella conduzione dei Piani straordinari di verifica, vale la pena di analizzare alcuni più sostanziali sovraccarichi e disfunzioni, limitandoci ai percorsi di accertamento e di verifica degli stati invalidanti, passaggi essenziali per i Cittadini che abbiano necessità di accedere a prestazioni, servizi, agevolazioni.

Come si potrà notare, le sintesi evidenziano sia il sovraccarico per il Cittadino che il costo (in termini di risorse e personale) per la Pubblica Amministrazione.

Riconoscimento della minorazione civile

Si tratta dell'attivazione del procedimento per il riconoscimento dello status di invalido civile, cieco civile o sordomuto (persona con sordità prelinguale) che rappresenta il prerequisito all'accesso a prestazioni, provvidenze economiche e agevolazioni di varia natura. Si tratta di un procedimento incentrato sulla valutazione medicolegale di Commissioni pubbliche preposte all'accertamento. Il verbale può comportare la concessione di provvidenze economiche e di accesso ad altre agevolazioni, ma non è ammesso per alcune agevolazioni (es. permessi e congedi lavorativi).

Azioni del Cittadino

- Rivolgersi al medico curante, abilitato al sistema telematico INPS, e farsi rilasciare il certificato introduttivo.
- Rivolgersi ad un patronato sindacale autorizzato e presentare la domanda di accertamento abbinando il certificato medico introduttivo e attendere l'indicazione della convocazione a visita.
- La visita avviene presso la Commissione ASL, integrata con un medico INPS. In sede di visita si può presentare altra documentazione sanitaria e farsi assistere a proprie spese da un medico di fiducia.
- Se la Commissione ASL lo richiede, sottoporsi ad accertamenti specialistici e restituire l'esito/referto alla stessa Commissione per il perfezionamento della pratica.
- Se, dopo la visita all'ASL, la Commissione di verifica INPS lo richiede, presentarsi ad ulteriore visita.

Azioni della Pubblica Amministrazione

- INPS: gestione del sistema informatico telematico delle domande e dei verbali di visita.
- ASL: esecuzione delle visite programmate attraverso le proprie Commissioni e trasmissione dei verbali all'INPS.
- INPS: verifica dei verbali emessi dalle Commissioni ASL; eventuale ulteriore

convocazione a visita o richiesta di documentazione alla ASL.

- INPS: comunicazione formale dell'esito della visita al Cittadino e attivazione, se del caso, delle procedure di concessione ed erogazione delle provvidenze economiche.

Tempi medi di attesa nazionali

Convocazione a visita: **100 giorni** dalla data di domanda.

Comunicazione del verbale: **210 giorni** dalla data di domanda.

I tempi sono ulteriormente dilazionati nel caso di richiesta di visita a domicilio, ammessa solo in caso di grave rischio per la salute.

Personale coinvolto

1. Primo accertamento: Tre medici ASL (dipendenti o convenzionati); un medico INPS; un medico rappresentante delle Associazioni di categoria (a carico dello Stato). **Totale: 5 medici**. Il trattamento economico del personale sanitario preposto a questi accertamenti è diverso a seconda delle Regioni: in alcune realtà l'attività di valutazione rientra nelle normali mansioni, in altre (la maggioranza) comporta l'attribuzione di "gettoni", incentivi, maggiorazione.
2. Verifica: Commissione INPS omogenea, in quanto a composizione, a quella di prima istanza: **Totale: 4 medici** (3 INPS, 1 delle Associazioni di categoria).
3. Personale amministrativo INPS e ASL. Supporto di personale dei patronati e dei CAAF.

Note

Tutti i verbali possono prevedere la rivedibilità, cioè essere considerati a scadenza. Alla scadenza del verbale tutti i benefici connessi decadono, anche nelle more di un accertamento di revisione.

Riconoscimento dell'handicap (art. 3, Legge 104/1992)

Si tratta dell'attivazione del procedimento per il riconoscimento dello status di persona con handicap, come definita dall'articolo 3 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104. Rappresenta attualmente il prerequisite imprescindibile per l'accesso alle agevolazioni lavorative previste dall'articolo 21 e 33 della medesima norma.

Azioni del Cittadino

1. Rivolgersi al medico curante, abilitato al sistema telematico INPS, e farsi rilasciare il certificato introduttivo.
2. Rivolgersi ad un patronato sindacale autorizzato e presentare la domanda di accertamento abbinando il certificato medico introduttivo e attendere l'indicazione della convocazione a visita.
3. La visita avviene presso la Commissione ASL, integrata con un medico INPS. In sede di visita si può presentare altra documentazione sanitaria e farsi assistere a proprie spese da un medico di fiducia.
4. Se la Commissione ASL lo richiede, sottoporsi ad accertamenti specialistici e

restituire l'esito/referto alla stessa Commissione per il perfezionamento della pratica.

5. Se, dopo la visita all'ASL, la Commissione di verifica INPS lo richiede, presentarsi ad ulteriore visita.

Azioni della Pubblica Amministrazione

1. INPS: gestione del sistema informatico telematico delle domande e dei verbali di visita.
2. ASL: esecuzione delle visite programmate attraverso le proprie Commissioni e trasmissione dei verbali all'INPS.
3. INPS: verifica dei verbali emessi dalle Commissioni ASL; eventuale ulteriore convocazione a visita o richiesta di documentazione alla ASL.
4. INPS: invia comunicazione formale dell'esito della visita al Cittadino.

Tempi medi di attesa nazionali

Convocazione a visita: **100 giorni** dalla data di domanda.

Comunicazione del verbale: **210 giorni** dalla data di domanda.

I tempi sono ulteriormente dilazionati nel caso di richiesta di visita a domicilio, ammessa solo in caso di grave rischio per la salute.

Personale coinvolto

1. Tre medici ASL (dipendenti o convenzionati); un operatore sociale; un medico esperto nei casi da valutare; un medico INPS; un medico rappresentante delle Associazioni di categoria (a carico dello Stato). **Totale: 6 medici + 1 operatore sociale.** Il trattamento economico del personale sanitario preposto a questi accertamenti è diverso a seconda delle Regioni: in alcune realtà l'attività di valutazione rientra nelle normali mansioni, in altre (la maggioranza) comporta l'attribuzione di "gettoni", incentivi, maggiorazione.
2. Verifica: Commissione INPS omogenea, in quanto a composizione, a quella di prima istanza. **Totale: 5 medici** (4 INPS, 1 delle Associazioni di categoria) **+ 1 operatore sociale.**
3. Personale amministrativo INPS e ASL. Supporto di personale dei patronati e dei CAAF.

Note

1. La Legge 9 marzo 2006, n. 80, all'articolo 6 ha dato facoltà alle Regioni di unificare gli accertamenti per l'handicap e per le minorazioni civili; di fatto non sempre questo accade o per scarsa informazione fornita ai Cittadini o per interessi legittimi che sorgono in momenti successivi.
2. L'accertamento dell'handicap può essere richiesto anche da persone che non sono minorate civili (es. invalidi di guerra, lavoro o servizio).
3. Tutti i verbali possono prevedere la rivedibilità, cioè essere considerati a scadenza. Alla scadenza del verbale tutti i benefici connessi decadono, anche nelle more di un accertamento di revisione.

Riconoscimento della disabilità (Legge 68/1999)

Si tratta di un procedimento volto all'accertamento della disabilità ai fini lavorativi, del collocamento mirato e dell'iscrizione alle liste speciali di collocamento. Per iscriversi alle liste di collocamento non è sufficiente la certificazione di invalidità o di handicap, ma serve una ulteriore valutazione.

Azioni del Cittadino

1. Rivolgersi al medico curante, abilitato al sistema telematico INPS, e farsi rilasciare il certificato introduttivo.
2. Rivolgersi ad un patronato sindacale autorizzato e presentare la domanda di accertamento abbinando il certificato medico introduttivo e attendere l'indicazione della convocazione a visita.
3. La visita avviene presso la Commissione ASL, integrata con un medico INPS. In sede di visita si può presentare altra documentazione sanitaria e farsi assistere a proprie spese da un medico di fiducia.
4. Se la Commissione ASL lo richiede, sottoporsi ad accertamenti specialistici e restituire l'esito/referto alla stessa Commissione per il perfezionamento della pratica.
5. Se, dopo la visita all'ASL, la Commissione di verifica INPS lo richiede, presentarsi ad ulteriore visita.
6. Una volta in possesso del verbale, la persona con disabilità può iscriversi alle liste speciali di collocamento.

Azioni della Pubblica Amministrazione

1. INPS: gestione del sistema informatico telematico delle domande e dei verbali di visita.
2. ASL: esecuzione delle visite programmate attraverso le proprie Commissioni e trasmissione dei verbali all'INPS.
3. INPS: verifica dei verbali emessi dalle Commissioni ASL; eventuale ulteriore convocazione a visita o richiesta di documentazione alla ASL.
4. INPS: invia comunicazione formale dell'esito della visita al Cittadino.

Tempi medi di attesa nazionali

Convocazione a visita: **100 giorni** dalla data di domanda.

Comunicazione del verbale: **210 giorni** dalla data di domanda.

Personale coinvolto

1. Tre medici ASL (dipendenti o convenzionati); un operatore sociale; un medico esperto nei casi da valutare; un medico INPS; un medico rappresentante delle Associazioni di categoria (a carico dello Stato). **Totale: 6 medici + 1 operatore sociale**

Il trattamento economico del personale sanitario preposto a questi accertamenti è diverso a seconda delle Regioni: in alcune realtà l'attività di valutazione rientra nelle normali mansioni, in altre (la maggioranza) comporta l'attribuzione di "gettoni", incentivi, maggiorazione.

2. Verifica: Commissione INPS omogenea, in quanto a composizione, a quella di prima istanza: **Totale: 5 medici** (4 INPS, 1 delle Associazioni di categoria) + **1 operatore sociale**.

3. Personale amministrativo INPS e ASL. Supporto di personale dei patronati e dei CAAF.

Note

1. La Legge 9 marzo 2006, n. 80, all'articolo 6 ha dato facoltà alle Regioni di unificare gli accertamenti per l'handicap e per le minorazioni civili, ma non ha incluso in tale indicazione l'accertamento della disabilità.
2. La Commissione di accertamento della disabilità è formalmente diversa da quella di accertamento delle minorazioni civili.
3. Non è ammesso il rilascio di un certificato provvisorio al termine della visita.

Riconoscimento dell'aggravamento della minorazione civile o dell'handicap

Si tratta di un procedimento attivato dal Cittadino che intenda vedersi riconoscere l'avvenuto aggravamento dello stato di salute e quindi una minorazione superiore a quella riconosciuta precedentemente.

Azioni del Cittadino

1. Rivolgersi al medico curante, abilitato al sistema telematico INPS, e farsi rilasciare il certificato introduttivo che deve circostanziare anche l'avvenuto aggravamento.
2. Rivolgersi ad un patronato sindacale autorizzato e presentare la domanda di accertamento abbinando il certificato medico introduttivo e attendere l'indicazione della convocazione a visita.
3. La visita avviene presso la Commissione ASL, integrata con un medico INPS. In sede di visita si può presentare altra documentazione sanitaria e farsi assistere a proprie spese da un medico di fiducia.
4. Se la Commissione ASL lo richiede, sottoporsi ad accertamenti specialistici e restituire l'esito/referto alla stessa Commissione per il perfezionamento della pratica.
5. Se, dopo la visita all'ASL, la Commissione di verifica INPS lo richiede, presentarsi ad ulteriore visita.

Azioni della Pubblica Amministrazione

1. INPS: gestione del sistema informatico telematico delle domande e dei verbali di visita.
2. ASL: esecuzione delle visite programmate attraverso le proprie Commissioni e trasmissione dei verbali all'INPS.
3. INPS: verifica dei verbali emessi dalle Commissioni ASL; eventuale ulteriore convocazione a visita o richiesta di documentazione alla ASL.
4. INPS: comunicazione formale dell'esito della visita al Cittadino e attivazione, se

del caso, delle procedure di concessione ed erogazione delle provvidenze economiche.

Tempi medi di attesa nazionali

Convocazione a visita: **100 giorni** dalla data di domanda.

Comunicazione del verbale: **210 giorni** dalla data di domanda.

I tempi sono ulteriormente dilazionati nel caso di richiesta di visita a domicilio, ammessa solo in caso di grave rischio per la salute.

Personale coinvolto

1. Tre medici ASL (dipendenti o convenzionati); un operatore sociale; un medico esperto nei casi da valutare; un medico INPS; un medico rappresentante delle Associazioni di categoria (a carico dello Stato). **Totale: 6 medici + 1 operatore sociale.**

Il trattamento economico del personale sanitario preposto a questi accertamenti è diverso a seconda delle Regioni: in alcune realtà l'attività di valutazione rientra nelle normali mansioni, in altre (la maggioranza) comporta l'attribuzione di "gettoni", incentivi, maggiorazione.

2. Verifica: Commissione INPS omogenea, in quanto a composizione, a quella di prima istanza. **Totale: 5 medici** (4 INPS, 1 delle Associazioni di categoria) **+ 1 operatore sociale.**

3. Personale amministrativo INPS e ASL. Supporto di personale dei patronati e dei CAAF.

Note

La verifica dell'aggravamento si configura come una visita di revisione e come tale può comportare anche una riduzione della percentuale dell'invalidità precedentemente riconosciuta.

Revisione della minorazione civile al compimento del diciottesimo anno

Al compimento della maggiore età, il Cittadino precedentemente accertato come invalido civile deve essere sottoposto nuovamente a visita per la valutazione dell'inabilità lavorativa generica, che prevede una percentualizzazione dell'invalidità e la concessione, se del caso, delle relative provvidenze economiche non riconosciute prima dei 18 anni (pensione di inabilità – 100% – assegno mensile di assistenza 74-99%).

Azioni del Cittadino

1. Rivolgersi al medico curante, abilitato al sistema telematico INPS, e farsi rilasciare il certificato introduttivo.
2. Rivolgersi ad un patronato sindacale autorizzato e presentare la domanda di accertamento abbinando il certificato medico introduttivo e attendere l'indicazione della convocazione a visita.
3. La visita avviene presso la Commissione ASL, integrata con un medico INPS. In sede di visita si può presentare altra documentazione sanitaria e farsi assistere a proprie spese da un medico di fiducia.

4. Se la Commissione ASL lo richiede, sottoporsi ad accertamenti specialistici e restituire l'esito/referto alla stessa Commissione per il perfezionamento della pratica.
5. Se, dopo la visita all'ASL, la Commissione di verifica INPS lo richiede, presentarsi ad ulteriore visita.

Azioni della Pubblica Amministrazione

1. INPS: gestione del sistema informatico telematico delle domande e dei verbali di visita.
2. ASL: esecuzione delle visite programmate attraverso le proprie Commissioni e trasmissione dei verbali all'INPS.
3. INPS: verifica dei verbali emessi dalle Commissioni ASL; eventuale ulteriore convocazione a visita o richiesta di documentazione alla ASL.
4. INPS: comunicazione formale dell'esito della visita al Cittadino e attivazione, se del caso, delle procedure di concessione ed erogazione delle provvidenze economiche.

Tempi medi di attesa nazionali

Convocazione a visita: **100 giorni** dalla data di domanda.

Comunicazione del verbale: **210 giorni** dalla data di domanda.

I tempi sono ulteriormente dilazionati nel caso di richiesta di visita a domicilio, ammessa solo in caso di grave rischio per la salute.

Personale coinvolto

1. Primo accertamento: Tre medici ASL (dipendenti o convenzionati); un medico INPS; un medico rappresentante delle Associazioni di categoria (a carico dello Stato). **Totale: 5 medici.**

Il trattamento economico del personale sanitario preposto a questi accertamenti è diverso a seconda delle Regioni: in alcune realtà l'attività di valutazione rientra nelle normali mansioni, in altre (la maggioranza) comporta l'attribuzione di "gettoni", incentivi, maggiorazione.

2. Verifica: Commissione INPS omogenea, in quanto a composizione, a quella di prima istanza. **Totale: 4 medici** (3 INPS, 1 delle Associazioni di categoria).

3. Personale amministrativo INPS e ASL. Supporto di personale dei patronati e dei CAAF.

Note

Esiste una difformità di comportamento su scala nazionale. In alcuni casi si convoca a visita la persona al compimento della maggiore età. In altre si attende la richiesta formale del Cittadino di convocazione a visita.

Dalla visita di revisione al compimento della maggiore età non sono esclusi nemmeno gli invalidi già titolari di indennità di accompagnamento (invalidità totale).

Tutti i verbali possono prevedere la rivedibilità, cioè essere considerati a scadenza. Alla scadenza del verbale tutti i benefici connessi decadono, anche nelle more di un accertamento di revisione.

Revisione della minorazione civile o dell'handicap su verbale a scadenza (rivedibilità)

I verbali relativi alle minorazioni civili o dell'handicap possono prevedere la rivedibilità, cioè una successiva visita di revisione da parte della stessa Commissione ASL. Nella sostanza, in questi casi, il verbale è a scadenza. Entro quella data devono essere rivalutate le condizioni sanitarie e sociosanitarie del Cittadino.

Azioni del Cittadino

1. Non è stato chiarito se la persona titolare di un verbale rivedibile debba attendere la convocazione da parte dell'INPS oppure debba presentare una nuova domanda di accertamento. Il Cittadino si deve quindi informare sulla prassi effettivamente adottata, sapendo che alla scadenza del verbale decadono tutti i benefici. Se deve presentare la domanda, la prassi è quella che segue.
2. Rivolgersi al medico curante, abilitato al sistema telematico INPS, e farsi rilasciare il certificato introduttivo.
3. Rivolgersi ad un patronato sindacale autorizzato e presentare la domanda di accertamento abbinando il certificato medico introduttivo e attendere l'indicazione della convocazione a visita.
4. La visita avviene presso la Commissione ASL, integrata con un medico INPS. In sede di visita si può presentare altra documentazione sanitaria e farsi assistere a proprie spese da un medico di fiducia.
5. Se la Commissione ASL lo richiede, sottoporsi ad accertamenti specialistici e restituire l'esito/referto alla stessa Commissione per il perfezionamento della pratica.
6. Se, dopo la visita all'ASL, la Commissione di verifica INPS lo richiede, presentarsi ad ulteriore visita.

Azioni della Pubblica Amministrazione

1. INPS: gestione del sistema informatico telematico delle domande e dei verbali di visita. In questo caso dovrebbe convocare a visita per tempo tutte le persone per le quali è prevista una rivedibilità.
2. ASL: esecuzione delle visite programmate attraverso le proprie Commissioni e trasmissione dei verbali all'INPS.
3. INPS: verifica dei verbali emessi dalle Commissioni ASL; eventuale ulteriore convocazione a visita o richiesta di documentazione alla ASL.
4. INPS: invia comunicazione formale dell'esito della visita al Cittadino.

Tempi medi di attesa nazionali

Convocazione a visita: **100 giorni** dalla data di domanda.

Comunicazione del verbale: **210 giorni** dalla data di domanda.

I tempi sono ulteriormente dilazionati nel caso di richiesta di visita a domicilio, ammessa solo in caso di grave rischio per la salute.

Personale coinvolto

1. Tre medici ASL (dipendenti o convenzionati); un operatore sociale (nel caso dell'handicap); un medico esperto nei casi da valutare (nel caso dell'handicap); un medico INPS; un medico rappresentante delle Associazioni di categoria (a carico dello Stato). **Totale: 6 medici + 1 operatore sociale.** Il trattamento economico del personale sanitario preposto a questi accertamenti è diverso a seconda delle Regioni: in alcune realtà l'attività di valutazione rientra nelle normali mansioni, in altre (la maggioranza) comporta l'attribuzione di "gettoni", incentivi, maggiorazione.
2. Verifica: Commissione INPS omogenea, in quanto a composizione, a quella di prima istanza: **Totale: 5 medici** (4 INPS, 1 delle Associazioni di categoria) **+ 1 operatore sociale.**
3. Personale amministrativo INPS e ASL. Supporto di personale dei patronati e dei CAAF.

Note

La Legge 80/2007 e il DM 2 agosto 2007 sono applicati in modo disomogeneo e talvolta disattesi anche in sede di prima valutazione.

La documentazione richiamata dal DM 2 agosto 2007 richiede, in alcuni casi, un ulteriore onere a carico del Cittadino. Si tratta infatti di certificazioni sanitarie che possono essere rilasciate solo da medici specialisti. È necessaria la prenotazione di una visita perlopiù non esente da ticket. Il tutto entro i tempi previsti dalla revisione indicata nel verbale.

Verifica della permanenza della minorazione civile o dell'handicap su controllo a campione o su piani di verifica straordinaria

Negli ultimi anni sono stati attivati controlli a campione relativi alla permanenza della minorazione civile e dell'handicap. In particolare i piani di verifica straordinaria hanno affidato alle Commissioni di verifica dell'INPS la competenza di tali accertamenti. Si tratta di un procedimento che ha prerequisiti diversi dalla normale rivedibilità prevista in alcuni casi di invalidità progressiva o passibile di sostanziali modificazioni.

Azioni del Cittadino

1. La persona convocata deve presentarsi a visita pena la sospensione, o in taluni casi la revoca, della provvidenza economica.
2. Se la persona è titolare di indennità di accompagnamento o di comunicazione ed è affetta da menomazioni o patologie previste dal Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 2 agosto 2007, in virtù della Legge 9 marzo 2006, n. 80 (art. 6), può richiedere, in luogo della visita, la valutazione sugli atti producendo la documentazione sanitaria prevista dal Decreto citato.
3. Se la Commissione INPS lo richiede, deve sottoporsi ad accertamenti specialistici e restituire l'esito/referto alla stessa commissione per il perfezionamento della

pratica.

Azioni della Pubblica Amministrazione

1. INPS: sulla base di indicazioni normative, selezionare l'elenco delle persone da convocare a visita.
2. INPS: richiedere alle ASL la documentazione sanitaria delle persone selezionate.
3. INPS: analizzare la documentazione con l'obiettivo di espungere i nominativi delle persone titolari di indennità di accompagnamento o di comunicazione e affette da menomazioni o patologie previste dal Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 2 agosto 2007, in virtù della Legge 9 marzo 2006, n. 80 (art. 6).
4. INPS: convocare a visita le persone.
5. INPS: verificare l'eventuale documentazione inviata dal Cittadino, dopo la convocazione, in conformità al Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 2 agosto 2007.
6. INPS: effettuare le visite verificando la permanenza delle minorazioni e dell'handicap ed emettere un verbale da trasmettere all'interessato e alla Azienda USL di competenza.
7. INPS: se l'esito comporta una riduzione della minorazione tale da comportare modificazioni nella titolarità di provvidenze economiche, trasmettere la documentazione all'ente concessore e provvedere a sospendere o modificare l'erogazione delle relative provvidenze economiche.

Personale coinvolto

Un medico INPS; un dirigente medico INPS (con controlli ulteriori a livello centrale); personale amministrativo INPS.

Tempi medi di attesa nazionali

Molto variabili. Si segnalano frequenti casi di persone alle quali l'esito della visita di controllo perviene dopo oltre sei mesi.

Note

Vengono segnalati frequenti casi di persone convocate a visita per il controllo della permanenza degli stati invalidanti, nonostante rientrino nelle previsioni normative di cui alla Legge 80/2006 e al Decreto del 2 agosto 2007.

Va segnalato che l'articolo 6 della Legge 80/2006 riguarda i soli titolari di indennità di comunicazione o di accompagnamento che siano affetti da sindrome da talidomide o che rientrino nell'elenco definito dal Decreto citato. Le persone affette da patologie o menomazioni stabilizzate (es. amputazioni) possono comunque essere sottoposte a verifica e controllo.

In sede di verifica, INPS ha adottato la seguente prassi: valuta la permanenza dello stato invalidante che ha dato luogo al riconoscimento di provvidenze economiche. Se questa permanenza non sussiste, la provvidenza viene revocata o ridotta. Se, al contrario, vi è un aggravamento, non viene riconosciuto: l'interessato deve presentare nuova domanda di accertamento perché questo sia confermato.

Certificazione provvisoria dello stato di handicap con connotazione di gravità (art. 3, comma 3, Legge 104/1992)

Il Cittadino che abbia richiesto l'accertamento dello stato di handicap da almeno 90 giorni, senza che la Commissione ASL si sia pronunciata, può richiedere ad un medico specialista della ASL di residenza una certificazione provvisoria di handicap grave.

Azioni del Cittadino

1. Attendere 90 giorni dalla presentazione della domanda di accertamento dell'handicap.
2. Rivolgersi ad un medico specialista (nella patologia da cui è affetta la persona) che operi presso l'ASL che assiste il Cittadino e richiedere una certificazione provvisoria di handicap con connotazione di gravità.

Azioni della Pubblica Amministrazione

1. ASL: rilasciare, qualora ne ricorrano le condizioni, la certificazione provvisoria di handicap grave.
2. Istituti previdenziali: accettare, ai fini della concessione dei permessi lavorativi ex Legge 104/1992, la certificazione provvisoria e verificare la sua conferma al momento del rilascio della certificazione definitiva della Commissione ASL.
3. Istituti previdenziali: recuperare, nel caso la certificazione definitiva non confermi la certificazione provvisoria, le prestazioni (permessi) erogate.

Personale coinvolto

1 medico specialista della Azienda USL.

Note

La certificazione provvisoria di handicap è accettata solo ai fini della concessione dei permessi lavorativi e non per altre prestazioni (es. congedi retribuiti, agevolazioni fiscali o tributarie).

Non è previsto da alcuna norma che al termine della visita di accertamento di handicap venga rilasciato un certificato provvisorio in attesa della convalida della Commissione di verifica e dell'emanazione del certificato definitivo.

Valutazione della condizione di alunno con handicap

L'accertamento della condizione di alunno con handicap è strettamente necessaria alla definizione di altri strumenti di valutazione e descrizione (diagnosi funzionale e profilo dinamico funzionale), alla programmazione (PEI, Piano Educativo Individualizzato) del sostegno scolastico e alla sua attivazione (insegnante di sostegno, assistenza alla comunicazione, assistenza personale ed igienica, trasporto, ausili didattici ecc.).

Azioni del Cittadino

1. I genitori o gli esercenti la potestà parentale o la tutela dell'alunno presentano all'Azienda USL domanda (corredata da documentazione sanitaria) per

l'accertamento collegiale della condizione di alunno con handicap.

2. Trasmettere il verbale di accertamento all'istituzione scolastica presso cui l'alunno è o sarà iscritto.
3. Collaborare alla stesura del piano educativo individualizzato.

Azioni della Pubblica Amministrazione

1. ASL: informare il Cittadino sulla procedura e sulla presentazione della domanda.
2. Commissione ASL: protocollare la domanda e fissare la visita da effettuarsi in tempi utili rispetto all'inizio dell'anno scolastico e comunque non oltre trenta giorni dalla ricezione della richiesta.
3. Commissione ASL: effettuare la visita indicando nel verbale la natura della patologia stabilizzata o progressiva nonché la specificazione dell'eventuale carattere di particolare gravità della medesima.
4. Commissione ASL: trasmettere il verbale ai genitori o agli esercenti la potestà parentale o la tutela dell'alunno.
5. ASL – unità multidisciplinare: definire la diagnosi funzionale.
6. Equipe multidisciplinare (Scuola, ASL, in collaborazione con la famiglia): definire il profilo dinamico funzionale e il piano educativo individualizzato.

Personale coinvolto

Per la fase di accertamento, la commissione ASL (5 medici + 1 operatore sociale).

Per la fase di definizione della diagnosi funzionale e del profilo: équipe multidisciplinare e insegnanti.

Note

1. L'accertamento della condizione di alunno con handicap, pur richiamando le definizioni dell'articolo 3, commi 1 e 3, della Legge 104/1992, viene considerato una procedura diversa dall'accertamento della persona con handicap.
2. L'accertamento della condizione di alunno con handicap può essere rivedibile.
3. La definizione della diagnosi funzionale è formalmente successiva all'accertamento dell'handicap.
4. Diagnosi funzionale, profilo dinamico funzionale e soprattutto piano educativo individualizzato possono (devono) essere rivisti annualmente.
5. Senza l'attivazione della procedura di accertamento non possono essere attivati gli interventi di supporto al diritto allo studio e all'inclusione scolastica.

Valutazione della non autosufficienza

Negli ultimi anni è stato introdotto, spesso molto genericamente e soprattutto a livello regionale, il concetto di non-autosufficienza di cui non esiste una definizione unitaria.

Si tenta di individuare la riduzione di autonomia che implica la necessità di un intervento assistenziale, il cui carico il Legislatore tenta di compensare con contributi, voucher, assegni di cura. La valutazione della non-autosufficienza viene usata anche per orientare ricoveri in

strutture differenziate a seconda delle necessità assistenziali degli ospiti.

La valutazione, indicata spesso come multidimensionale, avviene di solito attraverso équipes territoriali.

Anche il ricorso a scale valutative in sede di accertamento, spesso facendo riferimento alle sole difficoltà in casa, è assai variegato sul territorio nazionale, ma non compensa la debolezza del concetto, in questo molto simile a quello generico adottato per l'indennità di accompagnamento.

La valutazione della non-autosufficienza è comunque sovrapposta a quella dell'invalidità civile e dell'handicap, il che presuppone percorsi valutativi diversi ed il coinvolgimento di altri operatori, con conseguente aggravio per il Cittadino e per la Pubblica Amministrazione.

Che cosa non funziona

In conclusione, tentiamo molto sinteticamente di riassumere quali sono gli effetti della regolazione attualmente adottata nel nostro Paese in materia di accertamento e valutazione degli stati invalidanti.

<i>Volontà politica</i>	<p>Il susseguirsi di norme disorganiche rivela una volontà non unitaria né continuativa da parte del decisore politico. Le diverse decisioni politiche si sono concretizzate per lungo periodo nell'individuazione di misure compensative o riparatorie, senza particolare attenzione ai costi dell'impianto di valutazione e di verifica delle condizioni soggettive.</p> <p>In una seconda fase, più recente, la logica politica si è rivolta al contenimento della spesa diretta (quella per i benefici), tentando di restringere la platea dei beneficiari, di verificare massicciamente gli eventuali abusi, ma senza intervenire efficacemente nel riordino del sistema e della normativa precedente, nemmeno sotto il profilo formale.</p> <p>Le stesse misure di semplificazione adottate appaiono residuali di fronte alla complessità del comparto.</p> <p>Il decisore politico non si è dotato né di strumenti giuridici adeguati (riforme complessive, testi unici), né ha favorito il coinvolgimento, né ha previsto un'analisi di impatto (preventiva e posteriore), preferendo rivedere criteri personali di accesso ai benefici, o avviare costosi piani di verifica.</p>
<i>Qualità tecnico-legislativa</i>	<p>La normativa è il risultato di successivi interventi del Legislatore. Nel corpus normativo si rinvencono numerosissime definizioni "medico-legali", quasi mai</p>

	<p>sovrapponibili, legate ad altrettanti status.</p> <p>Per ciascuno status sono previste modalità diverse che innescano percorsi differenziati. Solo eccezionalmente sono previste equipollenze.</p> <p>Il ricorso a decreti attuativi e ulteriori regolamentazioni amministrative complica ulteriormente il quadro, oltre a rappresentare un segnale di rinuncia parlamentare alla decisione diretta. Conseguentemente, molti aspetti non sono disciplinati da norme di rango primario, ma secondario o terziario.</p> <p>Nella predisposizione delle norme si conservano atteggiamenti di sospetto nei confronti del Cittadino (ad esempio decadenza dei benefici se i verbali non sono sottoposti per tempo – a causa della Pubblica Amministrazione – a revisione).</p> <p>Le norme vigenti non sono state oggetto di preliminare analisi di impatto, né tanto meno è prevista la verifica a posteriori dello stesso impatto sul Cittadino e sulla Pubblica Amministrazione.</p>
<i>Coordinamento con altre norme</i>	<p>Pressoché assente qualsiasi sforzo di omogeneizzazione della produzione normativa in materia, quale la redazione di testi unici, il che comporta un'ampia disorganicità, ad esempio, della definizione degli "aventi diritto" alle diverse prestazioni, agevolazioni, servizi.</p> <p>La complicazione è tale per cui è per ciascuna agevolazione che viene definito uno status e non viceversa, e cioè il riconoscimento di una serie di benefici in funzione di uno status.</p> <p>Pressoché assente la considerazione della dimensione multilivello ed interistituzionale della regolazione, il che comporta ulteriore e disorganica produzione normativa a livello nazionale e a livello regionale (es. valutazione della non-autosufficienza).</p>
<i>Azioni di semplificazione</i>	<p>Le azioni di semplificazione in questo ambito sono state assai limitate e non tali da incidere sugli evidenti inquinamento e inflazione normativi.</p> <p>Non è stata prevista la minimale ipotesi di redazione di testi unici (che sono solo ricognitivi), né – tanto meno – una rivisitazione normativa con l'elaborazione di codici (che sarebbero invece innovativi rispetto alle norme</p>

	<p>vigenti).</p> <p>Del tutto disapplicate in questo ambito anche le indicazioni della Legge 246/2005, nota come “taglialeggi”, che offriva indicazioni per abrogare norme ormai inutili, sovrabbondanti e costose.</p>
<i>Effetti attesi dalla regolazione e risultati</i>	<p>Al momento non è stata effettuata alcuna attenta valutazione di impatto (a posteriori) che consenta di porre in evidenza i costi “di esercizio” del sistema di valutazione e di accertamento risultante dalla normativa vigente.</p> <p>Il Legislatore non ha previsto, per ora, nemmeno la valutazione dei costi diretti a carico della Pubblica Amministrazione, preferendo concentrare l’attenzione sul contenimento delle spese connesse ai benefici derivanti dalle norme vigenti.</p> <p>Di certo, nonostante l’elevato numero di momenti accertativi, il sistema conserva altrettanti momenti di controllo straordinario, di revisione, di verifica, aumentando i disagi per i Cittadini e i costi a carico della Pubblica Amministrazione, per tacere della mole elevatissima di contenzioso.</p>
<i>Impatto e costi per il Cittadino</i>	<p>Il Cittadino subisce la moltiplicazione di momenti accertativi: handicap, invalidità, disabilità, non autosufficienza, handicap ai fini scolastici, per non parlare di specifiche condizioni sanitarie previste per la fruizione di altrettanti diritti, benefici, agevolazioni.</p> <p>I tempi di attesa per il rilascio di certificati, verbali, attestazioni aumentano, nonostante la disponibilità di nuovi strumenti informatici e telematici, proprio a causa dell’espansione dei momenti di controllo.</p> <p>La stessa digitalizzazione del sistema è piuttosto frammentata e disorganica. Non sempre consente una interoperabilità con altri sistemi e banche dati, né tanto meno un’unica regia, e, infine, un accesso unitario da parte del Cittadino. Ad esempio, ad oggi, esistono diverse strutture informatiche per ambiti e regioni che non riescono a dialogare fra loro, con gli effetti prevedibili nelle valutazioni politiche e programmatiche, ma anche nell’erogazione dei servizi.</p> <p>Talora la complessità dei sistemi informatici e telematici</p>

	<p>sviluppati impediscono nella realtà al Cittadino di accedere al sistema in modo autonomo ed efficace, tanto da essere costretto comunque a rivolgersi a patronati sindacali e CAAF.</p> <p>L'incertezza e l'indeterminatezza normativa nelle definizioni degli aventi diritto ad un nuovo o ad un particolare beneficio sono causa di disorientamento, ma anche di elusione ed abuso.</p>
<p><i>Impatto e costi per Pubblica Amministrazione</i></p>	<p>L'elevatissimo numero, a tutta prima non evidente, di operatori, in particolare medici, coinvolti nelle attività di accertamento, valutazione, verifica, conferma, controllo delle diverse condizioni sanitarie, comporta un costo elevato e non giustificabile, oltre che sottrarre risorse utili per altri servizi e prestazioni.</p> <p>La complessità e l'indeterminatezza normativa rappresentano la causa principale del contenzioso.</p>

Storie di vita

Solo a titolo esemplificativo proponiamo di seguito tre “storie di vita” selezionate fra le più frequenti. Si riferiscono ai diversi momenti in cui le persone vengono coinvolte in momenti accertativi o di verifica.

Bambino nato con una severa patologia congenita (caso non infrequente)

1. 3 anni: Primo accertamento di invalidità e di handicap. Medici coinvolti: 6 presso l'ASL; 5 presso l'INPS per la verifica. Viene dichiarato invalido e persona con handicap rivedibile.
2. 5 anni: Visita di revisione di invalidità e di handicap. Medici coinvolti: 6 presso l'ASL; 5 presso l'INPS per la verifica. Viene dichiarato invalido e persona con handicap rivedibile.
3. 6 anni: Visita per handicap ai fini scolastici; diagnosi funzionale; profilo dinamico funzionale. Medici e altri operatori sanitari coinvolti: 8, ma anche più (inclusa équipe specialistica).
4. 10 anni: Visita di revisione di invalidità e di handicap. Medici coinvolti: 6 presso l'ASL; 5 presso l'INPS per la verifica. Viene dichiarato invalido e persona con handicap non rivedibile.
5. 11 anni: Revisione del profilo dinamico funzionale ai fini scolastici: Medici e altri operatori sanitari coinvolti: 5, ma anche più.
6. 18 anni: Revisione dell'invalidità civile. Medici coinvolti: 5 presso l'ASL; 5 presso l'INPS per la verifica. Viene dichiarato invalido e persona con handicap non rivedibile.
7. 19 anni: Visita ai fini dell'iscrizione alle liste speciali di collocamento (Legge 68/1999). Medici coinvolti: 6 presso l'ASL; 5 presso l'INPS per la verifica. Vengono indicate le capacità lavorative residue.

Sintesi: prima dei 20 anni di vita la persona è stata visitata 7 volte, con il coinvolgimento di 67 medici. Il numero può aumentare se la persona viene anche convocata a controlli straordinari.

Persona con lesione spinale da trauma (non sul lavoro) all'età di 30 anni

1. 30 anni: Visita di accertamento di invalidità civile e di handicap. Medici coinvolti: 6 presso l'ASL; 5 presso l'INPS per la verifica. Viene dichiarato invalido e persona con handicap rivedibile a tre anni.
2. 30 anni; Visita di accertamento dell'idoneità alla guida. Medici coinvolti: 3 + un ingegnere della Motorizzazione civile. Viene riconosciuta l'idoneità alla guida con obbligo di adattamenti. La patente ha validità 5 anni.
3. 32 anni: Visita ai fini dell'iscrizione alle liste speciali di collocamento (Legge 68/1999). Medici coinvolti: 6 presso l'ASL; 5 presso l'INPS per la verifica. Vengono indicate le capacità lavorative residue.
4. 33 anni: Visita di revisione di invalidità e di handicap. Medici coinvolti: 6 presso l'ASL; 5 presso l'INPS per la verifica. Viene dichiarato invalido e persona con handicap non rivedibile.
5. 35 anni: Visita di revisione dell'idoneità alla guida. Medici coinvolti: 3 + un ingegnere della Motorizzazione civile. Viene riconosciuta l'idoneità alla guida con obbligo di adattamenti. La patente ha validità 5 anni.

Sintesi: in 5 anni la persona viene visitata 5 volte, salvo verifiche a campione. Medici coinvolti: 39.

Anziano di 80 anni con sindrome di Alzheimer

1. 80 anni (insorgenza della malattia): Visita di accertamento di invalidità civile e di handicap. Medici coinvolti: 6 presso l'ASL; 5 presso l'INPS per la verifica. Viene dichiarato invalido e persona con handicap rivedibile a due anni.
2. 82 anni: Visita di revisione di invalidità e di handicap. Medici coinvolti: 6 presso l'ASL; 5 presso l'INPS per la verifica. Viene dichiarato invalido e persona con handicap non rivedibile.
3. 83 anni: Visita di accertamento della non autosufficienza per la concessione dell'assegno di cura. Medici coinvolti: 5 (specifica équipe di valutazione). Viene dichiarato non autosufficiente e viene elaborata una scheda descrittiva.
4. 85 anni: Visita di accertamento della non autosufficienza per il ricovero in istituto. Medici coinvolti: 5 (specifica équipe di valutazione). Viene dichiarato non autosufficiente e viene elaborata una scheda descrittiva.

Sintesi: in 5 anni la persona viene visitata 5 volte. Medici coinvolti: 32.

Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e accertamento degli stati invalidanti

Disabile, invalido, handicappato, non autosufficiente: sono solo le più frequenti definizioni che incontriamo nella corposa e disorganica normativa italiana che tratta di tali aspetti. Dietro la terminologia e il linguaggio, assai poco coerenti nel tempo e nei contesti, c'è sempre un beneficio, una provvidenza, un'agevolazione, l'accesso ad un servizio che per essere ottenuti richiedono uno "status", uno specifico iter, un accertamento ed un "soggetto preposto" che solitamente è un medico o una commissione prevalentemente sanitaria.

Inoltre, per l'accesso al sistema di servizi e prestazioni, in Italia, non è quasi mai sufficiente la verbalizzazione di uno "stato invalidante", ma sono richiesti anche altri requisiti: ora di età, ora di limiti reddituali, ora di altri requisiti soggettivi o materiali. All'accertamento sanitario si aggiunge, quindi, anche quello più schiettamente amministrativo.

Ultimo ma non ultimo: esiste in Italia una proliferazione di momenti accertativi derivante proprio da una frammentaria molteplicità di definizioni, criteri, eccezioni che mutano a seconda dei benefici attivabili, anziché viceversa, mentre è ancora estremamente debole e confinata nell'ambito della sperimentazione la valutazione connessa alla presa in carico, alla programmazione individualizzata dei servizi, ai sostegni alla piena partecipazione sociale.

Ma dopo l'approvazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità questa impostazione è ancora sostenibile? Le attuali definizioni e i percorsi di riconoscimento degli stati invalidanti sono in linea con le definizioni di disabilità previste dalla Convenzione? Qual è la distanza fra ciò che accade in Italia e ciò che indica la carta internazionale, peraltro ratificata dal nostro Paese?

La disabilità nel senso comune

Il comune linguaggio italiano tradisce una concezione della disabilità molto distante dall'accezione attribuita invece dalla Convenzione.

Disabilità viene comunemente intesa come sinonimo di menomazione, cioè un fatto accidentale che afferisce al fisico, alla mente, ai sensi. È uno scartamento più o meno grave dalla media della normalità, valutabile, sbrigativamente, con logiche sanitarie. Essa riguarda e risiede esclusivamente nella persona che ne è affetta (non usiamo questo termine a caso). Gran parte del corpus normativo ricalca, come è ovvio che sia, questa accezione che assume, quindi, la forma del paradigma, cioè del modello

interpretativo della realtà.

La disabilità nelle norme italiane

Le disposizioni italiane relative in materia sono potenzialmente ancorate a due articoli della Costituzione (1948): il 3 e il 38.

L'articolo 3, ricalcando la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo (ONU, 1948), sancisce che tutti i Cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione alcuna, e che *«è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese»*. Lo stesso articolo vieta la distinzione *«di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali»*. Non c'è alcuna espressa indicazione alla disabilità (comunque intesa), anche se è possibile riconoscerla nelle ultime due parole, anche se la memoria storica ci aiuta a ricordare che, durante la discussione all'Assemblea Costituente, tra le condizioni personali e sociali veniva considerata solo la situazione dei ciechi. Complessivamente, il terzo è un articolo di forte affermazione di diritti civili di ognuno, costantemente richiamato dalla suprema Corte italiana,

Di fatto, però, gran parte della produzione normativa in materia di "disabilità" riprende l'articolo 38. Vi si prevede che *«ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale»*. Assistenza quasi compensativa, quindi, una volta che siano state dimostrate l'indigenza e l'inabilità (non capacità di lavorare).

Di seguito si vedrà quali articolazioni e gemmazioni produce concretamente questa impostazione nella produzione normativa italiana, nelle politiche, e nella prassi (servizi), ma queste, come è facile intuire, sono fortemente connotate dall'apprezzamento dello stato economico e di "incapacità lavorativa" del singolo, più che dalla ricerca del reale diritto di cittadinanza richiamato dall'articolo 3.

La disabilità secondo l'ONU

La Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità è stata approvata il 13 dicembre 2006. In Italia è stata ratificata con la Legge 3 marzo 2009, n. 18.

Le definizioni di disabilità (preambolo, lett. e) e di persona con disabilità (articolo 1, comma 2), sono l'espressione dei principi fondamentali su cui si basa la Convenzione ONU. Derivano pertanto dall'affermazione dei diritti umani delle persone, del diritto all'inclusione e alla partecipazione sociale in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri. Vi si aggiunga il conseguente divieto ad ogni forma di discriminazione e di segregazione e da ultimo si sottolineino tutti gli intenti legati all'abilitazione, alla libertà di scelta, alla ricerca di accomodamenti ragionevoli in caso di palesi condizioni di discriminazione.

In sintesi: le persone vanno messe nella condizione di vivere, scegliere, partecipare, rimuovendo gli ostacoli che impediscono loro di farlo e promuovendo soluzioni che ne consentano la partecipazione al pari degli altri.

È in questo contesto logico, prima ancora che etico, che ci si muove quando si definisce la disabilità come «*un concetto in evoluzione*» e come «*risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri*».

La disabilità non è un concetto imperituro che possa essere fotografato con un'immagine che non ha scadenza. Essendo il risultato di un'interazione, e potendo modificarsi uno degli elementi di tale "scambio", la disabilità che conosciamo oggi potrebbe essere molto diversa da quella di domani (peculiarità diverse, nuove forme di esclusione, nuove forme di partecipazione...).

Questa rimarcata evoluzione non ha solo un significato storico e sociologico, cioè riguardante l'evoluzione di una intera società, ma è valida anche rispetto ad ogni persona le cui condizioni possono modificarsi. La persona può seguire percorsi di capacitazione o involversi, suo malgrado, in situazioni segreganti o discriminanti a causa di nuove barriere o ulteriori ostacoli. La disabilità cambia assieme all'interazione che la genera. Riconoscere e saper rilevare questa dinamicità permette anche di valutare l'efficacia delle politiche generali e dei supporti alle persone.

L'interazione è fra le persone che hanno una menomazione e le barriere che queste incontrano. Le barriere sono comportamentali: atteggiamenti, luoghi comuni, pregiudizi, prassi, omissioni. Le barriere sono ambientali: luoghi, servizi, prestazioni inaccessibili; assenza di progettazione per tutti; assenza di politiche inclusive...

Non esiste disabilità senza barriere. Senza barriere e ostacoli ci sono "solo" persone con menomazione.

Inoltre, questa interazione negativa assume significato perché impedisce alle persone con menomazione «*la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri*».

Quindi risultano incluse nelle interazioni negative anche le discriminazioni, cioè i trattamenti differenziati (diseguali) senza giustificazione.

In altre parole viene riconosciuto che la rimozione o riduzione della disabilità è una responsabilità (e dovere) istituzionale e della società nel suo complesso. Infatti le barriere, gli ostacoli e le condizioni di discriminazione sono creati in gran parte dalla società che si è dimenticata che esistono persone che si muovono su sedia a rotelle, si orientano con un cane guida, comunicano senza l'uso della voce, si relazionano a cuore aperto.

L'articolo 5 della Convenzione ONU impone agli Stati di proibire qualsiasi discriminazione e, nel caso venga riconosciuta da un tribunale, obbliga gli stessi Stati a mettere in atto un accomodamento ragionevole che rimuova la condizione di discriminazione e disuguaglianza, ne impedisca il ripetersi e, nel caso, risarcisca il discriminato dai danni materiali e morali subiti.

Tenendo conto de «*l'universalità, l'indivisibilità, l'interdipendenza e interrelazione*» di tutti i diritti umani, ogni volta che si impedisce il pieno godimento di uno di questi diritti, vengono ad essere colpiti in una catena negativa anche tutti gli altri diritti.

Qui sta tutto il peso specifico della Convenzione: rendere un diritto effettivo di tutti e in tutti gli ambiti della vita ciò che oggi viene faticosamente riconosciuto solo come legittima aspirazione di qualcuno e solo in alcuni ambiti della vita.

Le persone con disabilità

Dello stesso tenore è la definizione di persona con disabilità: «*Per persone con disabilità si intendono coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri*».

Prima sintesi: per rendere la persona con menomazione una persona con disabilità è necessario che una serie di barriere ostacolino la sua piena ed effettiva partecipazione. A generare la disabilità, quindi, non è tanto la menomazione, ma gli ostacoli che la persona incontra, le scelte e i percorsi che può o meno assumere durante la sua vita a causa di barriere che altri hanno posto.

Si tratta di una definizione profondamente “rivoluzionaria” rispetto a quella assunta dalla normativa italiana (pre)vigente alla Convenzione: viene riaffermata la responsabilità di fondo delle politiche di ciascun Paese e dei servizi che questo attiva e mantiene per favorire la piena inclusione e le pari opportunità senza discriminazioni basate sulla disabilità.

Disabilità: Italia e ONU

Costituzione Italiana	Convenzione ONU
<i>Personae</i> : inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi necessari per vivere.	<i>Personae</i> : con durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che incontrano barriere comportamentali e ambientali.
<i>Diritti</i> : mantenimento e assistenza sociale; pari dignità sociale ed eguaglianza davanti alla legge.	<i>Diritti</i> : piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri.
<i>Società</i> : rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei Cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.	<i>Società</i> : promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità.

La valutazione della disabilità secondo l'ONU

La Convenzione ONU non propone nessun riferimento ai processi di valutazione della menomazione che peraltro definisce come di lunga durata (il che è frutto di compromesso in sede di elaborazione).

L'interesse piuttosto è sulle cause della disabilità e quindi sulle barriere, sulle politiche, sui servizi, sui fattori contestuali ed ambientali. Dalla Convenzione si comprende quanto sia più rilevante intervenire sulle cause di esclusione, discriminazione, assenza di pari opportunità, anziché commisurare, soppesare, graduare le menomazioni o il grado di dipendenza assistenziale.

Interessano di più i diritti umani, ma interessano anche i servizi e i supporti che ne consentano la concreta applicazione, oltre che favorire adeguati livelli di vita e protezione sociale, di sostegno delle spese collegate alle disabilità, di riduzione della povertà, di aiuto economico o forme di presa in carico, di abilitazione, di formazione.

La valutazione della "disabilità" in Italia

Al momento non esiste in Italia alcuna prassi operativa o procedimento amministrativo di accertamento o valutazione che sia riconducibile al concetto di disabilità espresso dalla Convenzione ONU.

La pur ridondante gamma di momenti accertativi, la ripetizione copiosa di visite di accertamento e di controllo non producono le informazioni presupposte dalla Convenzione.

Il *gap* fra quanto richiesto dall'ONU e le modalità adottate in Italia è diverso a seconda delle tipologie di valutazione.

In Italia le valutazioni sono strettamente connesse ai benefici ad esse correlate: la loro funzione è quella di accertare una "soglia" oltre la quale si accede ad una provvidenza od ad un intervento assistenziale. Generano normalmente la definizione di uno status che consente di accedere a servizi, prestazioni, benefici lavorativi, senza tuttavia descrivere in modo circoscritto le reali necessità di supporto, tanto che spesso i servizi sono "costretti" a effettuare proprie ulteriori valutazioni per meglio tarare gli interventi di presa in carico o di progettazione individualizzata (laddove esista). Ogni momento valutativo ha propri indicatori fra loro non comparabili ed un linguaggio non omogeneo, non solo e non tanto con la Convenzione ONU, ma fra gli stessi diversi momenti valutativi.

Va annotato, per completezza, che nel 2001 la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha emanato un atto di indirizzo in materia di prestazioni socio-sanitarie, prevedendo che l'assistenza socio-sanitaria venga prestata *«alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali»*.

Le prestazioni socio-sanitarie dovrebbero essere definite tenendo conto della natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale, nonché la sua durata.

Attenzione: il riferimento è al “bisogno” e non invece al “diritto”, come invece sancito dalla Convenzione ONU.

La natura del bisogno, secondo l’atto di indirizzo, dovrebbe tenere conto delle funzioni psicofisiche; della natura delle attività della persona e relative limitazioni; delle modalità di partecipazione alla vita sociale; dei fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento. Le Regioni avrebbero dovuto disciplinare le modalità ed i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati, per i quali, tuttavia, è assente ogni riferimento al coinvolgimento della persona nelle decisioni che la riguardano.

Queste carenti e generiche indicazioni di indirizzo hanno prodotto esiti molto diversificati territorialmente:

- sono rimaste in larga misura lettera morta;
- sono stati adottati criteri di mera valutazione della non autosufficienza;
- non sono stati attuati che marginalmente e sperimentalmente i progetti individualizzati;
- la considerazione dell’ambiente e della partecipazione è stata lasciata priva di modalità valutative ed estese.

Valutazione: Italia e ONU

Italia	Convenzione ONU
<i>La valutazione della disabilità:</i> volta a individuare i presupposti per l’accesso a benefici, prestazioni, agevolazioni.	<i>La valutazione della disabilità:</i> volta ad individuare gli elementi causa di esclusione e discriminazione.
<i>Persona:</i> si rilevano principalmente le menomazioni, affezioni, patologie che sono causa di una non specificata inabilità generica al lavoro.	<i>Persona:</i> ha maggiore rilevanza l’interazione con ostacoli e barriere che impediscono la fruizione dei diritti umani e la piena partecipazione alla vita della società su base di eguaglianza.
<i>Angolo prospettico:</i> fortemente sanitario e, in alcuni casi, di valutazione del carico assistenziale. Orientato alla concessione o alla negazione di benefici.	<i>Angolo prospettico:</i> biologico, ma anche psicologico e fortemente sociale. Orientato al rispetto dei diritti umani.

Un tentativo di analisi

Prendiamo ora in esame i principali momenti di valutazione adottati nel nostro Paese, tentando di comprendere quale sia la distanza rispetto ai concetti espressi dalla Convenzione ONU. E proprio partendo dal dettato di quest’ultima assumiamo, per ciascun momento valutativo, la seguente griglia di analisi e di comparazione.

- Qual è la capacità di definire la menomazione?
- Qual è la capacità di definire l'interazione con le barriere (quali barriere)?
- Qual è la capacità di individuare l'impedimento alla partecipazione/pari opportunità?
- Qual è la capacità di rilevare l'evoluzione della menomazione e/o degli altri aspetti di interazione?

A questa griglia aggiungiamo le criticità di ciascun momento valutativo, in quanto le stesse prassi possono costituire una barriera o un ostacolo all'accesso di altri servizi, se non addirittura a diritti.

L'invalidità civile

Le principali norme che definiscono le minorazioni civili sono la Legge 30/3/1971, n. 118 (invalidi), la Legge 26/5/1970, n. 381 (sordi), le Leggi 10/2/1962, n. 66 e 27/5/1970, n. 382 (non vedenti).

Le disposizioni principali che regolano l'accertamento delle minorazioni civili sono fissate dal Decreto ministeriale 5/2/1992 che riporta anche le tabelle con le percentuali di invalidità.

La definizione di invalidità civile è piuttosto datata (1971, con marginali modifiche nel 1988). Secondo una indicazione ancora vigente sono «*mutilati ed invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Ai soli fini dell'assistenza socio-sanitaria e della concessione dell'indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età*».

Al di là dei linguaggi e dei termini vetusti, il riferimento cardine, come si potrà notare, è alla riduzione della capacità lavorativa. La valutazione avviene usando delle Tabelle (le ultime approvate nel 1992) che indicano per ciascuna "patologia, affezione, menomazione" un punteggio fisso o variabile in range di 10 punti. Il presupposto "scientifico" di collegare una patologia ad una riduzione della capacità lavorativa (che peraltro è indicata come generica) è piuttosto labile e frutto di successivi compromessi. Ancora più incerti sono i contorni della capacità di svolgere gli atti quotidiani della vita, per la valutazione dei quali mai sono state fornite indicazioni metodologiche.

Altri percorsi valutativi sono previsti per le invalidità di tipo sensoriale (persone non vedenti e sorde), ma con la medesima logica.

Le minorazioni civili (invalidità, cecità, sordità) sono accertate da Commissioni operanti presso le Aziende Sanitarie Locali, integrate da un medico dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS). Ciascun verbale viene poi verificato

dall'INPS e convalidato o annullato dopo propri accertamenti.

Il riconoscimento della minorazione civile, in alcuni casi dopo la prova mezzi (limiti reddituali), dà luogo alla concessione di provvidenze economiche e consente l'accesso ad alcune altre agevolazioni.

La valutazione delle minorazioni civili

<i>Capacità di definire la menomazione</i>	<i>Discutibile:</i> l'indicazione delle menomazioni è correlata all'attribuzione di punteggio tabellato individuato secondo un'inabilità lavorativa generica.
<i>Capacità di definire l'interazione con le barriere (quali barriere)</i>	<i>Assente:</i> la percentuale di invalidità per la medesima menomazione è la stessa indipendentemente dal contesto in cui vive la persona.
<i>Capacità di individuare l'impedimento alla partecipazione/pari opportunità</i>	<i>Assente:</i> la percentuale di invalidità per la medesima menomazione è la stessa indipendentemente dalla storia personale o dagli ostacoli che la persona incontra.
<i>Capacità di rilevare l'evoluzione della menomazione e/o degli altri aspetti di interazione</i>	<i>Discutibile:</i> il sistema di valutazione prevede revisioni e controlli sempre più rivolti a revocare benefici e provvidenze solo sulla base della permanenza della menomazione invalidante.
<i>Ostacoli e barriere causati o indotti dal sistema di valutazione</i>	<p>La valutazione finale, nonostante le risorse impegnate e il sovraccarico per la persona, non è sufficiente ad accedere a tutti i servizi, in ragione della disabilità. Devono comunque essere attivati altri percorsi accertativi (es. handicap, disabilità ai fini lavorativi, non autosufficienza ecc.) e valutativi.</p> <p>La percentuale di invalidità non fornisce alcuna indicazione utile alla progettazione di servizi individuali. I tempi di attesa di convocazione e rilascio del verbale non sono adeguati.</p> <p>Sono frequenti i controlli e le revisioni anche nel caso di menomazioni stabilizzate.</p> <p>Il sistema genera un contenzioso in giudizio di notevoli entità e costo per il Cittadino e lo Stato.</p> <p>Nei ricorsi contro le decisioni che lo riguardano, il Cittadino parte sempre da una posizione di svantaggio.</p>

Ad integrazione della precedente tabella di comparazione, va segnalato che i tempi medi di attesa di completamento dell'iter di accertamento dell'invalidità civile e di concessione delle relative pensioni e indennità superano 120 giorni, con picchi – in

alcuni territori – che arrivano a 270-300 giorni.

Rispetto al **contenzioso**, al 31 dicembre 2010 (ultimo dato disponibile) erano giacenti 362.642 casi in attesa di giudizio. Nel 2010, le persone costrette a ricorrere contro i verbali di invalidità hanno vinto in giudizio nel 57.7% dei casi (Corte dei Conti, Determinazione 10 novembre 2011, n. 77).

Questo accade nonostante il Cittadino, a causa di un complesso di norme via via più restrittive, sia posto in una condizione di svantaggio rispetto all'ente contro cui deve ricorrere: non può agire per via amministrativa, deve essere assistito da un legale, deve sottoporsi ad ulteriori perizie, deve attendere i tempi lunghissimi della giustizia civile (spesso oltre due anni). Tale osservazione riguarda anche i procedimenti per l'accertamento dell'handicap e della cosiddetta "disabilità ai fini lavorativi".

Lo stato di handicap

La Legge 5/2/1992 definisce la persona con handicap al terzo articolo. Il quarto fissa le competenze di accertamento.

La legislazione italiana (articolo 3 della Legge 104/1992), definisce la «*persona handicappata*» come «*colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione*». Si tratta di una nozione che pone l'accento sulle limitazioni delle facoltà (minorazioni) e lo svantaggio sociale che deriva dalle minorazioni (handicap), dunque sugli elementi che condizionano in negativo la vita della persona disabile. Nella definizione contenuta nella Legge 104/1992 manca, quindi, un riferimento all'ambiente in cui la "persona con disabilità" vive ed interagisce, in rapporto al quale le "menomazioni" devono essere valutate.

In termini molto sintetici si riconosce il ruolo e l'importanza della menomazione nel determinare una condizione di handicap ma l'elemento chiave che trasforma la menomazione in una condizione problematica per la persona è costituita dal fatto che questa menomazione crea una condizione di "svantaggio sociale" ovvero una disuguaglianza con le altre persone che si configura come "handicap". L'automatismo secondo cui l'handicap è conseguenza della minorazione è stato fortemente criticato, dal momento che – per esempio – una persona che si muove in sedia a rotelle non ha svantaggio in un ambiente senza barriere.

La connotazione di gravità viene assunta dall'handicap quando sia tale da determinare una riduzione dell'autonomia personale, al punto da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale, sia nella sfera individuale che in quella di relazione.

L'indicazione normativa di individuare una condizione di "handicap" e una di "handicap grave" tuttavia non è stata mai seguita da una strumentazione valutativa specifica. La legge ha lasciato inoltre non definito un aspetto cruciale relativamente a

quello che deve essere il focus della valutazione: la minorazione fisica, psichica o sensoriale che potenzialmente crea svantaggio, o il diretto e specifico accertamento di una effettiva condizione di svantaggio sociale?

La valutazione dell'handicap è effettuata dalle stesse Commissioni operanti presso le Aziende Sanitarie Locali che accertano l'invalidità civile, integrate da un operatore sociale e da un medico dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS). Ciascun verbale viene poi verificato dall'INPS e convalidato o annullato dopo propri accertamenti.

La valutazione dell'handicap

<i>Capacità di definire la menomazione</i>	<i>Assente:</i> non definisce la menomazione. Riprende le indicazioni dei verbali di invalidità civile, con i problemi correlati.
<i>Capacità di definire l'interazione con le barriere (quali barriere)</i>	<i>Assente:</i> manca il riferimento all'ambiente in cui la "persona con handicap" vive ed interagisce
<i>Capacità di individuare l'impedimento alla partecipazione/pari opportunità</i>	<i>Assente:</i> definisce lo svantaggio sociale che deriva dalla menomazione.
<i>Capacità di rilevare l'evoluzione della menomazione e/o degli altri aspetti di interazione</i>	<i>Assente:</i> mancando una valutazione dell'ambiente e del contesto è impossibile valutare le modificazioni nel tempo. Il sistema di valutazione prevede revisioni e controlli sempre più rivolti a revocare benefici.
<i>Ostacoli e barriere causate o indotte dal sistema di valutazione</i>	La valutazione finale, nonostante le risorse impegnate e il sovraccarico per la persona, non è sufficiente ad accedere a tutti i servizi, in ragione della disabilità. Devono comunque essere attivati altri percorsi accertativi (es. invalidità, disabilità ai fini lavorativi, non autosufficienza ecc.) e valutativi. I tempi di attesa di convocazione e rilascio del verbale non sono adeguati. Sono frequenti i controlli e le revisioni anche nel caso di menomazioni stabilizzate. Il verbale di handicap (grave o meno) non fornisce indicazioni operative utili per la progettazione di servizi alla persona, che quindi diviene "oggetto" di ulteriore accertamento.

Rispetto alle criticità va annotato che il riconoscimento dell'handicap, specie se grave, consente l'accesso ad alcune importanti agevolazioni lavorative per i diretti interessati e

per i familiari che li assistono; il riconoscimento di handicap grave non è considerato, ai fini della concessione di questi benefici, equivalente allo status di invalido civile totale. Questo è il principale motivo per cui, ancora oggi, sussistono due modalità valutative altrimenti inspiegabilmente non sovrapponibili.

La “disabilità” ai fini lavorativi

La Legge 12/3/1999, n. 68, articolo 1 indica gli aventi diritto al collocamento mirato e le competenze di accertamento.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 13/1/2000 è l’atto di indirizzo che fissa i criteri e le modalità di accertamento.

Nel 1999 è stata approvata una importante norma (Legge 68/1999) volta a favorire il collocamento mirato di persone con disabilità al lavoro. La disposizione prevede l’attivazione di specifici servizi, oltre a forme di obbligo, sanzione e incentivo per le aziende. Ma fissa anche una definizione di “aventi diritto” che non è possibile indicare come innovativa, ma solo selettiva. In effetti nulla di nuovo apporta in termini definitivi, ma ripropone piuttosto come “disabili” gli invalidi civili (di altra causa) che rientrano in certe percentuali di invalidità.

Relativamente più “innovativa”, rispetto al contesto, è la modalità valutativa delle “capacità residue” che supera la mera quantificazione in percentuale adottata per le invalidità civili, anche se la griglia di valutazione corrisponde ad una lista di capacità/attività legate al lavoro ancora rigida ed inadeguata.

Anche in questo caso la competenza di accertare la “disabilità”, o meglio “le capacità residue”, spetta alle Commissioni delle Aziende Sanitarie, integrate da un operatore sociale e da specialisti. E ancora, ciascun verbale viene sottoposto al controllo formale dell’INPS.

La “disabilità” ai fini lavorativi

<i>Capacità di definire la menomazione</i>	<i>Discutibile: ripropone le stesse criticità della valutazione dell’invalidità civile e dell’handicap, pur con la considerazione delle “capacità residue”, concetto anch’esso superato dalla Convenzione.</i>
<i>Capacità di definire l’interazione con le barriere (quali barriere)</i>	<i>Discutibile: l’interazione con le eventuali barriere e ostacoli nel luogo di lavoro è meramente teorica in sede valutativa. Parte dall’angolo prospettico delle capacità residue più che dall’analisi del contesto lavorativo (e para-lavorativo).</i>
<i>Capacità di individuare l’impedimento alla partecipazione/pari opportunità</i>	<i>Assente: si limita all’ambito di un teorico luogo di lavoro, di valutare le capacità residue sulla base di una lista di capacità generiche, senza considerare il contesto più generale (es. servizi di trasporto, atteggiamenti ecc.).</i>

<p><i>Capacità di rilevare l'evoluzione della menomazione e/o degli altri aspetti di interazione</i></p>	<p><i>Assente: non presente al momento della valutazione, l'evoluzione può essere rilevata, in presenza di un effettivo inserimento lavorativo, solo nel momento in cui si pongano dei problemi o delle necessità di mediazione. L'evoluzione non è valutata nelle persone non incluse nel mondo del lavoro o in quelle a rischio di esclusione.</i></p>
<p><i>Ostacoli e barriere causate o indotte dal sistema di valutazione</i></p>	<p>Notevole differenza territoriale nella valutazione delle "capacità residue". In fase di inserimento lavorativo dovrebbe esservi una valutazione sulle condizioni di lavoro, con contributi economici alla rimozione di ostacoli e barriere, ma la misura è utilizzata (con risorse limitate) solo dove funziona il collocamento mirato. Indotta diffidenza verso la valutazione nei casi in cui i servizi per l'impiego non siano adeguati o l'offerta del lavoro sia limitata.</p>

L'handicap ai fini scolastici

L'articolo 12 della Legge 5/2/1992 fissa il principio dell'individuazione dell'alunno con handicap quale premessa a determinati servizi per l'inclusione scolastica.

Il Decreto del Presidente della Repubblica 24/2/1994 è un atto di indirizzo relativo ai compiti delle Unità Sanitarie Locali in materia di "alunni portatori di handicap".

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23/2/2006, n. 185 ha fissato nuove modalità e criteri per «l'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap».

In ambito scolastico, una norma del 1992 (Legge 104) ha rappresentato un passaggio essenziale nell'affermazione di alcuni diritti all'inclusione, ma ha anche fornito lo schema per la valutazione delle specifiche esigenze delle persone.

La certificazione di alunno con handicap è rilasciata dalla Commissione dell'Azienda USL alla quale va richiesta. Solitamente le famiglie vengono orientate dai servizi sanitari o sociosanitari. Infatti, prima di effettuare questa valutazione è necessario che ci sia un inquadramento diagnostico e funzionale dal quale sia emersa la presenza di una situazione di limitazione funzionale associata alla necessità di garantire supporti all'integrazione scolastica. La Commissione attesta la condizione di "alunno con handicap" e l'eventuale gravità.

Ma questa certificazione non è l'unico documento "valutativo". Il Piano Educativo Individualizzato o Personalizzato (PEI) è il progetto di vita dell'alunno con disabilità in età scolare e quindi comprende sia i criteri e gli interventi di carattere scolastico che quelli di socializzazione e di riabilitazione. Essendo un atto di programmazione, il PEI deve tenere conto di tutti gli elementi informativi contenuti in altri atti che la legge

pone pure come obbligatori e cioè la Diagnosi Funzionale e il Profilo Dinamico Funzionale.

La Diagnosi Funzionale è la descrizione delle condizioni di limitazione funzionale in rapporto con i bisogni educativi dell'alunno, individuate dagli operatori dell'ASL con la collaborazione della scuola e della famiglia. Non è una semplice descrizione delle funzioni attive o carenti dell'alunno, ma è un'analisi di queste funzioni in vista della formulazione del PEI. Se la Diagnosi Funzionale, dunque, viene redatta una sola volta dagli operatori dell'ASL, per avere un quadro progressivo dell'evoluzione della personalità dell'alunno, sono necessarie osservazioni nel tempo che vengono raccolte in un documento – il Profilo Dinamico Funzionale (PDF) – che viene aggiornato al passaggio di ogni grado di scuola e redatto da tutti gli operatori che seguono l'alunno, cioè insegnanti, operatori sanitari e operatori sociali, con la collaborazione della famiglia. Sempre da tutti questi soggetti, poi, viene redatto annualmente il PEI che comprende le indicazioni principali dei progetti di riabilitazione, socializzazione e scolarizzazione, indicati nell'articolo 13, comma 1, della Legge 104/1992.

Alla redazione del PEI seguiranno poi, in dettaglio, i singoli progetti di riabilitazione, socializzazione e scolarizzazione, predisposti ciascuno dai rispettivi operatori professionali, sulla base delle indicazioni contenute nel PEI stesso.

La famiglia dunque ha diritto di partecipare alla formulazione del PEI e non può esserne esclusa.

La valutazione dell'handicap ai fini scolastici

<i>Capacità di definire la menomazione</i>	<i>Parziale:</i> parzialmente raggiunta grazie all'integrazione del mero accertamento dell'handicap, con la diagnosi funzionale e il profilo dinamico funzionale.
<i>Capacità di definire l'interazione con le barriere (quali barriere)</i>	<i>Parziale:</i> gli accertamenti derivanti dalla valutazione non tengono in sufficiente considerazione le barriere presenti nel contesto reale e l'interazione generata con la persona.
<i>Capacità di individuare l'impedimento alla partecipazione/pari opportunità</i>	<i>Parziale:</i> la considerazione dell'impedimento è del tutto teorica, potrebbe essere valida in qualsiasi contesto. Il potenziale impedimento viene valutato in considerazione della "gravità" della menomazione e non dell'inadeguatezza del contesto.
<i>Capacità di rilevare l'evoluzione della menomazione e/o degli altri aspetti di interazione</i>	<i>Parziale:</i> solo il profilo dinamico funzionale viene rivisto e solo al cambio di grado di istruzione. La rilevazione delle eventuali variazioni viene lasciata alle considerazioni degli operatori educativi direttamente coinvolti nel percorso scolastico.
<i>Ostacoli e barriere causate o</i>	Il riconoscimento di "alunno con handicap" è stato

<i>indotte dal sistema di valutazione</i>	<p>oggetto di interventi diretti e di induzione di atteggiamenti negativi al fine di limitarne il riconoscimento, per ridurre i costi del sostegno e supporto scolastico.</p> <p>La redazione delle diagnosi funzionali, dei profili dinamici funzionali, dei piani educativi individualizzati sono spesso sbrigativi e non recano indicazioni sufficienti a consentire un accesso adeguato al diritto allo studio.</p>
---	---

La non autosufficienza

La Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (Legge 8/11/2000, n. 328) indica ripetutamente interventi per i non-autosufficienti, pur non fornendo alcuna definizione specifica.

Nel corso degli ultimi quindici anni, ha trovato progressivo spazio di discussione e di sviluppo normativo, soprattutto a livello regionale, il concetto di non-autosufficienza. In diversi lavori di approfondimento tecnico della nozione di non-autosufficienza si è reso evidente che non è rintracciabile nella nostra normativa una definizione unitaria, nonostante in diverse occasioni ne sia stato espresso l'intento e la necessità, soprattutto quando le Regioni hanno istituito interventi per il supporto della "domiciliarità", privilegiando in particolare gli anziani con gravi menomazioni.

In realtà i tentativi valutativi sono incentrati sull'elemento della "menomazione" funzionale o anatomica (severa) e del suo impatto sulla riduzione dell'autonomia nello svolgimento di attività. In questa prospettiva, la riduzione di autonomia implica la necessità di un intervento assistenziale, il cui carico il Legislatore tenta di compensare con contributi, voucher, assegni di cura.

La valutazione della non-autosufficienza viene usata anche per orientare ricoveri in strutture differenziate a seconda delle necessità assistenziali degli ospiti.

La valutazione, indicata spesso come multidimensionale, avviene di solito attraverso équipes territoriali. La multidimensionalità dovrebbe significare che viene tenuto conto non solo della condizione psicofisica della persona, ma anche delle attività proprie della persona, del suo contesto familiare ed ambientale. Di fatto le valutazioni si concentrano sulla necessità assistenziale (o carico assistenziale o intensità assistenziale), in modo spesso condizionato da quante sono effettivamente le risorse disponibili all'ente "erogatore", oppure sulla perdita di funzioni nelle attività della vita quotidiana o, infine, sui "livelli di compromissione" funzionale.

Anche il ricorso a scale valutative in sede di accertamento, spesso facendo riferimento alle sole difficoltà in casa, è assai variegato sul territorio nazionale, ma non compensa la debolezza del concetto, in questo molto simile a quello generico adottato per l'indennità di accompagnamento.

Va segnalato che la scelta di una terminologia negativa (non-autosufficienti) viene utilizzata anche per descrivere situazioni non di persone anziane, ma di persone con disabilità che necessitano di sostegni appropriati per conseguire una vita indipendente.

La non autosufficienza

<i>Capacità di definire la menomazione</i>	<i>Parziale:</i> non è la menomazione che è rilevante, quanto piuttosto il carico assistenziale generato come effetto della situazione patologica.
<i>Capacità di definire l'interazione con le barriere (quali barriere)</i>	<i>Assente:</i> la non-autosufficienza deriva dalla gravità della menomazione e dai suoi effetti assistenziali diretti.
<i>Capacità di individuare l'impedimento alla partecipazione/pari opportunità</i>	<i>Assente:</i> la non-autosufficienza non viene rilevata in funzione della partecipazione. Anzi, l'attenzione è sull'esito più che sulle ragioni che danno come esito negativo la perdita di abilità.
<i>Capacità di rilevare l'evoluzione della menomazione e/o degli altri aspetti di interazione</i>	<i>Assente:</i> non è prevista alcuna valutazione dell'evoluzione degli elementi di interazione.
<i>Ostacoli e barriere causate dal sistema di valutazione</i>	<p>Manca ancora una definizione univoca e condivisa di non-autosufficienza che, nonostante le numerose elaborazioni e proposte, appare molto debole dal punto di vista concettuale.</p> <p>Lo strumento non è utile per la progettazione individualizzata o per la presa in carico né tanto meno per favorire le pari opportunità, ma solo per calibrare la concessione di supporti economici a situazioni di dipendenza assistenziale.</p> <p>La valutazione della non-autosufficienza è fortemente sbilanciata sulle popolazione anziana e sulle patologie tipiche di questa.</p>

Una sintesi

- Le modalità di accertamento adottate nel nostro Paese, al di là di sovrapposizioni, incongruenze e alti costi di gestione solo marginalmente accennati, non sono assolutamente in linea con i nuovi concetti e principi sanciti dalla Convenzione ONU.
- La disabilità, così come definita dalla Convenzione, non viene attualmente accertata dai servizi italiani, né questi al momento sarebbero in grado di farlo a causa dell'assetto normativo, della prevalenza di una logica sanitaria, della carenza di strumenti e intenti di valutazione dei fattori ambientali. Mentre il

sistema attuale ha architettato complessi sistemi di valutazione della persona, è ancora ad uno stadio primitivo circa la conoscenza, la descrizione e, quindi, la ponderazione dell'ambiente circostante, tanto da non riuscire a distinguere tra ciò che sia un facilitatore e ciò che rappresenti una barriera.

- Non è sufficiente modificare il linguaggio (disabilità con handicap), ma è piuttosto indispensabile ricondurre la valutazione della disabilità (persona, interazione, ambiente) alle finalità della Convenzione: l'individuazione della disabilità è funzionale alla promozione dei diritti umani, all'inclusione, alla modificazione dell'ambiente, al contrasto alla discriminazione e all'impoverimento. È legata alla protezione sociale e ad ogni altro aspetto sottolineato da quell'atto internazionale che ormai è legge dello Stato.
- La confusione concettuale che le differenti definizioni normative ingenerano, appiattiscono ogni termine ad un concetto negativo, legato alla sola condizione di limitazione funzionale del soggetto. La concettualizzazione appropriata del termine disabilità invece favorirebbe la correttezza della definizione di persona con disabilità.
- La revisione dei criteri di accertamento della disabilità è un falso problema se non viene prima chiarita la centralità dei diritti, della presa in carico, dei progetti individualizzati. È basandosi su tali aspetti che la valutazione assume un significato pratico, operativo e di cambiamento, non certo definendo percentuali di inabilità (generica) al lavoro identiche anche al di là del contesto.
- Di quali siano gli strumenti preferibili per definire e descrivere, nella sua evoluzione, la disabilità non è questo l'ambito per discuterne. Di certo l'accertamento della disabilità, così come intesa dalla Convenzione, non è più una "riserva" sanitaria né, tanto meno, medico-legale. Troppi sono gli elementi da considerare per poterne affidare la custodia ad una sola specialità o ad un solo settore.