

L'accertamento delle invalidità civili: problemi e disagi dal punto di vista dei cittadini

INDICE

Premessa. Le segnalazioni dei cittadini a proposito di indennità: un grido d'allarme

1. Le nuove procedure per il riconoscimento delle minorazioni civili: semplificazione solo apparente, ostacoli evidenti per i cittadini

1.a) L'inefficienza del processo informatico: la denuncia nella lettera dei medici INPS

1.b) Accertamenti sanitari diretti: il disagio della 'doppia' visita

2. Il programma straordinario di verifiche: i conti non tornano neanche all'INPS

3. I criteri di accertamento INPS: "valutazioni a ribasso" al di fuori della legge

Considerazioni finali. Le politiche di contenimento della spesa assistenziale e di riduzione delle risorse destinate alle politiche sociali

Premessa.

Le segnalazioni dei cittadini a proposito di indennità: un grido d'allarme

Cittadinanzattiva - attraverso le reti del Tribunale per i diritti del malato e del Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici¹ - denuncia alle Istituzioni, ai media e alla popolazione il gravissimo disagio che moltissimi cittadini in condizione di fragilità stanno incontrando nel momento in cui chiedono il riconoscimento dell'indennità d'invalidità civile e di accompagnamento.

Un così forte grido di allarme è suggerito dai dati relativi alle segnalazioni dei cittadini che, da tutta Italia², si sono rivolti al nostro servizio PIT per denunciare le difficoltà dell'iter di riconoscimento delle minorazioni civili e dell'erogazione delle relative indennità. Tali insormontabili e dimostrate difficoltà impediscono l'esigibilità del diritto e minano alle radici la coesione sociale del nostro paese.

Mettiamo di seguito a disposizione queste informazioni in coerenza con la metodologia di lavoro che ha sempre caratterizzato la nostra attività. Inoltre, per meglio comprendere i dati, si offre una rilettura dal punto di vista civico delle novità legislative e relativi provvedimenti attuativi, sopraggiunti in materia di accertamento delle minorazioni civili.

Le segnalazioni in ambito di invalidità civile ed handicap relative al 2011, riguardano il 25% sul totale delle segnalazioni.

Tipologia di problema riscontrato	%
Ritardi nell'iter	37.8
Mancanza di trasparenza	31.7
Percentuale ottenuta ritenuta inadeguata/abbassata	21.1
Altro	9.4
Totale	100%

Fonte: Cittadinanzattiva

¹ Rete di Cittadinanzattiva composta da un Network di circa 90 Organizzazioni di persone con patologia cronica e rara - <http://www.cittadinanzattiva.it/cnamc-malati-cronici/le-associazioni-aderenti-cnamc.html>

² Provenienza delle segnalazioni: Abruzzo, Lombardia, Campania, Sardegna, Toscana, Piemonte, Sicilia, Emilia, Umbria, Veneto, Liguria, Puglia, Lazio, Calabria

1.

Le nuove procedure per il riconoscimento delle minorazioni civili: semplificazione solo apparente, ostacoli evidenti per i cittadini

La legge 3 agosto 2009, n.102 come noto, ha radicalmente modificato la procedura di riconoscimento di invalidità civile. A seguito della riforma, l'INPS ha successivamente chiarito gli aspetti organizzativi e ha fornito le prime istruzioni operative con la Circolare 28 dicembre 2009, n.131.

Tra le numerose novità indicate nel testo della Circolare viene prevista la realizzazione di un sistema di presentazione, gestione, trattamento e archiviazione elettronica delle domande, con il fine di rendere la procedura soprattutto più rapida e trasparente.

Tuttavia, dopo oltre un anno dalla sua attivazione, tale procedura appare fallimentare.

1.a)

L'inefficienza del processo informatico: la denuncia nella lettera dei medici INPS

Secondo le segnalazioni dei cittadini, i problemi di carattere tecnico-informatico e l'inadeguatezza della procedura provocano ritardi di mesi nella ricezione del verbale. La lentezza della procedura sta superando le più pessimistiche previsioni, così tradendo il sospirato obiettivo di snellimento. La mancata realizzazione del processo informatico, in più, determina grossi ostacoli rispetto alla garanzia di trasparenza che doveva essere soddisfatta e che trova oggi invece un ostacolo oggettivo.

Ostacolo, questo, confermato anche dalla **lettera aperta dei medici dell'INPS (ANMI – Fe.M.E.P.A.)** del 10 febbraio scorso, attraverso la quale si denunciano le criticità e i paradossi di questa nuova procedura. La denuncia dei medici INPS fornisce importanti informazioni che altrimenti sarebbero rimaste ignote ai più e che danno conto della assurda realtà dei fatti prodotta da una direttiva dell'INPS (si tratta, per la precisione, della Comunicazione del 20 settembre 2010):

la direttiva in oggetto pone problemi tecnico-informatici perché prevede la compilazione di un verbale parallelo, da parte del medico INPS, durante la prima seduta di accertamento presso la Commissione ASL; tale procedura è troppo lunga e, a causa delle difficoltà tecniche (legate al mal funzionamento del programma informatico), non permette l'inserimento dei dati contestualmente alla visita, costringendo ad una compilazione differita;

la compilazione differita rallenta e riduce la produttività giornaliera, già molto oberata, della CML;

la mole di lavoro dei CML non rende inoltre possibile garantire la presenza dei Medici INPS in tutte le sedute: ne consegue, come in un circolo vizioso, la necessità di sospendere tutti i verbali a titolo cautelativo e sottoporre a visita diretta i cittadini.

1.b)

Accertamenti sanitari diretti: il disagio della 'doppia' visita

La Circolare 28 dicembre 2009, n.131, prevedeva che l'esito del primo accertamento sanitario, a cura della commissione ASL integrata con un medico dell'INPS, avesse un duplice possibile esito: giudizio espresso all'unanimità o giudizio espresso a maggioranza.

In prima battuta quindi veniva suggerito che (fatta salva la facoltà dell'INPS di esprimere comunque il giudizio definitivo sull'esito dell'accertamento) solo nei casi di giudizio a maggioranza e per i quali fosse prevista l'erogazione di provvidenze economiche, venisse sospeso l'invio del verbale al cittadino e quindi predisposta un'eventuale visita diretta. La logica, condivisa, era rappresentata dalla necessità di snellire la procedura e creare percorsi differenziati. Con la comunicazione 20 settembre 2010, "accertamenti di invalidità civile – implementazione dei criteri per l'accertamento diretto", l'INPS introduce la necessità di integrare le precedenti istruzioni trasmesse, "potenziando" il ricorso all'accertamento sanitario diretto. La logica sottostante avrebbe dovuto essere quella di "migliorare la qualità metodologica valutativa e omogeneizzare i criteri di accertamento sanitario, con l'obiettivo di evitare futuri disagi ai cittadini conseguenti a successive verifiche straordinarie".

Tuttavia, il disagio per il cittadino non è diminuito, anzi, la seconda visita rappresenta un'incombenza sgradita ai pazienti specie quando, soprattutto in alcune zone d'Italia, può avvenire anche a centinaia di km di distanza.

Ricorrere alla doppia visita appare quanto mai in contraddizione con lo spirito che ha animato la Legge 102/09 e la Circolare 131/09, laddove la commissione medica ASL integrata con un medico INPS era nata con lo specifico scopo di abbreviare l'iter nei casi di accordo. **Tutto ciò rappresenta chiaramente un notevole passo indietro rispetto alla necessità di semplificazione amministrativa da sempre fortemente sentita dai cittadini.**

Con rammarico, comprendiamo oggi, che lo spirito della Comunicazione 20 settembre 2010, alla luce della lettera dei medici INPS, non era certo animato dalla necessità "di migliorare la qualità metodologica valutativa e omogeneizzare i criteri di accertamento sanitario, con l'obiettivo di evitare futuri disagi ai cittadini conseguenti a successive verifiche straordinarie", quanto piuttosto, determinato dall'incapacità dell'INPS di poter garantire la propria presenza in sede di primo accertamento; fatto questo di estrema rilevanza poiché in contrasto con quanto previsto dalla Legge (102/09).

Nella stessa Comunicazione 20 settembre 2010, viene inoltre esplicitato che: "garanzia di omogeneità dei giudizi medico legali espressi sul territorio, è la validazione definitiva della CMS"; pertanto, la trasmissione dei verbali segue un iter che prevede obbligatoriamente il passaggio attraverso la CMS prima di giungere nelle mani dei cittadini."

A seguito dell'applicazione della Comunicazione 20 settembre 2010 da parte delle Sedi INPS, le segnalazioni dei cittadini, disorientati ed estremamente preoccupati dai ritardi imputati anche a tale prassi, sono molte e obbligano ad una riflessione. Appare evidente a questo punto che la logica sottostante a tale centralizzazione del procedimento è solo una: garantire un controllo serrato della spesa assistenziale, non considerando minimamente la fondamentale esigenza dei cittadini, in particolare di quelli aventi diritto, di accedere tempestivamente ai riconoscimenti previsti dalla Legge. Con tale procedura, di fatto e di diritto, l'INPS dimostra scarsa attenzione nei confronti dei cittadini, venendo inoltre meno a quanto auspicato nella stessa Legge 3 agosto 2009, n. 102 e nella Circolare 28 dicembre 2009, n.131 che invece dovrebbero favorire una semplificazione amministrativa delle procedure.

La già citata lettera aperta dei medici INPS (ANMI – Fe.M.E.P.A.), svela ulteriormente l'incoerenza di tale scelta, fatta in un momento in cui le procedure informatiche non sono ancora funzionanti, determinando giacenze inaccettabili sia dei verbali sospesi a puro titolo cautelativo, al fine di evitare il silenzio assenso, sia di quelli già scaduti per decorrenza dei termini.

La somma delle questioni non può che giungere ad un unico esito: **i cittadini attendono invano i verbali e le procedure di pagamento sono bloccate da tempo.**

2.

Il programma straordinario di verifiche: i conti non tornano neanche all'INPS

Se il percorso ad ostacoli, sopra delineato, che i cittadini si trovano costretti ad affrontare viene totalmente sottaciuto dall'INPS e dai Ministeri competenti, quest'ultimi si guardano bene dal fare lo stesso per quanto riguarda i dati inerenti il programma straordinario di verifiche, sul quale abbiamo più di qualche riserva da denunciare.

Sono molti, infatti, i dubbi sull'attendibilità dei dati diffusi dall'INPS, inerenti il programma straordinario di verifiche relativo al 2010. Secondo il Presidente dell'INPS **Mastrapasqua** (intervista al *Corriere della Sera* del 16 febbraio 2011), a fronte di 100 mila controlli nel 2010, l'INPS ha revocato il 23% delle indennità d'invalidità controllate. A livello regionale: Sardegna sono state revocate il 53% delle pensioni o delle indennità di accompagnamento verificate. Seguono l'Umbria con il 47%, la Campania con il 43%, la Sicilia con il 42% e la Calabria con il 35%. Tra le province, spiccano Sassari (con il 76% delle prestazioni controllate cancellate), Cagliari (64%), Napoli (55%), Perugia (53%), Benevento (52%). Assai diversa la situazione in altre zone d'Italia: nelle Marche e in Lombardia sono state revocate il 6% delle pensioni controllate (a Milano sono il 3%, 85 su 2532 verifiche), in Piemonte ed Emilia il 9%, in Abruzzo e Toscana il 10%. A Roma le cancellazioni sono il 26%. La media nazionale, come detto, è il 23%.

Una prima smentita ufficiale proviene proprio dal Direttore provinciale della sede Inps di Cagliari, Antonello Angius (ripresa anche da comunicati della FISH): «Sembrirebbe un grosso errore, oppure sono tutti

guariti e non hanno più diritto al riconoscimento». Lo stesso Angius spiega che gli esempi dell'area settentrionale dell'isola la dicono lunga: le revoche certificate nel 2009 (quindi sulle pensioni pagate fino al precedente anno) sono state di circa il 12 per cento su 1100 visite di controllo a campione nella provincia di Olbia, e circa il 13 per cento su 5000 nella provincia di Sassari. Domanda: come è possibile che quel dato sia schizzato sull'anno successivo alle cifre indicate dall'Inps?

Una seconda smentita arriva dall'ufficio stampa INPS di Roma: «L'elaborazione di oggi nasce dai controlli fatti su un campione casuale, quindi possono raccontare di quel campione ma potrebbero non rappresentare la situazione complessiva effettiva».

Crediamo inoltre sia necessario esplicitare come in quel 23% di revoche, segnalate dal Mastrapasqua, ci siano anche persone che hanno visto ridotta la propria percentuale d'invalidità di quel minimo che basta per non erogare la relativa indennità, rimanendo comunque invalidi.

3.

I criteri di accertamento INPS: “valutazioni a ribasso” al di fuori della legge

Altro punto, e a nostro avviso il più grave, riguarda la **restrizione dei requisiti sanitari per la concessione dell'indennità di accompagnamento**, secondo quanto previsto dalla Comunicazione interna del Direttore Generale INPS e le “linee guida operative” (del 20 settembre 2010). A questo proposito, bisogna ricordare che il Parlamento ha già bocciato un emendamento alla Manovra Finanziaria 2011 (Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78, poi convertito nella Legge 30 luglio 2010 n. 122) che tentava di modificare (e restringere) i criteri per la concessione dell'indennità di accompagnamento. La modifica fu impedita proprio grazie all'accesa protesta promossa, il 7 luglio scorso, dalle Organizzazioni a tutela dei diritti delle persone con disabilità - in particolare dalla Federazione italiana per il superamento dell'handicap (FISH) e dalla Federazione tra le Associazioni Nazionali delle Persone con Disabilità (FAND) - alla quale partecipò anche Cittadinanzattiva.

Ora, i contenuti di quell'emendamento trovano nuovamente spazio nelle “**Linee Guida operative per l'invalidità civile**” contenute nella Comunicazione interna del Direttore Generale INPS (del 20 settembre 2010). **L'interpretazione dell'INPS stravolge, a nostro avviso, l'indicazione, tuttora vigente**, della Legge 21 novembre 1988 n. 508, che all'art 1, comma 2, lettera b stabilisce che l'indennità di accompagnamento viene 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 un'assistenza continua.

Rispetto alla capacità di deambulare, invece, le nuove linee guida operative per l'invalidità civile dell'INPS prevedono che l'impossibilità di deambulare debba essere permanente e non superabile con l'utilizzo di ausili. Questo significa che **chi deambula con estrema difficoltà e fatica** come, ad esempio, l'aiuto di un tripode, di due stampelle o altri ausili, **non si vedrebbe riconosciuto il diritto a ricevere l'indennità di accompagnamento**. Rispetto al secondo criterio che dà diritto a percepire l'indennità di accompagnamento (la capacità della persona di compiere gli atti quotidiani della vita) l'INPS stabilisce come condizione la presenza di un'assistenza continuativa e l'impossibilità di **compiere il “complesso” degli atti quotidiani**. Ciò vuol dire che, nel misurare l'autonomia personale del cittadino, si considereranno solo il complesso degli atti elementari della vita. Inoltre, il riferimento è al complesso di questi atti, e non solo ad uno o due di essi.

Vengono ignorati quelli che sono, invece, considerati atti strumentali della quotidianità, ovvero, le attività “extradomiciliari”, come sapersi orientare, usare un mezzo pubblico, usare un telefono, chiedere aiuto o un'informazione.

Alla luce di queste osservazioni, consideriamo gravissimo che l'INPS, attraverso una sua Comunicazione interna del proprio Direttore Generale, reintroduca criteri di assegnazione dell'accompagnamento, già bocciati dal Parlamento, in occasione della Manovra finanziaria. E' come dire che la decisione del Parlamento non abbia avuto alcun significato. **Riteniamo che su questo punto si debba intervenire immediatamente**, modificando le Linee guida operative dell'INPS (del 20 settembre 2010) rispetto ai criteri di assegnazione dell'indennità di accompagnamento, e ripristinando così quanto previsto dalla Legge 21 novembre 1988 n. 508, art 1, comma 2, lettera b; nonché garantendo il diritto a tutti i cittadini, che ne hanno reale necessità, di accedere ai benefici economici che la Legge prevede.

La volontà dell'INPS e del Governo di affermare un “**criterio a ribasso**” nell'attività di assegnazione delle indennità d'invalidità civile ed accompagnamento - e quindi di contenere quanto più possibile l'aumento della

spesa assistenziale – è dimostrato ulteriormente dal dato diffuso dal Presidente INPS Mastrapasqua (intervista al Corriere della Sera già citata): **una pratica su due (il 49%) di quelle trasmesse dalle ASL viene corretta dall'INPS che, fatti i suoi controlli, riduce la prestazione o la toglie.**

Di fatto, i criteri utilizzati dall'INPS, oltre ad essere profondamente diversi da quelli utilizzati dalle ASL, sono profondamente diversi anche da quelli adottati dalla Magistratura in sede di ricorso legale da parte dei cittadini avverso i verbali emessi dallo stesso Istituto. A questo proposito, ricordiamo che nel 2009 le cause concluse nei confronti dell'INPS sono state 137.154. Di queste, 58.866 hanno confermato quanto disposto dall'INPS; 64.063 hanno accolto il ricorso dei cittadini invalidi. Tutto questo oltre a rappresentare una forte fonte di preoccupazione per i cittadini rispetto all'esigibilità di un diritto, apre anche a problemi per lo Stato rispetto al costo di tutti questi ricorsi; quest'ultimi, inoltre, aumenteranno nel corso dell'anno, vista anche l'introduzione da parte dell'INPS di criteri di riconoscimento delle minorazioni civili ulteriormente restrittivi.

Considerazioni finali.

Le politiche di contenimento della spesa assistenziale e di riduzione delle risorse destinate alle politiche sociali

A conclusione di questa illustrazione dei fatti, e per capire sino in fondo la portata del fenomeno, crediamo sia necessario sottolineare che l'attività del Governo e dell'INPS (volta al massimo contenimento dell'aumento della spesa assistenziale e con gravissime conseguenze rispetto al reale accesso da parte dei cittadini alle indennità d'invalidità civile ed accompagnamento) si colloca in un più ampio quadro di riduzione delle risorse a disposizione delle altre ed importanti politiche sociali.

Il tutto, considerato globalmente, sancisce un chiaro attacco alle politiche pubbliche socio-sanitarie del nostro Paese. Ci restituisce un'immagine del nostro sistema di Welfare fortemente depotenziata, dove le politiche pubbliche socio-sanitarie rappresentano fundamentalmente un mero costo per lo Stato, anziché lo strumento per affermare l'esigibilità di un Diritto alla Salute di tutti i cittadini e in particolare di quelli con disabilità.

Questa tendenza emerge chiaramente dalla Legge 13 dicembre 2010, n. 220 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2011)" che prevede importanti riduzioni di risorse. In particolare, è utile soffermarsi su quelle inerenti il finanziamento delle politiche sociali.

Politiche Sociali	2008	2010	2011	2008/2011
Fondo Politiche Sociali - legge 328/2000	929,3	435,2	273,8	-70%
Fondo Non Autosufficienza	300	400	0	-100%
Fondo politiche familiari	348	185,3	51,5	-85%
Piano triennale Asili Nido	206	0,00	0,00	-100%
Fondo politiche giovanili	139	94,1	12,7	-90%
Fondo sociale affitti	205,6	143,8	32,9	-83%
Fondo politiche pari opportunità	64,4	3,3	17,2	-73%
Fondo infanzia adolescenza	43,9	40	39	-11%
Agenzia giovani	0	0,4	0,05	
Fondo nazionale servizio civile	303	170,3	110	-63%
Fondo nazionale inclusione immigrati	100	0	0	-100%
Sanità				
Contributo San Gallicano	10	0	0	-100%
Fondo attività ricerca sanitaria	335,8	306,3	300	-10%
Lega italiana contro i tumori	4	1	0,05	-98%
Croce rossa italiana	29,7	28,7	26	-12%
Randagismo	4,9	3,4	0,7	-85%
encefalopatie spongiformi	30,3	25,6	18,5	-38%
procreazione medicalmente assistita	6,8	5,1	1,2	-82%

