

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1251

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**MIOTTO, LENZI, BURTONE, CARNEVALI, CASATI,
D'INCECCO, FABBRI, FOSSATI, GRASSI, IORI, MURER**

Esclusione degli invalidi affetti dalle patologie di cui al decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 2 agosto 2007 dalle verifiche dell'Istituto nazionale della previdenza sociale sull'accertamento dell'invalidità

Presentata il 21 giugno 2013

ONOREVOLI COLLEGHI! — Dal 1° gennaio 2010, è cambiata la procedura della domanda di accertamento delle minorazioni civili. La domanda non è più presentata alle aziende sanitarie locali (ASL) ma, in via telematica, all'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS). L'accertamento è eseguito dalle commissioni della ASL integrate da un medico dell'INPS; l'accertamento definitivo è effettuato comunque dall'INPS, secondo quanto previsto dall'articolo 20 del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102. Queste disposizioni sono state rese operative e disciplinate dalla circolare dell'INPS n. 131 del 28 dicembre 2009. La circolare ha previsto

l'integrazione delle commissioni mediche delle ASL con un medico dell'INPS quale componente effettivo. Misura, quest'ultima, che trova scarsa applicazione stando alle segnalazioni dei cittadini: sono molte le commissioni che non hanno ancora al loro interno il medico dell'INPS. Il verbale di invalidità in sede di visita (commissione della ASL integrata dal medico dell'INPS), può essere approvato all'unanimità da tutti i componenti della commissione (compreso il medico dell'INPS), oppure a maggioranza dei componenti della commissione. Nel primo caso deve essere validato, nel più breve tempo possibile, dal responsabile del centro medico legale dell'INPS e, quindi, inviato da parte dello

stesso INPS all'interessato. Nel secondo caso (parere non unanime), l'INPS sospende l'invio del verbale e acquisisce gli atti per la valutazione. Nei successivi dieci giorni il centro medico legale dell'INPS, ricevuta la documentazione, può validare il verbale oppure procedere, nei successivi venti giorni, alla visita diretta. Le visite dirette effettuate dal medico dell'INPS, da un medico rappresentate le associazioni di categoria (Associazione nazionale mutilati e invalidi civili, Ente nazionale sordi, Unione italiana ciechi ed ipovedenti, Associazione nazionale famiglie di persone con disabilità intellettive o relazionale) e, nel caso di valutazione della disabilità, da un operatore sociale, avrebbero dovuto essere limitate alle situazioni incerte.

La comunicazione interna del direttore generale dell'INPS e le linee guida operative del 20 settembre 2010 prevedono, invece, come indispensabile, il potenziamento del ricorso prioritario all'accertamento sanitario diretto sulla persona. Le motivazioni, tra l'altro, sono quelle di evitare futuri disagi al cittadino, conseguenti a successive verifiche sanitarie straordinarie, e di dare massima omogeneità sul territorio nazionale rispetto alle valutazioni sull'invalidità civile. Il ricorso alla visita diretta è prioritario, perfino quando il giudizio della commissione della ASL (integrata con il medico dell'INPS) è unanime, soprattutto nei casi in cui siano previsti benefici assistenziali (innanzitutto economici: pensioni, assegni e indennità).

Con le linee guida operative sono previste alcune possibili cause di esclusione dalla convocazione diretta per la visita di controllo per alcuni soggetti per i quali è proposta l'applicazione del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 2 agosto 2007, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 225 del 27 settembre 2007: 1) minori con patologie validamente documentate, soprattutto nella sfera psichica o con patologie di tipo genetico – malformativo; 2) soggetti inseriti nelle strutture di lungodegenza o in residenze protette; 3) soggetti interdetti; 4) soggetti di interesse geriatrico con perdita dell'autonomia per-

sonale adeguatamente documentata; 5) patologie neoplastiche di comprovata gravità.

La gran parte dei cittadini sarà sottoposta nuovamente a doppia visita: prima da parte della ASL e poi dell'INPS. Il disagio per il cittadino non è diminuito, anzi la seconda visita, soprattutto in alcune zone d'Italia, può avvenire anche a centinaia di chilometri di distanza dell'abitazione del cittadino. Di fatto, l'INPS, attraverso la citata comunicazione interna del 2010, attua un notevole passo indietro rispetto alla necessità di semplificazione amministrativa per i cittadini, sia in relazione a quanto già disposto dal citato articolo 20 del decreto-legge n. 78 del 2009, nella parte dove è prevista l'integrazione della commissione delle ASL con il medico dell'INPS anche al fine di velocizzare l'iter amministrativo di riconoscimento delle minorazioni civili, sia in relazione alla citata circolare dell'INPS n. 131 del 2009. Va inoltre precisato come la reintroduzione del doppio accertamento sanitario da parte delle commissioni delle ASL integrate dal medico dell'INPS e dalla commissione dell'INPS, ponga più di qualche interrogativo. Infatti sembra superfluo svolgere una nuova visita presso una specifica commissione dell'INPS, posto che all'interno della commissione dell'ASL dovrebbe già essere presente un medico dell'INPS (anche se nella realtà alcune commissioni ne sono ancora sprovviste). In tale modo si rischia di duplicare attività e costi. Infine esiste un ambito di eccessiva discrezionalità in relazione alle cause di esclusione dall'accertamento diretto da parte dell'INPS, poiché l'INPS le definisce come « possibili cause di esclusione ». Ciò potrebbe dar luogo a comportamenti non omogenei da parte dell'Istituto. Riteniamo prioritario che l'accertamento diretto da parte dell'INPS, in aggiunta a quello delle commissioni delle ASL integrate dal medico dell'INPS, sia attuato esclusivamente in quei casi per i quali vi siano ragionevoli e fondati dubbi sulla sussistenza del diritto al beneficio e non, al contrario, considerarlo « la prassi ».

Un'altro punto riguarda l'aggravamento dei requisiti sanitari per la concessione

dell'indennità di accompagnamento, secondo quanto previsto dalla citata comunicazione interna del direttore generale dell'INPS e dalle linee guida operative del 2010. In tal senso è necessario ricordare come grazie all'accesa protesta promossa, 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 aveva preso parte anche Cittadinanzattiva, il Parlamento bocciò un emendamento al citato decreto-legge n. 78 del 2010, che tentava di modificare, in senso peggiorativo, i criteri per la concessione dell'indennità di accompagnamento. I contenuti di quell'emendamento trovano nuovamente spazio nelle linee guida operative contenute nella comunicazione interna del direttore generale dell'INPS del 2010. L'interpretazione dell'INPS stravolge l'indicazione, tuttora vigente, della legge 21 novembre 1988, n. 508, che all'articolo 1, comma 2, lettera *b*), stabilisce che l'indennità di accompagnamento è concessa alle persone con inabilità totale quando ricorre una delle due seguenti condizioni: si trovano nell'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 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, chi deambula con l'aiuto di un tripode, di due stampelle o di 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, ovvero 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 vuoi dire che, nel misurare l'autonomia personale del soggetto, si considera 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. Sono 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.

Il risultato, come denuncia, ad esempio, il *CoorDown*, è che, tramite visite sommarie e sbrigative, sono revocate le indennità di accompagnamento a persone affette da sindrome di *Down* (e non solo), su tutto il territorio nazionale.

Consideriamo piuttosto preoccupante che l'INPS, attraverso una comunicazione interna del proprio direttore generale, reintroduca criteri di assegnazione dell'accompagnamento, già bocciati dal Parlamento come se la decisione del Parlamento non abbia avuto alcun significato.

Riteniamo che su questo punto si debba intervenire immediatamente, modificando le linee guida operative del direttore generale dell'INPS del 2010, rispetto ai criteri di assegnazione dell'indennità di accompagnamento e ripristinando, così, quanto previsto dalla menzionata legge n. 508 del 1988, all'articolo 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 nuova procedura di invalidità, attiva dal 1° gennaio 2010, ha previsto la trasmissione telematica della domanda di invalidità e disabilità. Per il medico certificatore prevede l'accreditamento tramite *personal identification number* (PIN) presso il sistema di gestione dei dati dall'INPS e la trasmissione *on line* dei certificati medici. Oltre l'oggettiva difficoltà per il cittadino a reperire un medico abilitato alla trasmissione telematica (non tutti i medici di medicina generale sono abilitati), sorge il problema del costo, che può variare da 20 a 130 euro (stando alle segnalazioni dei cittadini).

Riteniamo prioritario avviare politiche di trasparenza e di contenimento dei costi legati alla nuova procedura di presentazione della domanda d'invalidità civile e disabilità. Infine, crediamo che molte delle criticità esposte avrebbero potuto essere evitate attraverso una specifica e preventiva attività di coinvolgimento delle organizzazioni di tutela del diritto alla salute. In tal senso consideriamo necessaria la promozione di forme strutturate e permanenti di coinvolgimento delle stesse organizzazioni di tutela del diritto alla salute nelle attività dell'INPS in materia d'invalidità civile e disabilità, in particolare attraverso l'istituzione di uno specifico organismo interno all'INPS, composto da rappresentanti delle citate organizzazioni, con il compito di esprimere pareri, segnalare le criticità esistenti e formulare proposte di miglioramento.

Si ritiene inoltre opportuno evitare i controlli su soggetti titolari di pensione portatori di menomazione di natura irreversibile o di patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante. Tale op-

portunità nasce dall'ovvia constatazione che chi è portatore di una menomazione dichiarata irreversibile non può certo regredire dalla sua condizione e quindi la visita di controllo diventa solo un ulteriore, ed inutile, disagio per l'utente e per la sua famiglia, oltre che una superflua umiliazione rispetto a uno stato di salute già verificato e certificato come patologico e non reversibile.

Risulta, invece, che l'INPS stia continuando a chiamare, nell'ambito del suo programma di verifica sulle pensioni, utenti con malattie irreversibili, come, ad esempio, cittadini affetti da sindrome di *Down*, e che stia aumentando presso lo stesso Istituto il volume di verbali di visita che non sono sottoposti a validazione e che vengono, quindi, di fatto sospesi, allungando i tempi di erogazione.

È per questi motivi che si rende necessario presentare anche in questa legislatura la proposta di legge che riproduce l'atto Camera n. 3964 della XVI legislatura, che non concluse il suo *iter*. La presente proposta di legge, consta di un solo articolo.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

1. I soggetti ai quali è già stata accertata da parte degli uffici competenti una menomazione o una patologia stabilizzata o ingravescente di cui al decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 2 agosto 2007, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 225 del 27 settembre 2007, compresi i soggetti affetti da sindrome da talidomide o da sindrome di *Down*, che hanno ottenuto il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione sono esclusi dalle visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante da parte degli uffici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS).

2. Il soggetto chiamato dall'INPS per la verifica sull'accertamento del suo stato invalidante effettua le verifiche limitatamente alle situazioni incerte.

3. Il soggetto chiamato dall'INPS per la verifica sull'accertamento del suo stato invalidante non perde il diritto a percepire l'emolumento economico di cui è titolare anche se i verbali di visita non sono immediatamente vidimati dal responsabile preposto.

PAGINA BIANCA

PAGINA BIANCA

€ 1,00



17PDL0012700