



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 4

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

COMMISSIONI RIUNITE

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

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

4^a seduta: mercoledì 27 giugno 2012

Presidenza del presidente della 11^a Commissione GIULIANO

I N D I C E

Audizione del presidente dell'Inps Antonio Mastrapasqua

PRESIDENTE	Pag. 3, 4, 5 e passim	* MASTRAPASQUA	Pag. 3, 4, 5 e passim
ASTORE (<i>Misto-ParDem</i>)	14		
BIANCHI (<i>PdL</i>)	12		
* BIANCONI (<i>PdL</i>)	10, 11		
BIONDELLI (<i>PD</i>)	15		
CASTIGLIONE (<i>CN:GS-SI-PID-IB-FI</i>)	11		
GRAMAZIO (<i>PdL</i>)	9		
SACCOMANNO (<i>PdL</i>)	12, 13, 14		
SBARBATI (<i>UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI</i>)	10		
* TOMASSINI (<i>PdL</i>)	15		

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

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

Interviene, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, in rappresentanza dell'Inps, il dottor Antonio Mastrapasqua, presidente, accompagnato dal dottor Marco Barbieri, direttore centrale comunicazioni, dal professor Massimo Piccioni, coordinatore generale medico legale, e dal dottor Gabriele Uselli, direttore centrale pensioni.

I lavori hanno inizio alle ore 15,30.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del presidente dell'Inps Antonio Mastrapasqua

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito dell'indagine conoscitiva sulle procedure di accertamento delle minorazioni civili da parte dell'Inps ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile e delle indennità di accompagnamento, con particolare riguardo alla verifica dei presupposti sanitari per le persone affette da malattie cronico-degenerative allo stato iniziale della patologia, sospesa nella seduta del 19 giugno scorso.

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

È oggi prevista l'audizione del presidente dell'Inps, dottor Antonio Mastrapasqua, accompagnato dal dottor Marco Barbieri, direttore centrale comunicazioni, dal professor Massimo Piccioni, coordinatore generale medico legale, e dal dottor Gabriele Uselli, direttore centrale pensioni. Il dottor Mastrapasqua, che ringrazio per la sua presenza e al quale lascio subito la parola, è stato più volte evocato nella passata seduta in ordine ad alcuni elementi sui quali sicuramente i colleghi torneranno.

MASTRAPASQUA. Signor presidente Giuliano, signor presidente Tomassini, l'accertamento dei requisiti medico-legali costituisce l'unica fase dell'intero processo dell'invalidità civile, a parte ovviamente la domanda, che vede ancora impegnati soggetti istituzionali diversi dall'Inps.

L'articolo 20 della legge n. 102 del 2009, infatti, ha stabilito che «a decorrere dal 1° gennaio 2010 ai fini degli accertamenti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, *handicap* e disabilità le commissioni mediche delle Aziende sanitarie locali sono integrate da un medico Inps quale componente effettivo», prevedendo altresì che «in ogni caso l'accertamento definitivo è effettuato dall'Inps».

Le prestazioni economiche liquidate nel 2011 sono state circa 400.000. Le nuove liquidazioni sono leggermente inferiori al 2010, ma le prestazioni vigenti sono comunque aumentate, come negli anni precedenti, di circa 40.000 unità. In realtà, il persistere di una prima fase di accertamento dislocata presso le ASL ha rallentato, in molte regioni, la piena applicazione della totale telematizzazione del processo, progettata dal legislatore e posta in capo all'Inps.

La telematizzazione ha, invece, trovato piena adesione da parte delle associazioni di categoria e dei patronati che, con la loro attiva collaborazione, hanno reso possibile, in tempi brevi, l'inoltro in via informatica della totalità delle domande.

L'utilizzo del mezzo informatico da parte del cittadino, tra i tanti vantaggi che offre, assicura la garanzia di trasparenza, tracciabilità e celebrità procedurale. Peraltro la telematizzazione avviata dalla legge n. 102 del 2009 è stata introdotta dall'Inps con grande attenzione al problema del *digital divide*. I cittadini che avessero problemi a connettersi con la piattaforma *web* dell'Istituto potranno sempre essere mediati da soggetti terzi, come le associazioni di categoria e i patronati. In realtà i problemi di informatizzazione sono meno gravi di quanto si creda: il 25 per cento di chi detiene e utilizza il PIN elettronico per accedere ai servizi *online* dell'Inps ha più di 65 anni di età. Infatti, che qualcosa stia mutando nelle abitudini degli italiani si evince anche dall'aumento delle domande telematiche del 13 per cento nel 2011 rispetto al 2010.

In relazione ai costi che i cittadini devono sostenere per il rilascio del certificato medico introduttivo, premesso che esso è richiesto per legge, la responsabilità non ricade su Inps ma sui medici libero professionisti abilitati e sui possibili rapporti che essi intrattengono con le istituzioni sanitarie. D'altronde, la gratuità dei certificati medici introduttivi potrebbe essere introdotta da Inps nelle convenzioni da stipulare con le Regioni per l'espletamento dell'accertamento di prima istanza.

L'incompleta telematizzazione della fase ASL ha impedito sia l'immediata calendarizzazione delle visite sia la redazione del verbale in formato elettronico (solo il 42 per cento del totale), presupposto, quest'ultimo, indispensabile per garantire tempestività al giudizio definitivo attribuito ad Inps e al successivo inoltro del verbale al cittadino. È a questo livello che va cercata la causa principale dell'aumento dei tempi di attesa, lamentata in alcune realtà locali, per il riconoscimento delle invalidità e disabilità in genere. Al netto dei tempi delle ASL...

PRESIDENTE. Mi scusi se la interrompo, presidente Mastrapasqua. Noto che la relazione che lei sta leggendo è abbastanza corposa...

MASTRAPASQUA. È vero, però ne leggerò solo metà.

PRESIDENTE. Tuttavia, siccome molte domande erano già state anticipate nella passata seduta, potremmo distribuire, se lei è d'accordo, la relazione a tutti i colleghi e procedere.

MASTRAPASQUA. La sintetizzerò, allora.

PRESIDENTE. D'accordo, così avremo il tempo per lasciare la parola ai componenti che hanno esigenza di porre determinati quesiti.

MASTRAPASQUA. Al netto dei tempi delle ASL, il tempo sanitario dell'Inps non supera, per legge, i 60 giorni, comprensivi anche della verifica da parte della commissione medica superiore. In media, il tempo di definizione sanitaria Inps è stato nel 2011 di 29 giorni per i verbali telematici e di 34 giorni per i verbali cartacei. Il verbale viene poi inviato dall'Inps al cittadino nel tempo massimo di 11 giorni. Una volta completata da parte del cittadino la produzione della documentazione necessaria, il tempo amministrativo richiesto dall'UDP Inps per la liquidazione è al massimo di 45 giorni, come da carta dei servizi dell'Istituto.

Visto che le ASL non producono il 100 per cento dei verbali in via telematica, si è resa necessaria la dematerializzazione dei verbali che arrivano in forma cartacea. La non adozione della procedura informatizzata, che prevede l'arrivo della domanda e del verbale, la fissazione del calendario e l'inoltro della liquidazione del verbale stesso, da parte di diverse ASL, rallenta il processo per molti verbali, perché vanno inseriti manualmente, fa saltare l'agenda dell'Inps e determina un ritardo. Per i verbali telematizzati invece i giorni sono quelli che vi dicevo poc'anzi, cioè 60, più 45 per la liquidazione.

Ciò ha consentito presso molte commissioni ASL il perpetuarsi di una consolidata prassi accertativa limitata, spesso, alla sola presa visione degli atti. Anche questo è un problema, perché molto spesso le ASL vogliono fare questo lavoro fuori dall'orario di lavoro, che si pone per l'obbligo della presenza dei medici dell'Inps presso le commissioni. Noi non possiamo mandare i nostri medici fuori dall'orario di lavoro. Per noi è orario di lavoro. Questo non fa combaciare l'esigenza, che noi rispettiamo, della ASL, con l'esigenza, che bisogna rispettare, dell'Inps. A questo punto molte commissioni ASL accertano solo per *acta*, senza la visita della persona. Questo costringe l'Inps a rivisitare le persone perché non sono visitate dalla commissione della ASL. Indubbiamente, il processo di integrazione tra Inps e ASL denota in alcune regioni certe particolarità, che, per fortuna, in altre non ci sono, con un sistema totalmente telematizzato nel 50 per cento dei casi.

La partecipazione, come dicevo, dei medici Inps alle sedute nel 2011 si è attestata al 46 per cento del totale. La percentuale, dunque, sta aumentando.

Ricordiamo che sussiste l'obbligo di legge di procedere a verifica da parte Inps e che non sussiste, al contrario, alcun obbligo di ulteriori accertamenti dopo la visita della commissione medica integrata ASL.

Nell'anno 2011 l'Inps ha richiesto solo poco più di 99.000 visite dirette – è un dato importante, visto che secondo molti si susseguono troppe visite – pari ad appena il 6 per cento di 1.574.717 verbali pervenuti dalle ASL. Molto spesso abbiamo sentito dire che l'Inps rivisita le persone già

visitare dalle ASL, laddove parliamo di una percentuale molto bassa di verifiche che i medici hanno ritenuto necessario e obbligatorio ripetere. A tal proposito, il coordinamento medico-legale Inps, di cui fa parte il professor Piccioni, con proprie linee guida ha opportunamente indicato le situazioni tali da escludere di regola la necessità dell'accertamento diretto. Si tratta di un fattore importante, perché di fatto viene riconosciuta un'invalità non necessariamente da sottoporre a nuova visita.

Le linee guida formulate dall'Inps hanno contenuti medico-legali pienamente coerenti con il dettato legislativo e con le indicazioni costantemente fornite dalla giurisprudenza di legittimità. Ad ogni modo, il professor Piccioni è disponibile per qualunque ulteriore chiarimento si rendesse necessario relativamente all'ambito sanitario.

Si sottolinea che, per le patologie neoplastiche, trova piena applicazione, da parte dell'Inps, quanto previsto dalla legge n. 80 del 2006, a condizione ovviamente che le ASL adempiano all'obbligo loro attribuito dall'articolo 6 della stessa legge di effettuare l'accertamento dell'invalità entro 15 giorni dalla domanda dell'interessato e di provvedere alla tempestiva trasmissione ad Inps dei relativi verbali: siamo tutti protesi affinché ciò avvenga. Il verbale provvisorio, ai fini della tempestiva erogazione dei benefici, è immediatamente disponibile al termine dell'accertamento svolto dalle ASL; quindi, per tutta la patologia neoplastica il percorso è totalmente diverso rispetto a quelle non neoplastiche.

Si fanno presenti le novità introdotte dalla citata legge n. 102, sicché, trascorso il periodo di 60 giorni, il verbale ASL assume validità definitiva per il principio del silenzio-assenso. Anche questo è un aspetto importante perché funge da stimolo per i nostri uffici, avendo a disposizione solo 60 giorni per la lavorazione delle pratiche.

Per quanto riguarda l'attribuzione del coordinamento medico-legale, esiste nel nostro Paese una geografia della tutela assistenziale profondamente disomogenea, frutto di valutazioni medico-legali notevolmente difformi, a parità di patologia, non solo tra Regione e Regione ma talora anche tra Provincia e Provincia o tra ASL e ASL. A questo fine è stata istituita presso l'Istituto la commissione medica superiore che riesamina e valida tutti i verbali nel rispetto di un limite temporale, fissato dallo stesso Istituto in 15 giorni, e quindi tale da escludere qualsiasi significativa interferenza con la celerità delle risposte ai cittadini. Le percentuali sono state del 99 per cento di pervenuto e validato entro i 15 giorni, quindi la totalità dei 300.000 verbali; questo fa sì che ci sia una centralità e una capacità di lettura di tutto il fenomeno dell'invalità sul territorio nazionale, o almeno un organismo centrale con compiti di supervisione: la commissione medica superiore, presieduta dal nostro responsabile sanitario, più una commissione composta da esperti (uno per settore) che entro 15 giorni dà la validazione definitiva.

Per quanto riguarda la supposta assenza di risposta da parte dell'Inps alle richieste dei cittadini, la Commissione medica superiore ha esaminato e definito oltre 1.000 richieste di riesame e solleciti, che ci pervengono appunto da cittadini e associazioni.

L'attuale contesto lascia prevedere per il 2012 un crescente disagio sociale tale da prospettare un incremento del numero delle domande. Inoltre, la contrazione generalizzata dei redditi comporterà un incremento delle prestazioni erogate. È ben noto, infatti, che l'invalidità è anche commisurata al reddito, ragion per cui – abbiamo avuto già nel 2011 questa sensazione – se si contraggono i redditi inevitabilmente le persone che prima, non avendo la capacità reddituale, non facevano domanda, oggi potrebbero farla: ci aspettiamo pertanto – e già i primi mesi lo dimostrano – un incremento delle domande per il 2012 non solo su patologie sanitarie ma secondo motivazioni reddituali, che prima non erano prese in considerazione dai cittadini. Di ausilio sarà senz'altro l'adozione di un verbale unico che, coerentemente con le linee programmatiche espresse dall'autorità di Governo, fornisca in un solo documento informazioni utili alla gestione di una pluralità di benefici, compresi quelli inerenti ad agevolazioni fiscali.

Altro punto fondamentale sarà il potenziamento delle sinergie con gli organismi pubblici coinvolti da specifici benefici assistenziali, come, per esempio, le autorità scolastiche per quanto attiene la programmazione di verifiche ordinarie su dipendenti del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca (Miur) o su loro familiari, e per la concessione dell'insegnante di sostegno; i comitati tecnici presso i centri provinciali per l'impiego; l'Agenzia delle entrate.

Non v'è dubbio che l'effettuazione diretta ed esclusiva dell'accertamento medico legale da parte di chi ha la responsabilità del giudizio finale costituirebbe una razionalizzazione del procedimento e una notevole semplificazione per i cittadini. In tal senso, peraltro, si è già espresso il legislatore dando la possibilità alle Regioni di convenzionarsi con l'Inps. Ad oggi ci sono attività per esempio con Sicilia, Lombardia, Veneto; si stanno definendo queste convenzioni, secondo quanto previsto dalla legge, per far sì che non sia il cittadino a doversi recare presso la ASL, ma siano i medici delle ASL a recarsi presso il nostro Istituto, dove troveranno l'informatizzazione completa. Questo agevolerebbe soprattutto le Regioni che non hanno ASL informatizzate e che potrebbero godere dei nostri benefici informatizzati. Con qualche Regione siamo in una fase apparentemente già avanzata.

La priorità dell'Istituto, sia laddove si pervenga all'auspicata riunificazione dell'accertamento, sia che si debba proseguire secondo l'attuale modello procedurale, resta comunque quella di vincolare l'erogazione di ogni beneficio assistenziale ad un adeguato accertamento del diritto. In questo senso è molto importante – il professor Piccioni potrà riferire nel merito perché ha fatto parte della Commissione – che si stia andando verso l'emanazione delle nuove tabelle valutative. Nel 2009 era stata istituita una Commissione incaricata in tal senso, che aveva inizialmente tempi di lavoro ristretti. Successivamente ci sono state alcune proroghe e a novembre, se non erro, la Commissione ha concluso i suoi lavori, attualmente all'attenzione del Ministero della salute per l'emanazione definitiva delle tabelle, che dovrebbe avvenire tramite decreto interministeriale

(Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze). In quest'opera di promozione del diritto e della legittimità, l'Inps ricercherà, ancor più che in passato, la cooperazione, a tutti i livelli, con le associazioni di volontariato, di categoria e con i patronati.

Mi fa piacere ricordare che le Commissioni presso l'Inps vedono rappresentate anche le associazioni di categoria; ciò significa che, quando i nostri medici visitano i pazienti sono presenti anche le associazioni nostre iscritte – che credo siano la maggiore parte – a garanzia dei pazienti visitati e, ove mai ci fosse il dubbio, della correttezza della procedura: l'Inps tiene molto a questo aspetto.

In merito alle verifiche straordinarie del 2011, abbiamo proseguito quanto stabilito con due provvedimenti legislativi dal Parlamento che prevedeva in quattro anni circa 800.000 visite: nel 2011 il tetto delle visite era di circa 250.000, alle quali ovviamente sono state sottratte tutte quelle che beneficiano dell'esenzione in base al decreto ministeriale, e quindi sono state effettuate solamente 160.000 visite.

Per quanto riguarda le verifiche straordinarie del 2012 e le prospettive, anche per l'anno 2012 – l'ultimo, se non erro, del piano di verifiche straordinarie – sono previste ulteriori 250.000 verifiche. La scelta del campione dovrà tener conto delle disomogeneità regionali già riscontrate, e si ritiene che l'obiettivo principale per l'attività di verifica straordinaria nell'anno 2012 debba essere il contrasto di privilegi ed illegalità.

Per quanto riguarda il contenzioso, l'andamento ha segnato una significativa riduzione della soccombenza Inps, successivamente all'entrata in vigore della legge n. 102 del 2009, relativamente all'alto numero di ricorsi presentati dai cittadini dinanzi al giudice: si è passati dal 51 per cento nel 2009 al 46 per cento nel 2010, al 39 per cento nel 2011.

Secondo una manovra dello scorso anno, a far data dal 1° gennaio di quest'anno, si è modificata la disciplina che interviene sul contenzioso civile, che in precedenza si incardinava come qualsiasi ricorso in due gradi; adesso viene richiesta una verifica preventiva da parte del medico di controparte e del medico dell'Inps; quindi, in base a tale accertamento tecnico preventivo, segue un unico grado di giudizio. Non abbiamo ancora alcun riscontro sull'incidenza di questo nuovo processo giudiziario rispetto al contenzioso di invalidità civile, ma riteniamo possa essere una procedura di velocizzazione nell'accertamento o no del diritto; quindi, nel caso di vittoria della controparte i tempi sarebbero molto più celeri. Non abbiamo dati a disposizione rispetto a questa nuova modalità presso i tribunali, essendo entrata in vigore il primo gennaio.

In conclusione, in relazione all'adeguamento dei criteri di intervento istituzionale sopra illustrati, si ritiene che il processo d'innovazione porterà nell'anno 2012 a risultati non confrontabili con quelli conseguiti nell'anno precedente.

Ciò che rileva ai fini della valutazione medico-legale in oggetto è la minorazione, sia che essa risulti secondaria ad esiti permanenti e stabilizzati di patologie pregresse, sia che si configuri come corteo funzionale connesso a patologie croniche ed evolutive. Per i cittadini in età lavorativa

(18-65 anni), la valutazione non può che essere quella deducibile, in via diretta o analogica, dalle tabelle vigenti.

Per quanto riguarda l'anno 2011, come già precisato abbiamo escluso dagli accertamenti circa 160.000 persone.

Inoltre, per i cittadini riconosciuti sordi ai sensi delle leggi n. 381 del 1970, n. 508 del 1988 e n. 95 del 2006, l'Istituto ha ritenuto che tale minorazione debba considerarsi di per sé idonea a ridurre l'autonomia personale e ad attribuirle una connotazione di gravità che non rende necessaria una nuova visita.

Per l'accertamento della cecità civile, l'Istituto ha trovato un interlocutore attento e propositivo nell'Unione italiana ciechi, con la quale interloquiamo.

In tema di indennità di accompagnamento, il coordinamento medico-legale generale Inps ha affrontato la materia con proprie linee guida cercando di fornire indicazioni operative che, coerenti con la norma di legge, garantiscano l'omogeneità dei giudizi.

Come è noto, l'Inps ha l'obiettivo di concludere l'intero *iter* amministrativo e sanitario, dalla domanda all'invio del verbale definitivo al cittadino, entro 120 giorni. Nelle Regioni dove il sistema è totalmente informatizzato tale obiettivo viene raggiunto. Purtroppo, fino a quando non avremo la completa informatizzazione in alcune Regioni o in alcune ASL di alcune Regioni, l'obiettivo dei 120 giorni non potrà essere raggiunto. A tale scopo, ci sforziamo di intervenire presso le Regioni e le ASL per cercare di velocizzare tutto il processo. Nel momento in cui la telematizzazione sarà conclusa, avremo una banca dati veramente fruibile e non confrontabile con la situazione del passato quando, essendo tutto cartaceo, non c'era alcun dato.

Molto spesso, purtroppo, vengono chiamate a visita persone che, in base o al decreto ministeriale 2 agosto 2007 o a patologie, non ne avrebbero necessità. Di questo ci scusiamo. Se non erro, ad oggi i casi in cui le ASL ci forniscono ancora i fascicoli di persone già invalide dovrebbero attestarsi attorno al 10-15 per cento. Noi purtroppo, non avendo neanche il fascicolo, siamo costretti a chiamare tali soggetti a visita, perché abbiamo solo un nome e un cognome. Nel momento in cui prima chiediamo e riceviamo la documentazione, possiamo completare il fascicolo e non sottoporre a visita le persone.

Riguardo alle considerazioni medico-legali, nel caso in cui non sarò in grado di rispondere personalmente ai quesiti posti, mi avvarrò dell'ausilio del professor Piccioni.

GRAMAZIO (*PdL*). Presidente Mastrapasqua, mi chiedo se non sia opportuno che gli accordi siglati dall'Inps con le Regioni siano considerati inderogabili. Può accadere ad esempio che una determinata Regione concluda un accordo con l'Inps che non coinvolga tutte le ASL. Sarebbe invece preferibile che un accordo bilaterale – chiamiamolo così – con una Regione valga per tutte le ASL, le quali non possono essere considerate una repubblica a parte. Ciò per evitare quella pluralità di accertamenti

delle ASL su soggetti che vantano un diritto già acquisito per quanto concerne l'invalidità civile. Ci sono persone che, pur avendo acquisito un diritto, vengono chiamate a visita dalla ASL che scarica la responsabilità sull'Inps, che a sua volta la scarica sulla ASL.

SBARBATI (*UDC-SVP-AUT:UV-MAIE-VN-MRE-PLI-PSI*). Presidente Mastrapasqua, mi collego alle considerazioni svolte dal senatore Gramazio per chiederle se non ritenga che ci sia bisogno di un aggiornamento della legge, per fare in modo che determinate procedure diventino cogenti e non siano discrezionali. Se ciò fosse necessario, spetterebbe al Parlamento intervenire nel merito.

In secondo luogo, rispetto al problema del falso grido d'allarme relativo ai falsi invalidi, vorrei sapere da lei quanto tempo occorrerà per evitare ulteriori visite a persone colpite da invalidità permanente. Quanto tempo occorrerà per informatizzare il sistema ed avere cognizione precisa di questi dati?

In terzo luogo, circa la necessità di una revisione delle percentuali di invalidità vorrei sapere se ad essa si procederà sulla base dei recenti dati dell'Organizzazione mondiale della sanità o di altri parametri. Dato che l'11^a Commissione è particolarmente interessata all'argomento, ci può dire se si stia lavorando a un innalzamento della percentuale di invalidità (46 per cento) riguardante la capacità lavorativa?

BIANCONI (*PdL*). Presidente Mastrapasqua, vorrei richiamare l'attenzione su una patologia specifica e su una discrepanza concernente il riconoscimento di tale malattia. Mi riferisco all'endometriosi, una malattia cronica a forte impatto sociale, con costi altissimi a livello psicologico, fisico e lavorativo, di cui sono affette 4 milioni di donne. Fortunatamente non tutte le donne colpite sono gravissime, infatti solo il 25 per cento delle persone affette da endometriosi sono ascrivibili al terzo grado di gravità. Si tenga conto che in Italia sono oltre 33 milioni le giornate lavorative perse durante l'anno, con una spesa, secondi fonti UE, di 6 miliardi di euro. Il 14 per cento delle donne è infatti costretto a rinunciare al proprio lavoro e un altro 14 per cento di esse deve diminuire pesantemente la propria attività lavorativa.

Come si sta attrezzando l'Inps rispetto a questa patologia? Nello specifico vorrei leggervi una *e-mail* che mi è stata inviata. «Le allego copia di documentazione che l'Inps mi ha rilasciato per certificare l'invalidità. Le faccio presente che con il 46 per cento di percentuale a me attribuita non si ha diritto a niente a parte il collocamento mirato». Ma anche questo è fondamentale per non fare smettere di lavorare le donne: con un'elasticità di giorni lavorativi rispetto alla propria patologia e ai propri dolori, le donne affette da tale patologia potrebbero continuare a lavorare serenamente. Parlando con un signora, anche lei affetta da endometriosi e plurioperata, ho saputo che, oltre al riconoscimento dell'invalidità del 33 per cento, le hanno riconosciuto una pensione di 465 euro. Parlandone

con i sindacati, mi hanno spiegato che non è una pensione di invalidità, ma un riconoscimento dell'Inps in base ai contributi versati.

MASTRAPASQUA. Quindi una pensione vera e propria.

BIANCONI (PdL). Questa situazione genera una confusione terribile. Vorrei da lei qualche chiarimento in proposito.

MASTRAPASQUA. La signora ha maturato una pensione previdenziale.

CASTIGLIONE (CN:GS-SI-PID-IB-FI). Signor Presidente, chiedo al dottor Mastrapasqua se non sia opportuno rivalutare la possibilità di accorciare i tempi tecnici e burocratici, quindi di accertamento sanitario, perché a mio avviso i vari passaggi (ASL, come presentazione della domanda, prima visita, Inps, commissione centrale) portano ad un allungamento dei tempi necessari ad alcune patologie per essere riconosciute come invalidanti e per poter accedere al beneficio economico. Mi riferisco a patologie post-ictali (un ictus ischemico ha bisogno di riabilitazione motoria), che non possono aspettare 4, 5 o 6 mesi, ma hanno la necessità di avere nell'immediato una risposta medico-legale che corrisponda, non solo all'invalidità, ma anche alla legge n. 104 del 1992, per poter accedere a tutti i servizi di riabilitazione. A mio avviso è necessario rivedere la dinamica dei troppi passaggi tra commissione medica (ASL) e commissione centrale (Inps). Tra l'altro, la commissione ASL visita sempre il paziente che fa l'istanza per essere riconosciuto invalido. Comunque, non è tanto l'assenza del medico Inps che fa richiamare a visita diretta l'interessato da parte della commissione, quanto la decisione del medico Inps – è una sua prerogativa – qualora verifichi la non coincidenza tra il verbale di accertamento e i requisiti medico-legali-sanitari. Da questo dipende anche la necessità di rendere funzionali e applicabili al più presto le nuove tabelle, perché dalle nostre parti – io sono siciliana – la patologia artrosica è molto frequente e molto diffusa. Purtroppo nelle tabelle attuali l'artrosi non figura nemmeno. Eppure sappiamo che può essere una patologia che va dal 10 al 100 per cento di invalidità, la cui valutazione molto spesso si affida alla sola discrezionalità del medico della commissione.

Un altro appunto per quanto riguarda il piano delle verifiche che vengono predisposte dalla commissione centrale. Io penso che le patologie croniche stabilizzate, come un esito di trauma cranico o un esito di una cerebropatia infantile con danni permanenti, non possano mai essere richiamate a visita di verifica dopo 10, 15 o 20 anni da quando si è certificata la sussistenza dei requisiti sanitari. Tra l'altro poi l'Inps manda dei verbali in cui bisogna far specificare al medico curante se la persona cammini o non cammini, se abbia danni ai nervi centrali o periferici, con domande che già presuppongono una invalidità stabilizzata. Ritengo sia doveroso risparmiare a questi pazienti, che hanno patologie ormai cronicizzate e stabilizzate, l'imbarazzo di essere richiamati a visita e di produrre

accertamenti a distanza di tanti anni dal danno organico. Questo ritengo sia fondamentale e indispensabile.

BIANCHI (*PdL*). Dottor Mastrapasqua, vorrei sapere se ora sia più agevole il percorso dei bambini oncologici, non soltanto per la necessità di una erogazione tempestiva delle provvidenze economiche, ma anche per quanto riguarda la fruizione del congedo da parte dei genitori, perché le terapie connesse al tumore rendono indispensabile, anche per l'aspetto psicologico, la presenza di un figura genitoriale al fianco del piccolo paziente.

Una seconda questione riguarda le associazioni di volontariato. Quelle storiche, che hanno sempre collaborato con l'Inps, hanno un facile accesso. Per le altre, invece, cosa succede?

SACCOMANNO (*PdL*). Presidente Mastrapasqua, anzitutto la ringrazio per la documentazione che ci ha portato e per le risposte che ci ha fornito.

La volta scorsa abbiamo avuto una seduta molto infuocata. Quella odierna mi pare molto più calma, non corrispondente a ciò che io stesso mi aspettavo. Tutti chiedevano che arrivasse Mastrapasqua. Mastrapasqua è arrivato, eppure vedo un ambiente molto sereno. C'è qualcosa che dobbiamo capire.

Partiamo da qualche dato che la scorsa volta era stato molto contestato. A livello Inps esistono dei *database* sulla tipologia delle invalidità riconosciute? Eventualmente, c'è una differenziazione per patologie, in modo da avere il termometro della situazione? Ci hanno detto che non esiste. A me sembra difficile che sia così, perché in tutti i libri di clinica medica, per ogni patologia importante, le prime quattro righe spiegano se si tratti o no di una malattia sociale ed evidenziano il relativo indice. Se non disponiamo di questi dati, qualche dubbio mi viene, o per il collega che ha scritto il libro o per l'Inps. Questi *database*, se esistono, che consistenza hanno? Come sono differenziati? Quali dati possiamo avere per età e patologia?

Le normative dovrebbero essere omogenee, soprattutto per quanto riguarda questa parte importante del *welfare*, che non può essere così differenziata, Regione per Regione o ASL per ASL. Qui la colpa è politica e non di Mastrapasqua, però vediamo se dalla collaborazione con Mastrapasqua riusciamo ad individuare una norma che divenga elemento di chiarezza e dia la certezza su questo tipo di percorso. Però abbiamo lamentato tutti (compresi i sindacati e le associazioni che abbiamo ascoltato) che c'è un tragitto estremamente lungo: primo esame, secondo esame, terzo esame; contenzioso tra primo e secondo esame. Già sul primo grado c'è un contenzioso di una certa importanza? Una cosa che non guasterebbe sapere è se abbiamo dati per stabilire se esistano isole di contenzioso accentuato, che può dipendere della territorialità, perché qualcuno se la può prendere con me, che sono terrone, perché in certe zone del Sud si fa sempre ricorso. Potrebbe essere così, però potrebbe anche dipendere dalle

commissioni. Per esempio, io non vedo un sistema di controllo sul funzionamento di questo sistema. Se tra la prima e la seconda visita c'è un'enorme discordanza, non può dipendere solo dalla qualità del tecnico, come lei scrive nella relazione. Potrebbe non essere questo. Potrebbe essere che non lavorano bene. Lo dico per i colleghi miei, gli ortopedici, che forse non lavorano bene. C'è qualcosa che non va, nel meccanismo, se c'è troppa differenza, perché non è che abbiamo messo insieme un alunno delle scuole elementari ed un universitario. Sono tutti e due colleghi, tutti e due specialisti.

Perché le chiedo questo dato? Perché non so se sia l'Inps deputato al controllo ovvero altri istituti, ma certamente questa è la dimostrazione che molto spesso quel percorso è inefficiente: una delle due visite va saltata; passiamo subito a quella più seria, se riteniamo la prima poco seria. Non abbiamo un sistema reale di controllo, ragion per cui dobbiamo intervenire su questo fronte e trovare una soluzione, concordemente con il suo suggerimento, che è molto più tecnico del mio. Io parlo per sentito dire, per quanto ho percepito, mentre lei è il presidente dell'Inps e ha tutti i dati a disposizione rispetto al contenzioso, ai *database*, a questa discrepanza tra prima e seconda visita.

In merito alle tabelle valutative, immagino non provengano dall'Organizzazione mondiale della sanità; così come le tabelle dell'Inail o di altri istituti, l'erogazione compete all'Inps, ma chi stabilisce le tabelle non è e non può essere l'Inps.

MASTRAPASQUA. Le tabelle impiegate attualmente risalgono ad un decreto ministeriale del 1992, ma nel 2009 si è istituita una Commissione *ad hoc* perché le tabelle medesime venissero aggiornate entro 12 mesi. Sono seguite diverse proroghe e attualmente la Commissione ha completato il suo lavoro e l'ha consegnato al Ministero della salute, che verosimilmente dovrebbe emanare un nuovo decreto interministeriale con le tabelle aggiornate, alle quali i medici delle ASL e dell'Inps si adegueranno.

SACCOMANNO (PdL). Rispetto al dato tabellare – mi sembra difficile ci sia un collegamento – c'è il riconoscimento dell'accompagnamento, che è una delle grandi esigenze di sostegno? Non abbiamo un'altra norma; è una valutazione diretta professionale della Commissione che stabilisce che con il 100 per cento di invalidità in determinate circostanze si può accedere anche ad un sussidio economico di accompagnamento.

MASTRAPASQUA. Si va fino al 100 per cento e a quel punto ci può essere l'accompagnamento.

SACCOMANNO (PdL). Ma non è una valutazione tabellata, è discrezionale.

PRESIDENTE. Non proprio.

SACCOMANNO (*PdL*). In gran parte mi sembra discrezionale, fermo restando che parlo sempre del percepito, non del realizzabile.

Presidente, un'indagine conoscitiva viene avviata non per andare contro qualcuno ma per tracciare un percorso migliorativo: questo dato, a mio avviso troppo discrezionale, deve trovare un indice che assicuri maggiori garanzie e facilitazioni e al contempo crei minori perplessità perché parliamo di soggetti invalidi al 100 per cento. Quindi, pur comprendendo l'esagerazione precedente, immagino che la Commissione abbia bisogno di un aiuto diretto e specifico, di un suggerimento tecnico che non può provenire solo da noi ma che può essere importante acquisire dalla presidenza dell'Inps.

ASTORE (*Misto-ParDem*). Signor Presidente, non mi soffermerò sulla problematica medico-legale, ma intervengo in quanto componente di una delle Commissioni oggi riunite. D'altra parte, un'indagine conoscitiva viene avviata, presidente, per produrre qualche atto legislativo o una relazione apposita che il Parlamento dovrà approvare; altrimenti non ha senso.

Al di là delle questioni particolari, voglio ricordare che il percorso avviato per il riconoscimento dell'invalidità civile è stato molto tormentato, anche per il rimpallo delle competenze tra lo Stato e le Regioni (non ripeterò l'*iter* che conoscete meglio di me). Si tratta di una criticità intollerabile, tenuto conto che sono in questione diritti inviolabili dei cittadini, soprattutto quelli più deboli, caro presidente: i soggetti che chiedono un'indennità di invalidità civile, considerato il livello di reddito che bisogna avere, sono i più bisognosi e i più poveri di questo Paese, e pertanto non possono sopportare i tempi attuali, e soprattutto che ci sia un tavolo in cui ognuno tiri la coperta: le Regioni da un lato, il Parlamento e lo Stato dall'altro.

Non appare confortante il dato secondo il quale solo il 42 per cento delle Regioni disporrebbe di sistemi informatizzati, essendo in stridente contrasto con altri dati in mio possesso secondo i quali negli ultimi tempi si registra un aumento delle spese regionali per l'informatizzazione di ordine generale. Non parliamo poi di come spesso questo bisogno sia stato utilizzato per questioni di tipo clientelare; spesso qualcuno ha anche approfittato della debolezza delle persone che fanno domanda. Secondo voi è possibile modificare la normativa in modo che le competenze sulle procedure di accertamento siano trasferite totalmente all'Inps oppure ciò è in contrasto con qualche principio di ordine costituzionale?

MASTRAPASQUA. No, non si può.

ASTORE (*Misto-ParDem*). Attenzione. Non dimentichiamo che la competenza primaria dello Stato è la difesa dei diritti elementari dei cittadini e in base a questo principio costituzionale e sacrosanto credo che alcuni interventi si possano mettere in campo, come in questi ultimi tempi si è fatto per la difesa dei cittadini. Mi sembra assurdo che ci sia diversità

di comportamento tra le ASL. In alcune Regioni i tempi sono assurdi; altro che tre mesi: non è vero; spesso la comunicazione dopo la prima visita della ASL arriva molti mesi dopo. Nel merito, presidente, possiamo lavorare per poter elaborare una soluzione nell'interesse della gente.

PRESIDENTE. Senatore Astore, lei pone problemi di architettura costituzionale sui quali siamo più competenti noi come legislatori.

BIONDELLI (*PD*). Presidente Mastrapasqua, innanzi tutto reputo molto pesante il dato del 58 per cento relativamente alle ASL che ancora non dispongono di sistemi informatizzati.

Ho condiviso l'intervento della senatrice Sbarbati sulle invalidità permanenti, ragion per cui mi associo alle sue domande.

Per quanto concerne il malato oncologico – la collega Bianchi ha citato il caso specifico dei bambini – lei ha detto che 15 giorni per la procedura di accertamento sono un termine medio. Vorrei però farle notare che ci sono patologie neurodegenerative molto più veloci rispetto ad alcune patologie oncologiche: mi riferisco ai malati di SLA, per esempio, che hanno davanti veramente pochi mesi di vita, quando va bene un anno.

In merito alle tabelle valutative, nell'indagine conoscitiva sull'HIV avevamo chiesto che fossero aggiornate perché la patologia è cambiata negli anni, grazie a Dio, e ai farmaci naturalmente: le persone malate muoiono sicuramente meno; anzi la mortalità è diminuita tantissimo. Tuttavia, permangono sicuramente patologie importanti, cardiologiche piuttosto che renali, ragion per cui avevamo segnalato al tempo la necessità di un aggiornamento delle tabelle.

Per quanto riguarda la partecipazione dei medici Inps alle sedute, lei ha dichiarato nella sua relazione che essa si attesta nel 2011 a circa il 46 per cento. Sarebbe opportuno che questa presenza raggiungesse percentuali sensibilmente più alte o che fosse sempre assicurata; diversamente, tale partecipazione non avrebbe ragion d'essere.

Nella geografia della tutela assistenziale le valutazioni medico-legali sono molto diverse da Regione a Regione, se non da Provincia a Provincia. Non mi sembra che la Commissione medica superiore dell'Inps abbia effettivamente eliminato questo problema. Bisognerebbe forse fissare dei parametri più equi da utilizzare in tutte le Regioni.

TOMASSINI (*PdL*). Permettetemi di rivolgere dei complimenti davvero sentiti alla senatrice Biondelli, perché è lei la promotrice di questa indagine conoscitiva. Anche per l'attenzione che sta suscitando tra i colleghi senatori, quella della senatrice Biondelli si è dimostrata un'iniziativa quanto mai opportuna.

Vorrei sottolineare che in questa sede sono state ricordate delle indagini conoscitive in cui, da Presidente della 12^a Commissione, ho sempre creduto, e ricordo al senatore Astore che esse sono state spesso prese in considerazione per l'elaborazione di importanti linee guida e provvedimenti legislativi. Ricordo che la Commissione sanità ha svolto indagini

in tema di osteoporosi, di endometriosi (entrambe considerate a livello di politica europea e non solo nazionale) e di malattie reumatiche. Tutte si sono caratterizzate per la qualità dei suggerimenti avanzati, ma abbiamo l'impressione che poche di queste proposte siano state prese in considerazione dall'Inps. Le relazioni delle nostre procedure informative sono documenti che la Commissione ha consegnato ufficialmente e che devono diventare operativi, soprattutto perché riguardano una politica di genere oggi indilazionabile, con evidenti riflessi sulle pari opportunità.

Ho molto apprezzato quando il presidente all'inizio della seduta ha ricordato come gli accertamenti siano stati contenuti rispetto alla platea di quelli ipotizzati. Come è stato possibile consentire che si diffondesse una differente percezione nei dati e nelle informazioni riportate, visto che nella realtà l'eccesso di abusi non risulta essere vero? Quale strumento intende adottare l'Inps per garantire una comunicazione che non crei un infondato allarme sociale o una distorsione delle percezioni su un fenomeno così importante?

L'ultimo argomento che vorrei affrontare concerne il procedimento di accesso alla legge n. 104 del 1992. Il problema non ricade interamente sull'Inps, a cui ne compete solo una parte, per cui è necessario che venga maturato a livello più generale per tutti coloro che sono coinvolti dall'applicazione di tale legge, che non può essere una sorta di lotteria per cui vi sono persone che possono considerarsi fortunate perché riescono ad accedere ai benefici, ed altri che non ci riescono. Vi sono differenze regionali e nelle singole commissioni, ma vi sono due aspetti che dobbiamo salvaguardare: vi è una cronicità assoluta che va considerata con un doveroso rispetto (e di questo altri colleghi hanno già parlato), e la necessità di orientarsi, considerata la tendenza costante all'abbattimento degli sprechi, a una maggiore flessibilità attraverso una scala diversa che tenga maggiormente conto dell'ambito sanitario territoriale, creando un sistema *hub & spoke*.

Mi aspetto proposte precise su questo terreno, al di là della questione delle linee operative e della riduzione delle differenze, perché l'obiettivo è di disporre di un sistema che preveda la necessaria partecipazione della sanità per quanto concerne la forma della previdenza.

PRESIDENTE. Approfitto per porre un'ultima domanda che riguarda dati di ordine statistico da acquisire presso l'Istituto. Lei sa benissimo, presidente Mastrapasqua, che nel luglio 2011 è stato emanato un decreto-legge che stabilisce un accertamento tecnico preventivo, quindi mi ricollego agli accenni seppure fugaci fatti da due colleghi precedentemente, in ordine al contenzioso; per passare alla fase del contenzioso è necessario un accertamento tecnico preventivo. Si pensi che, su 5 milioni di cause pendenti, ben il 20 per cento interessa l'Inps.

L'accertamento tecnico preventivo dovrebbe servire, nell'intenzione del legislatore, a smaltire o a ridurre il carico del contenzioso. Questo però obbliga il vostro ufficio legale ad essere presente nel momento dell'accertamento. Poiché i consulenti tecnici di parte possono autonoma-

mente fissare il giorno della visita, indipendentemente dalle esigenze organizzative dell'Inps, vorrei sapere se questo vi abbia creato dei problemi e quali benefici voi abbiate ricavato finora da questo provvedimento, sia in termini percentuali sia con riferimento a particolari patologie.

Ricordo ai senatori che desiderino chiarimenti basati su dati da acquisire dall'Inps che potranno valutare se porre i rispettivi quesiti in forma scritta.

In relazione all'imminente inizio dei lavori dell'Assemblea e del numero di iscritti a parlare, apprezzo le circostanze e rinvio il seguito dell'audizione e dell'indagine conoscitiva in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 16,30.

