



Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 5

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

**COMMISSIONI RIUNITE**

11<sup>a</sup> (Lavoro, previdenza sociale) e 12<sup>a</sup> (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

5<sup>a</sup> seduta: martedì 3 luglio 2012

Presidenza del presidente della 11<sup>a</sup> Commissione GIULIANO

**I N D I C E****Seguito dell'audizione del presidente dell'Inps Antonio Mastrapasqua**

PRESIDENTE . . . . .	Pag. 3, 5, 10 e <i>passim</i>	* MASTRAPASQUA . . . . .	Pag. 5, 10, 17 e <i>passim</i>
CHIAROMONTE (PD) . . . . .	4	PICCIONI . . . . .	5
* GHEDINI (PD) . . . . .	3	* USELLI . . . . .	17

---

**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.*

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

*I lavori hanno inizio alle ore 15,30.*

#### PROCEDURE INFORMATIVE

##### **Seguito dell'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 27 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 in programma il seguito dell'audizione del presidente dell'INPS. Sono oggi presenti, oltre al presidente, dottor Antonio Mastrapasqua, il dottor Marco Barbieri, direttore centrale comunicazioni, il professor Massimo Piccioni, coordinatore generale medico legale, e il dottor Gabriele Uselli, direttore centrale pensioni.

Ricordo che nella seduta del 27 giugno scorso il presidente Mastrapasqua aveva svolto il proprio intervento ed erano intervenuti per porre quesiti i senatori Gramazio, Sbarbati, Bianconi, Castiglione, Bianchi, Saccomanno, Astore, Biondelli e i presidenti Tomassini e Giuliano. Si erano inoltre iscritte a parlare la senatrice Ghedini, che nel frattempo ha inviato alcune domande scritte (che potrà integrare con altri quesiti), e la senatrice Poli Bortone, cui si è aggiunta da ultimo la senatrice Chiaromonte.

Cedo la parola alla senatrice Ghedini.

GHEDINI (PD). Signor Presidente, intervengo per rendere noto ai colleghi commissari, non essendo intervenuta nella scorsa seduta e premettendo che uno degli scopi dell'indagine conoscitiva è capire se gli obiettivi di maggiore equità, efficace ed efficienza del sistema di riconoscimento delle provvidenze al riscontro delle invalidità si stiano raggiun-

gendo, in quali tempi e con quali risultati, che ho inoltrato alla Presidenza della Commissione, perché li rivolga all'Inps, alcuni quesiti di carattere quantitativo chiedendo, in particolare, quali siano i costi medi che l'Inps in sé e il sistema in generale (composto da Inps e aziende sanitarie), sostengono per la realizzazione di ciascuna procedura di accertamento, quali siano i dati quantitativi e i costi del contenzioso. Questo integra il quesito del Presidente.

Il dottor Mastrapasqua ci ha reso noto un miglioramento del posizionamento Inps rispetto agli esiti del contenzioso nel corso degli anni. Credo sia interessante sapere quali siano i costi che si sostengono per tale contenzioso.

Chiedo se esista una valutazione dei costi sostenuti dai soggetti che richiedono l'accertamento e, segnatamente, dalle famiglie, a fronte della informatizzazione della procedura.

Ad integrazione di un quesito già posto da un altro collega, le chiedo se esistano dati di segmentazione delle patologie e, in particolare, se sia possibile rilevare esiti diversi degli accertamenti (cioè una particolare concentrazione di esiti positivi o negativi degli accertamenti) a fronte di singole patologie.

CHIAROMONTE (*PD*). Presidente, ci rivolgiamo al presidente dell'Inps ma, in particolare, era mia intenzione riprendere brevemente un passaggio dell'intervento del senatore Tomassini, con il quale abbiamo chiuso l'ultima seduta, e alcune richieste che aveva riformulato la senatrice Biondelli riguardo ad una serie di malattie e all'assenza di risposte all'interno delle tabelle dell'Inps a questo proposito.

Il senatore Tomassini, in particolare, aveva sottolineato un punto che la senatrice Biondelli non aveva rilevato in maniera esplicita (sebbene alla conclusione dell'indagine conoscitiva sulle malattie degenerative era stato esplicitamente evocato, proprio l'8 marzo), relativamente al fatto che le malattie degenerative riguardano in particolare le donne. L'8 marzo è stata presentata alla Commissione igiene e sanità la conclusione dell'indagine conoscitiva, con dati molto precisi e molto puntuali a seguito di un lunghissimo lavoro di indagine, di inchieste e di audizioni. Dall'8 marzo è trascorso, come si evince dall'intervento che sto svolgendo e dagli interventi del senatore Tomassini e della senatrice Biondelli, moltissimo tempo, troppo rispetto ai dati che noi abbiamo presentato pubblicamente (e, quindi, esplicitamente all'Inps) chiedendo che venissero inserite esplicitamente le problematiche delle malattie degenerative e che trovassero una loro collocazione all'interno delle tabelle dell'Inps. Non abbiamo ricevuto alcuna risposta, e questo è un elemento molto grave, che noi riteniamo (ringraziando perciò anche chi ha voluto questa audizione in seduta congiunta di queste due Commissioni) sia giusto sottolineare nuovamente.

Soprattutto, ci domandiamo come mai trascorra così tanto tempo. Se trascorre così tanto tempo da una richiesta esplicita da parte di una Commissione parlamentare, figurarsi cosa accade all'individuo, alla cittadina, alla donna sola che non ha i mezzi per avere aiuto e assistenza, non

solo da parte della sanità, ma – evidentemente – anche da parte dell’Inps, come invece sarebbe legittimo aspettarsi.

**PRESIDENTE.** Ringrazio gli intervenuti e do la parola al presidente Mastrapasqua per la replica.

**MASTRAPASQUA.** Ringrazio il presidente Giuliano e il presidente Tomassini. Se le senatrici e i senatori lo permettono, noi avremmo preparato un documento, comunque e in ogni caso, ma chiederei inizialmente, se i presenti sono d’accordo, al professor Piccioni di rispondere a tutte le problematiche di carattere più sanitario, sulle quali ovviamente il coordinatore medico legale dell’istituto ha più competenza, riservandosi il presidente di rispondere alle questioni che non hanno una stretta rilevanza sanitaria (sulle quali sicuramente ho meno titolo per poter rispondere).

**PICCIONI.** Signor Presidente, nella mia risposta seguirò l’ordine degli interventi della seduta precedente. In diversi interventi (in particolare il senatore Gramazio e il senatore Astore) è stata posta la questione dell’inquadramento, in generale, delle disabilità e della necessità di unitarietà degli interventi così come del superamento delle frammentazioni di competenze. La questione è ritornata – ripeto – in diversi interventi.

Ritengo allora che giovi richiamare alla memoria il quadro attuale su cui agiamo in riferimento alla tutela della disabilità, che trae origine, come è noto, dall’articolo 38 della Costituzione; inoltre, poiché abbiamo parlato della tabella del 1992, oggi siamo in presenza dell’applicazione di una legge, la n. 118 del 1971, in cui la tutela della disabilità si esprime attraverso l’accertamento di condizioni di menomazione dell’efficienza psico-fisica. Quindi, questo è un dato biologico in sé per sé considerato. La menomazione è intesa come qualsiasi alterazione, sia anatomica che funzionale, fisica o psichica, derivata da malattia, infortunio o malformazione, che comporti la compromissione dell’efficienza fisica e psichica della persona in relazione sia al rischio tutelato che alla capacità di lavoro del soggetto.

Per un corretto inquadramento, giova anche definire il concetto di menomazione, che è propriamente funzionale e che si riferisce all’abolizione o alla riduzione delle attività organiche diverse, da cui derivano disfunzioni motorie, sensoriali, psichiche, neurovegetative, le quali si ripercuotono sfavorevolmente sulla persona. Così come, accanto alla definizione del concetto di menomazione, vanno definiti altri concetti, ad integrazione di quanto contenuto, tra l’altro, nella relazione introduttiva, sotto il titolo «Considerazioni medico legali», già agli atti della Commissione.

Alcuni concetti medico legali sono di fondamentale importanza (e poi arriverò anche alla definizione di malattie cronico degenerative) quando si parla di infermità, così come fa la legge, per indicare una qualsiasi malattia, o stato morboso, o condizione patologica del corpo o della mente.

Infermità che è un concetto diverso da malattia che, al contrario, costituisce una modificazione peggiorativa dello stato anteriore del soggetto

a carattere dinamico, estrinsecantesi in un disordine funzionale apprezzabile, il quale determina una effettiva limitazione della vita organica, soprattutto della vita di relazione, e richiede un intervento terapeutico, anche se modesto.

Ora, il complesso del quadro attuale dell'ordinamento giuridico sulla tutela assistenziale non può prescindere da un accertamento di competenza medico legale, in cui l'aspetto fondamentale, a proposito della definizione di menomazione, è la qualifica del carattere di permanenza della stessa. Permanenza che, secondo gli attuali orientamenti dottrinari e giurisprudenziali, non significa una condizione immutabile e non sanabile ma, più realisticamente, fa riferimento a una situazione biologica non transitoria, durevole a tempo indeterminato, senza previsione di guarigione o miglioramento in tempi brevi. Questo concetto del carattere della permanenza esclude, ovviamente, tutte quelle menomazioni che hanno, invece, un carattere temporaneo.

Il concetto della permanenza, tra l'altro, è il requisito sul quale si basa l'attività di verifica straordinaria dell'istituto. Io cercherò, sinteticamente, di riassumere il ruolo dell'istituto, proprio secondo questi due filoni: quello dell'attività di verifica straordinaria, cioè del piano delle verifiche straordinarie, in cui, dal punto di vista medico legale, va accertata la permanenza del requisito sanitario nel tempo; l'altro requisito, quello che riguarda la sussistenza, quale fatto biologico produttivo di effetti giuridici (in specie, produttivo della costituzione del diritto ad una prestazione assistenziale) è il fondamento dell'attività di verifica ordinaria dell'istituto, che noi possiamo tradurre, per semplificazione, come attività di verifica su soggetti che hanno in godimento un beneficio assistenziale. Il secondo campo, invece, è quello in cui il cittadino per la prima volta richiede il riconoscimento di una prestazione assistenziale.

L'oggetto della presente audizione fa riferimento, come ho detto, alle patologie cronico degenerative di uomo e donna (mi sia qui consentito dirlo) e per questo merita una sottolineatura, al fine di differenziare la malattia cronica (ed è importante che questo venga sottolineato) che non è sinonimo di malattia permanente.

Infatti la malattia cronica è una definizione prettamente clinica, prognostica e terapeutica, indicativa di una malattia di lunga durata, lunga quanto la vita del soggetto, da cui non si guarisce; la permanenza è, invece, un concetto medico-legale, che indica il perdurare dei riflessi menomativi nei diversi ambiti di tutela, in cui il fatto nosologico assume rilievo giuridico.

Un'ulteriore questione posta da alcuni interventi, tra cui quello della senatrice Castiglione, esigono l'esplicitazione del giudizio di rivedibilità nell'ambito del concetto medico-legale di permanenza.

Infatti la revisione va intesa come il riscontro, ossia la verifica effettuata a distanza di tempo ed attuata per controllare che permangano le condizioni che hanno, a suo tempo, dato luogo al riconoscimento dell'invalidità, secondo il concetto di permanenza relativa e non assoluta, come già detto in precedenza.

Non intendo addentrarmi nei diversi ambiti, perché quando si parla di disabilità in generale, in realtà, al suo interno vanno ricomprese alcune categorie di disabilità in ambito assistenziale, che riguardano l'invalidità civile per i soggetti in età compresa tra i 18 e i 65 anni, in cui il rischio tutelato è la generica capacità di lavoro, e i soggetti al di sotto dei 18 anni o oltre i 65 anni, per i quali il rischio tutelato è rappresentato dalla difficoltà persistente a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età. Vi è poi l'indennità di accompagnamento, in cui il rischio tutelato è la perdita di autonomia. Con la legge n. 68 del 1999 l'oggetto della tutela non è la compromissione della capacità lavorativa generica, ma l'apprezzamento della capacità lavorativa residua ai fini del collocamento mirato.

Un'altra area di tutela è quella relativa ai ciechi e ai sordi, in cui il rischio tutelato è la specifica minorazione.

Per quanto riguarda l'*handicap*, il rischio tutelato non è la menomazione in quanto tale, ma lo svantaggio sociale indotto dalla menomazione.

Certamente la questione più complessa riguarda i requisiti sanitari per il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, nel momento in cui il legislatore fa riferimento agli atti quotidiani della vita (un ambito in cui anche la giurisprudenza ha avuto diversi orientamenti negli anni), confermando, tra l'altro, la norma il carattere continuativo dell'assistenza.

Per quanto riguarda la deambulazione, si ribadisce il carattere permanente dell'aiuto a cui hanno fatto riscontro diverse sentenze della sezione lavoro della Cassazione Civile, non sempre di univoca interpretazione.

In alcuni autorevoli interventi della senatrice Sbarbati, del senatore Saccomanno e della senatrice Castiglione sono stati richiesti chiarimenti sulle modalità attuative delle norme da parte dell'Inps, sia in materia di verifiche ordinarie che di verifiche straordinarie, al fine di realizzare una semplificazione delle varie fasi con relativa accelerazione dei relativi tempi, a cui si è associato il senatore Astore che si è espresso per l'unitarietà dell'intervento da parte di un unico soggetto istituzionale. Questo capitolo viene lasciato agli atti della Commissione per ragioni di tempo.

Vorrei invece soffermarmi su aspetti più particolari e attinenti alla mia funzione che hanno caratterizzato gli interventi della senatrice Sbarbati, del senatore Saccomanno e della senatrice Biondelli, che hanno posto l'esigenza di una revisione e di un aggiornamento delle tabelle di invalidità civile, facendo riferimento anche a indicazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità. Anche la senatrice Chiaromonte aveva manifestato la stessa esigenza. Senza ripercorrere l'*iter* della commissione istituita presso il Ministero della salute, va detto che, in realtà, questa commissione è stata chiamata ad operare per l'aggiornamento delle tabelle indicative delle percentuali d'invalidità civile a normativa vigente. Di conseguenza, in quest'ambito, la classificazione internazionale dell'OMS e la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute, non hanno potuto trovare applicazione per l'attualità normativa di riferimento che non consente *tout court* la sostituzione con il modello bio-psico-sociale, che invece è di fondamentale riferimento per l'accerta-

mento dello svantaggio sociale in merito a quanto previsto dalla legge n. 104 del 1992.

La senatrice Biondelli ha poi fatto riferimento alla sclerosi laterale amiotrofica. Pur in assenza di una specifica voce tabellare tra quelle emanate con decreto ministeriale del 5 febbraio 1992, è stato effettuato un costante monitoraggio da parte del nostro istituto e, quindi, abbiamo dei dati che possiamo mettere a vostra disposizione. Abbiamo registrato un totale di 375.320 verbali definiti telematicamente.

Nel confermare quanto espresso dal presidente nella relazione introduttiva, vorrei rilevare che i nostri dati telematici risentono dell'incompleta telematizzazione dei verbali da parte delle ASL, per cui non posso che fare riferimento a ciò che è telematico. Nel 2011 i verbali definiti telematicamente sono stati 375.320 con 490 diagnosi di SLA, pari allo 0,1 per cento. La quasi totalità è risultata associata al riconoscimento di prestazioni economiche e all'applicazione del decreto ministeriale 2 agosto 2007 senza ulteriori visite di controllo.

La senatrice Biondelli ha poi posto l'accento sulle nuove tabelle per i malati di HIV. Al riguardo devo dire che la clinica ha aiutato quello che era il limite che faceva riferimento esclusivamente al conteggio dei linfociti CD4; pertanto, secondo la classificazione di Atlanta, nelle nuove tabelle sono previsti tre diversi stadi: infezione acuta asintomatica, infezione sintomatica e condizioni relative all'AIDS.

Per questo le nuove tabelle prevedranno una graduazione delle percentuali invalidanti fino al riconoscimento dell'inabilità assoluta del 100 per cento. Quanti sono stati i casi in assistenza sociale? Nel 2011 sullo stesso campione sono stati 619, pari allo 0,2 per cento.

Infine l'altra patologia evidenziata dalla senatrice Bianconi riguarda l'endometriosi, su cui la Commissione si è soffermata già in altre occasioni.

Riprendo gli atti del 2006 in cui veniva citato come dato una prevalenza di 2.902.873 affette da endometriosi, su una popolazione stimata di 58 milioni di donne. Su questo c'è da dire che le tabelle ministeriali attuali non prevedono una specifica voce riferita a questa patologia, che sarà invece prevista dalle nuove tabelle di invalidità civile, individuando per l'endometriosi tre diverse classificazioni a seconda dello stadio di gravità. Per quanto riguarda la nostra rilevazione, nel 2011 su un totale di verbali definiti in soggetti di sesso femminile, pari a 211.000, i casi di prima diagnosi di endometriosi sono stati 33 e, di questi, i due terzi hanno comportato un giudizio invalidante utile al collocamento mirato, come auspicato dalla senatrice Bianconi.

Le nuove tabelle ricomprenderanno anche la malattia artrosica, soprattutto con riferimento alle limitazioni funzionali, mentre di grande interesse per il nostro istituto è quanto evidenziato dalla senatrice Bianchi che ha introdotto la questione della cooperazione con le associazioni di volontariato e di categoria, non solo quelle previste da norme di legge, mi riferisco all'Associazione nazionale mutilati e invalidi civili (Anmic), all'Associazione nazionale fra lavoratori mutilati e invalidi del lavoro

(Anmil), all'Ente nazionale sordi (ENS), all'Unione italiana dei ciechi e degli ipovedenti e all'Unione nazionale mutilati per servizio (Unms). I rapporti con queste associazioni sono stati costantemente tenuti dal nostro istituto, e non solo con quelle storiche, tanto che abbiamo emanato disposizioni per il riconoscimento ai sordi dell'*handicap* grave, accogliendo così le sollecitazioni del presidente Tomassini.

Vorrei rilevare che proprio il mondo associazionistico riveste per l'Inps un'importante rilevanza sociale. Cito qui solamente i rapporti più stretti con il mondo dell'associazionismo ed, in particolare, la collaborazione con l'Associazione italiana malati di cancro, parenti e amici (Aimac) e la Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia (Favo); la collaborazione con l'Associazione italiana sclerosi multipla (AISM), la Federazione italiana superamento *handicap* (FISH), l'Associazione nazionale invalidi esiti di poliomielite ed altri invalidi civili (Aniep); la collaborazione con il Coordinamento nazionale associazioni delle persone con sindrome di Down (CoorDow). Credo che a tale riguardo l'Inps abbia dato un contributo notevole al processo di omogeneizzazione, emanando delle linee guida in cui ai soggetti affetti da sindrome di Down va riconosciuto il diritto all'indennità di accompagnamento e l'applicazione dell'esonero da ulteriori controlli, vista l'impossibilità di modificare una patologia cromosomica.

È nata una collaborazione con la Fondazione italiana talassemia e l'Associazione trisomia 21, Autismo e futuro e con altre associazioni il cui elenco consegnerò agli Uffici della Commissione.

Faccio solo una segnalazione. È opportuno sottolineare che con Cittadinanzattiva vi è stato un serrato dibattito in merito ad alcune critiche mosse da tale associazione e, pur avendo gli organi dell'istituto fornito puntuali ed esaustive risposte, non si è potuto raggiungere un obiettivo di sintesi. Peraltro, in ambito di invalidità civile, la *customer satisfaction* dei cittadini è purtroppo influenzata da quella platea fisiologica di delusi che non vedono esaudite le loro personali aspettative, convinti che la loro condizione sia meritevole di un giudizio più favorevole. Tuttavia nello spirito di collaborazione che contraddistingue da sempre l'operato dell'Inps abbiamo già avviato, in occasione della nomina dei nuovi vertici, un primo contatto per fissare un incontro onde affrontare con rinnovato spirito propositivo le tematiche su cui non è stato possibile giungere a un punto di sintesi costruttiva.

Sempre la senatrice Bianchi ha parlato dei pazienti oncologici, che costituiscono la prima causa invalidante e ciò pone l'esigenza di una puntuale applicazione della legge n. 80 del 2006, che ha trovato piena applicazione da parte dell'Inps, ma non sempre da parte delle ASL, cui compete l'obbligo della convocazione a visita dei pazienti affetti da tale patologia entro quindici giorni dalla presentazione della domanda. Una possibile soluzione del problema potrebbe essere quella di coinvolgere direttamente l'Inps, che in caso di mancata convocazione a visita entro i tempi di legge potrebbe essere chiamato ad effettuare direttamente l'accertamento di prima istanza attraverso una virtuosa sussidiarietà.

Appare, altresì, opportuno prevedere il riconoscimento dell'*handicap* grave ai minori affetti da patologie oncologiche, come detto precedentemente per i sordi. In conclusione, sembra logico proporre, come è stato sollecitato dalla senatrice Castiglione, che l'*iter* accelerato debba essere previsto anche per tutte le altre patologie gravi e avendo a riferimento le patologie indicate nel decreto ministeriale del 2 agosto 2007.

I dati sull'epidemiologia forense, che si occupa delle cause invalidanti presenti nel nostro sistema informativo, evidenziano come noi abbiamo solo un'epidemiologia dell'esito delle domande e non un'epidemiologia della domanda perché il certificato introduttivo da parte del medico curante non prevede l'obbligo dell'apposizione del codice nosologico. Nonostante tutte le domande telematizzate dobbiamo, dal punto di vista epidemiologico, fare riferimento solo all'esito delle stesse per verbali compilati informaticamente. Abbiamo i principali gruppi nosologici causa di invalidità distinti, a seconda se l'ambito sia quello delle verifiche straordinarie o ordinarie, per fasce di età e per prestazioni economiche. Vale la pena ricordare che nel 2010-2011 cinque sono i principali gruppi di patologia di cui il 26 per cento rappresentato da tumori, il 19 per cento da disturbi psichici, il 17 per cento da malattie del sistema nervoso e dei sensi, il 12 per cento da malattie del sistema cardiocircolatorio. Se si scende nel particolare, troviamo che, nei minori l'incidenza prevalente è rappresentata dalle malattie genetiche e cromosomiche, così come negli ultra sessantacinquenni dalle malattie neurologiche e neuro-psichiatriche.

PRESIDENTE. La ringrazio per i dati che ci ha fornito, ma molti degli interrogativi posti dai colleghi sono rimasti inevasi. Lei opportunamente ha fatto una panoramica dei vari concetti di cronicità, permanenza e disabilità con qualche riferimento giurisprudenziale che davamo per conosciuto, ma molte delle pressanti richieste pervenute dai colleghi commissari hanno ancora necessità di una chiarificazione. Si voleva conoscere come è organizzato il sistema dell'Inps, fin dove riesca ad arrivare la capacità del patrimonio telematico dell'Inps e quali dati riesca ad assicurare, al di là di quelli che pervengono all'istituto *de relato*. Si volevano conoscere i tempi dell'accertamento, la ripetitività di alcuni atti ritenuti superflui, data la natura della malattia come nel caso dell'arto amputato o di casi che non richiedevano ulteriori accertamenti. Ci interessavano anche i dati specifici in ordine al costo del contenzioso e ai risultati che offre in rapporto all'impegno sia economico sia di forze. Sinora su questo ancora non abbiamo ricevuto una risposta soddisfacente.

Mi rendo conto, però, che il professor Piccioni ha trattato l'aspetto medico in ordine a questo panorama piuttosto che l'aspetto organizzativo. Spero che da parte del presidente perverranno queste chiarificazioni e integrazioni.

MASTRAPASQUA. Cercherò di ripercorrere le domande poste omettendo le risposte di carattere sanitario e riservandomi quelle di carattere organizzativo.

Il senatore Gramazio aveva posto il problema dei rapporti con le ASL e se l'ipotesi di un accordo bilaterale tra Inps e Regione potesse essere cogente per tutte le ASL di una stessa Regione. Noi siamo andati sin dall'inizio verso un rapporto tra direzione regionale Inps e assessorato regionale della sanità o del lavoro, a seconda se nelle Regioni sia trattato dalla sanità o dall'assessorato al lavoro e servizi sociali. I protocolli sono comunque effettuati direttamente con le Regioni. Indubbiamente il Lazio è un esempio evidente. Per quanto riguarda l'Inps, l'applicazione del protocollo viene effettuata dalla stessa Inps; per quanto riguarda la Regione, è chiaro che dalla firma del protocollo da parte dell'assessore all'applicazione da parte delle singole ASL e, nelle singole ASL, delle singole commissioni mediche indubbiamente esistono dei problemi d'applicazione non solo da parte delle ASL, ma anche all'interno della stessa ASL – nel Lazio abbiamo un paio di esempi – da parte di alcune commissioni. In base alle norme a nostra disposizione e alle capacità, oltre che firmare un protocollo con la Regione che dovrebbe imporre e essere cogente per le singole ASL, noi non facciamo altro che adoperarci in un rapporto singolo con le singole ASL. Esiste una Regione del Sud dove le singole ASL hanno un sistema informativo diverso a seconda delle Province. La Regione ha firmato il protocollo con l'Inps. All'Inps è stato richiesto non solo di fornire gli applicativi, ma di adattarli per ogni Provincia e ASL contenuta nella Provincia. Questo produce un lavoro sicuramente dovuto ma faticoso per l'Inps – questo è l'impatto negativo che si ha sulla cittadinanza – e una diversità di trattamento da parte dei singoli cittadini, a seconda che risiedano in una Regione, in una Provincia o in un'ASL anziché in un'altra. Con gli strumenti a nostra disposizione non possiamo che fare una *moral suasion* sui vertici regionali, mentre i nostri tecnici e direttori provinciali agiscono sulle singole ASL e presidi. Le percentuali d'incremento di collaborazione applicativa stanno crescendo non certo con le percentuali che noi ci aspettavamo. Questo si lega alla domanda posta dal Presidente sui ritardi.

Si è verificato che nelle ASL dove il sistema è totalmente informatizzato i tempi sono ovviamente brevissimi, perché, consentendo il sistema alla stessa Inps di fissare il calendario della visita, nel momento in cui una persona invia la domanda in automatico viene fissato il giorno della visita e, in automatico, il giorno della visita viene poi rimandato il verbale telematico.

Dove uno di questi passaggi, purtroppo, non avviene in via telematica, è chiaro che il sistema si blocca totalmente e, indubbiamente (e qui lo confermo, perché purtroppo è una brutta realtà), chi paga di queste disfunzioni è solo ed esclusivamente il cittadino, nei confronti del quale l'Inps non può far niente di più che essersi adoperata, ancorché la legge prevedesse la telematizzazione, a reinserire manualmente la totalità dei verbali, che a noi pervengono manuali.

E anche qui, non è solo per una giustificazione ma per una presa di concretezza, devo ribadire che i verbali manuali sono incompleti la maggior parte delle volte, perché non risulta compilato il totale dei campi che

rendono il verbale liquidabile; quindi arrivano dei verbali dalle ASL che noi dobbiamo lavorare. Tutti i verbali che tecnicamente sono definiti scaricati (perché non si è riusciti a compilare il 100 per cento dei campi e quindi le prestazioni non sarebbero poi erogabili) devono tornare alle ASL, che li debbono ricompilare, ancora una volta manualmente, per poi rimandarli a noi. Indubbiamente, questa è una procedura che nel 2012 non dà una buona prova di efficienza.

L'Inps, però, non può fare di più che l'essersi resa disponibile. E molto spesso gli investimenti nelle ASL li facciamo addirittura noi, e siamo noi stessi a portare i *computer* e la tecnologia, visto che molte ASL hanno dichiarato di non avere i fondi per potere avere queste dotazioni. Ovviamente, oltre a questo, l'Inps non può che incrementare la possibilità di aiuto.

Per quanto riguarda la senatrice Sbarbati che ha chiesto, giustamente, quanto tempo serva per informatizzare tutto, la domanda è ovviamente ripartita sul territorio nazionale. Abbiamo Regioni che, ormai, viaggiano a un livello di informatizzazione pari al 100 per cento ed altre che, come dicevo poc'anzi, viaggiano a un livello di informatizzazione molto basso. È chiaro, quindi, che l'informatizzazione, a questo punto, non è più una questione dell'Inps ma è questione delegata alle singole realtà regionali con le quali – lo ripeto – vi è la nostra sicura volontà di massima collaborazione.

Da qui origina la previsione contenuta nella legge n. 111 del 2011, che consentiva alle Regioni, ovviamente nel pieno rispetto delle materie delegate e dei rapporti tra Stato e Regioni, di potere (e non di dovere, perché trattasi chiaramente di materia disciplinata dal Titolo V della Costituzione) convenzionarsi con l'Inps per affidare la totalità dell'accertamento alla struttura organizzativa dell'Inps. L'Inps non si è proposta alle Regioni come unico soggetto che prescindesse totalmente dal rapporto con le Regioni, perché si era resa conto che, indubbiamente, non era giusto spogliare delle competenze una entità regionale cui, comunque, la Costituzione affidava una materia. La proposta che ha fatto l'Inps alle Regioni, scrivendo a tutti i Governatori, era di integrare le commissioni dell'Inps con i medici delle ASL; di non fare cioè una commissione esclusivamente dell'Inps, ma di dare la nostra piena disponibilità ad avere quanti rappresentanti le ASL ritenevano necessario e opportuno integrare alle nostre. È chiaro, infatti, che soprattutto nelle Regioni dove non vi è informatizzazione, ciò avrebbe consentito di visitare le persone *in loco*, di disporre subito del verbale informatizzato e quindi di vedere i tempi di espletamento della pratica ridotti a zero. Infatti, potendo gestire agenda, visita informatizzata e successiva erogazione, questo avrebbe anche avviato alla commissione medica superiore.

Ad oggi, però, rispetto ad un entusiasmo iniziale di quasi tutti i Governatori, che si erano resi disponibili a siglare in tempi brevi la convenzione con l'Inps, da notizie che abbiamo acquisito e che ovviamente rimandiamo alle singole realtà regionali, sappiamo che le opposizioni interne alle Regioni (non politiche, ovviamente) non hanno consentito ad

oggi di firmare alcuna convenzione, ancorché i lavori tra i nostri tecnici e i tecnici di quasi la metà delle Regioni italiane fossero andati talmente avanti che sembrava trattarsi di questione di poco tempo. Oltre a questo, a legislazione e a Costituzione vigente, ovviamente non si può immaginare altro.

In chiusura della scorsa seduta, in più di un intervento si chiedeva cosa si potesse fare, dal punto di vista normativo, per risolvere alcune questioni, perché forse questo è uno dei temi più importanti. Non ho la presunzione di dire che oggi si sia tentato tutto, perché indubbiamente le norme possono sempre aiutare e perché il Parlamento ha una maggior capacità di vedere aspetti che noi non siamo in grado di vedere. Dico sommessamente però che, oltre quanto abbiamo già ottenuto con tantissime norme, che indubbiamente hanno modificato il mondo dell'invalidità civile dal punto di vista organizzativo, l'unico intervento possibile è quello di prevedere quanto già previsto nella legge n. 80 del 2006. Ovviamente tale ragionamento va confrontato con gli uffici legislativi e con il Parlamento ma, lasciando la potestà alle Regioni (che la hanno per Costituzione), si sarebbe potuto immaginare, per tutte le patologie o ampliando l'ambito di quelle previste dalla legge n. 80 del 2006 (ovvero le oncologiche), che, decorso un termine entro il quale le ASL non avessero provveduto, ci sarebbe stato quasi un potere/dovere di surroga da parte dell'Inps. Mi sento in questo modo di rispondere al senatore Astore (o ad altro senatore) che aveva suggerito che forse si poteva reintervenire normativamente. Oggi, quindi, l'unica misura che l'Inps può immaginare, a legislazione concorrente vigente, è quella di prevedere una surroga. Forse questo intervento non potrebbe intervenire per il 100 per cento delle patologie, perché sarebbe una surroga di un totale capitolo delegato alle Regioni; però, per alcune patologie individuate (come avvenuto, nel caso della legge n. 80 del 2006 per le patologie oncologiche), il legislatore potrebbe stabilire un termine massimo oltre il quale forse si potrebbe anche mutuare la legge n. 80 del 2006, e aggiungere alcune patologie che poi il Parlamento potrebbe individuare.

Per quanto riguarda i passaggi, prima dell'entrata in vigore della riforma del 2009, le procedure di accertamento avvenivano con il flusso cartaceo (ciò risulta su uno schema del quale possiamo poi lasciare copia fotostatica agli Uffici della Commissione). I cittadini, i patronati e le associazioni mandavano una domanda cartacea alle ASL. Le ASL le protocollavano, istituivano una commissione di verifica e andavano al Ministero dell'economia e delle finanze. Al Ministero dell'economia e delle finanze poi definivano la pratica e la mandavano al cittadino e a noi. A questo punto, la maggior parte delle Regioni aveva delegato le Province o i Comuni o, addirittura, anche le ASL. Le pratiche, quindi, tornavano ai Comuni, alle Province o alle ASL per fare la concessione definitiva, che tornava all'Inps che, a quel punto, faceva il decreto di erogazione.

Dopo il 2010, invece, cittadini, patronati e ASL presentano domanda all'Inps, che fissa l'agenda (ovviamente lì dove ci danno la possibilità di avere l'agenda). Le ASL fanno la visita e ci mandano i verbali. Noi rin-

graziamo perciò tutte le Regioni perché, laddove nel 2010 erano solo sei regioni su 20 ad aver fatto la convenzione con l'Inps per il potere concessorio dovuto all'Inps, in pochi mesi il 100 per cento delle Regioni ha dato il potere concessorio all'Inps. Questo, ovviamente, evita che il decreto di concessione venga fatto dagli uffici comunali e provinciali o, addirittura, dalle stesse ASL.

Ad oggi, quindi, i passaggi sono esclusivamente tre. Teoricamente, i passaggi sono pochissimi e, come ho detto all'inizio, se in uno di questi passaggi c'è un blocco non informatizzato, purtroppo il meccanismo non riesce a funzionare.

Nella norma del 2010 tentammo di introdurre l'obbligatorietà del verbale informatizzato presso le ASL. Nella discussione parlamentare quella obbligatorietà non fu prescritta e, quindi, la ASL può sempre esplicitarci il fatto che non esiste un obbligo di fascicolo telematico a valle della visita.

Per quanto riguarda la domanda del senatore Astore in cui si chiede se si possa fare una modifica legislativa affidando tutto all'Inps, rispondo che ad oggi, siccome è materia concorrente, questo non è possibile.

Per quanto riguarda la parte del contenzioso, sulla quale aveva posto una domanda anche la senatrice Ghedini, devo scusarmi con lei. Abbiamo preparato questo schema di risposta giovedì sera e venerdì a Roma era festa. Ora, poiché la risposta a tale questione contiene molte cifre, noi ci ripromettiamo, in un tempo medio, di fare arrivare tali risposte, sulle quali non abbiamo avuto il tempo materiale di lavorare.

Sul contenzioso fornisco dei numeri, anche se poi è stato chiesto un contenzioso regionalizzato, su cui va fatta l'estrazione Regione per Regione, che aggiorneremo nei giorni futuri. Nel 2008 avevamo un indice di giudizio favorevole del 29,5, che è passato al 45,3 nel 2011 e al 54,8 nel 2012. Il 2011 ha visto un notevole incremento dei giudizi definiti, pari a 182.000 rispetto ai 153.000 dell'anno precedente, a fronte di un calo dei giudizi iniziati da parte avversa, pari a 141.000, che nel 2010 erano stati 155.000. C'è quindi non solo una maggiore efficienza dell'Inps, ma anche dei tribunali. Le richieste di giudizio da parte della parte avversa, rispetto alle 155.000-141.000, sono calate: questo è anche segno di maggiore attenzione alle valutazioni in sede sanitaria. Tale è l'impressione dei nostri uffici, ma poi è chiaro che ci siano realtà regionali e realtà singole. Dalla riforma del sistema dell'invalidità civile deriva una maggiore attenzione anche dell'Inps, che prima aveva solo un ruolo di erogatore di ultima istanza dopo la concessione regionale, ed è ora coinvolto in tutto il sistema accertativo.

Vorrei poi soffermarmi sulla telematizzazione delle domande in arrivo. Ricorderete che prima le domande si presentavano ovunque e comunque: vi era quindi un sistema non certo trasparente e spesso al limite della legalità.

Per quanto riguarda la giacenza, tra il 2010 e il 2011 si è passati dalle 362.000 alle 325.000, con una riduzione del 10 per cento delle giacenze medie. Ricordo che la giacenza media, oltre ad essere un numero stati-

stico, dà anche l'idea delle persone che vedono risolto il loro problema in maniera più veloce.

Per quanto riguarda gli interessi, il dato è importante perché dà anche una maggiore lettura del modo di gestire il contenzioso da parte dell'istituto; si è passati dai 64 milioni del 2008 ai 28 milioni del 2011, con una diminuzione estremamente importante. Ricordo che questi numeri ancora non vedono applicata la riforma che è entrata in vigore dal 1° gennaio 2012, che prevede l'accertamento tecnico preventivo e, poi, un unico grado di giudizio. Ad oggi non abbiamo ancora alcun risultato consolidato del nuovo sistema della parte del contenzioso.

È chiaro che non posso dire che questi numeri incoraggino quello che l'Inps sta facendo in questo periodo, perché il professor Piccioni ha detto chiaramente che anche per l'Inps è un *work in progress* giornaliero di un nuovo modo di vivere il mondo dell'invalidità civile e, quindi, di trattarlo. Tuttavia, la parte del contenzioso denota forse una maggiore chiarezza sia nella parte delle visite delle ASL che nella parte dei verbali dell'Inps, che ha fatto deflazionare di circa il 10 per cento il contenzioso avverso all'istituto.

Per quanto riguarda le tabelle, rinnovo quello che è a mia conoscenza. La commissione le ha definite entro novembre 2011. Sono all'attenzione del Ministero e noi le attendiamo. È interesse dell'Inps che si proceda al più presto a tale revisione, perché nelle nuove tabelle ci sono alcune patologie che prima non erano inserite e nuove percentuali. Le nuove tabelle possono dare certezza non solo all'istituto, ma anche alle persone che fanno domanda, perché c'è maggiore precisione in tutto quello che prevedono.

Ci permettiamo sommessamente di chiedere alle Commissioni se sia possibile sollecitare il loro parere perché, se non erro, l'ultima tabella è del 1992 ed è chiaro che in 20 anni si siano modificate tante cose. Ricordo che la Commissione anziché metterci un anno, ci ha impiegato quasi tre anni; riteniamo quindi che il lavoro sia stato fatto bene e siamo sicuri che l'applicazione di queste tabelle sarà importante.

Per quanto riguarda l'accertamento tecnico preventivo e dei suoi benefici oggi non abbiamo alcun ritorno, perché i primi giudizi si sono incardinati a gennaio. Dalle simulazioni che abbiamo fatto, anche quando siamo stati chiamati nella redazione della norma, riteniamo che il giudizio in questo modo si sposti da un carattere prettamente giudiziario ad un carattere prettamente sanitario. Questa era l'idea alla quale abbiamo aderito offrendo la nostra interpretazione. È chiaro che quando si parla di invalidità, veder soddisfatto qualcosa non tanto davanti ad un giudice, ma in un confronto tra medici, sicuramente dà alla persona che ha promosso il giudizio per vedere soddisfatto il proprio diritto la possibilità di risolvere in via sanitaria quello che prima era risolto quasi esclusivamente per via giudiziaria.

Per quanto riguarda la richiesta della senatrice Chiaromonte, noi non abbiamo nostre tabelle e, quindi, speriamo che le questioni alle quali la

senatrice faceva riferimento risultino recepite nella tabelle che sono all'attenzione del Ministero della salute.

Il presidente Tomassini ha poi fatto riferimento alla legge n. 104 del 1992 e alle differenze per Regione e per genere; gli uffici, soprattutto quelli del dottor Uselli, stanno elaborando nel nostro sistema informativo tutte le risposte divise per Regione e per genere, che forniremo non appena il prodotto sarà completo.

Per quanto riguarda la riflessione sul territorio e la sanità, è una riflessione, più che da Presidente, da persona che in questi anni sta vivendo questo fenomeno. Una componente territoriale del fenomeno dell'invalidità civile sicuramente c'è. Con il nuovo sistema stiamo cercando di avere una uniformità di giudizio su tutto il territorio nazionale. In una fase iniziale ciò può aver provocato e ha provocato fastidi e disturbi.

Ricordo a tal proposito che quando l'Inps chiama a visita le persone sulle verifiche straordinarie, ovviamente dettate da una norma di legge, l'*iter* è di chiedere alle ASL i fascicoli del campione che abbiamo individuato; se le ASL non ci danno i fascicoli (oggi siamo all'88 per cento di fascicoli che le ASL non forniscono all'Inps), chiediamo all'invalido di fornire il fascicolo cartaceo che la Regione o la ASL non sono riuscite a fornire e, solo a seguito di non invio del fascicolo, l'Inps, in ottemperanza ad una norma di legge, è costretto a chiamarlo a visita.

Ho chiesto scusa tante volte e lo faccio anche oggi davanti a questa Commissione. Molto spesso purtroppo l'Inps è stato costretto a chiamare a visita in tante parti d'Italia persone che avevano malattie per le quali sicuramente non avrebbero dovuto essere chiamate; chiedo scusa a nome di tutti i dipendenti e collaboratori dell'Inps, ma senza i fascicoli un nome e un cognome erano per noi uguali agli altri. Questo anche perché con il sistema informativo attuale dell'istituto, che precede l'informatizzazione dei fascicoli, noi eroghiamo pensioni di invalidità ad un nome e cognome, di cui abbiamo una percentuale, ma non la patologia di questa persona. Solo a seguito della conclusione informatizzata delle persone inserite dal 2010, ovvero di quelle che hanno fatto la verifica straordinaria, abbiamo nel *database* tutte le informazioni. A quel punto noi abbiamo persone delle quali conosciamo la storia sia amministrativa che sanitaria.

Non credo ce ne sia bisogno, però rinnovo le scuse per quello che spesso si legge sui giornali. L'Inps ha fatto 600.000 visite e anche se ci sono stati dieci casi brutti che non dovevano accadere, non disponevamo di alcuno strumento per rendere impossibile l'accaduto. Mancano tanti dati, ma i giorni di festa non hanno consentito ai *database* di girare.

PRESIDENTE. Mi permetto di fare una domanda che penso mi sia sfuggita sui rapporti tra Inps e patronati. Vorrei sapere come siano organizzati sia da un punto di vista amministrativo che economico, se in relazione a ciascuna pratica di pensione tutti i patronati presenti vengono retribuiti, in che misura e che costo comporti questo rapporto.

*MASTRAPASQUA.* L'invalidità non mi sembra sia stata statisticata.

*USELLI.* L'invalidità civile viene riconosciuta come punteggio normale dal fondo del Ministero. La statisticazione avviene soltanto sulla fase concessoria. Se c'è un cambio di patronato la statisticazione avviene sul cosiddetto modulo AP70. Se c'è una revoca del patronato è questo che conclude la pratica.

PRESIDENTE. Nel caso in cui non venga revocato?

*USELLI.* Il secondo mandato non può essere preso in considerazione rispetto al primo.

PRESIDENTE. Prima esisteva una prassi per cui vi era una trattazione congiunta.

*MASTRAPASQUA.* Adesso paghiamo l'ultimo, quello che ha presentato la documentazione per la fase concessoria e cioè per l'erogazione della prestazione che, nella stragrande maggioranza dei casi, corrisponde con chi ha presentato la prima istanza.

I rapporti sono ottimali. Do solo un dato: il 95 per cento delle domande presentate sono veicolate dai patronati che hanno l'accesso, secondo le norme di legge, alle procedure. Anche il modulo AP70, che è la documentazione per la fase concessoria, viene presentata telematicamente dai patronati, che ricevono una copia del verbale informatizzato che viene mandato al cittadino e, appunto, al patronato, laddove i cittadini sono assistiti dal patronato. Su questa prassi non saprei dirle, però la pratica di invalidità civile è *ad acta*. È, quindi, sul singolo atto e non so come ci potesse essere il doppio patrocinio.

I patronati per noi sono molto importanti, come dimostra la percentuale di cui parlava il dottor Uselli del 95 per cento e il fatto che la totalità delle domande a noi arrivano telematizzate. La parte di *input* per noi è totalmente telematizzata. Noi con questi protocolli abbiamo chiesto ai patronati di essere veicoli di *output*. Noi mandiamo il verbale ed è lo stesso patronato che si interessa. Tutta la parte che attiene al rapporto tra Inps, patronato e cittadini oggi è al 100 per cento informatizzato, rodato e funziona. Il problema è che, essendoci un anello debole in questa catena, l'ottimo rapporto tra cittadino, patronato e Inps si rompe laddove non c'è la catena che si chiude.

PRESIDENTE. Ringrazio i nostri ospiti per il contributo offerto ai nostri lavori. Avverto la Commissione che la documentazione oggi consegnata, poiché nulla osta, sarà pubblicata sulla pagina *web* riferita all'indagine conoscitiva.

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

*I lavori terminano alle ore 16,30.*



