



www.lavoce.info

[Sanità](#) / [Pensioni](#)

L'INVALIDITÀ E LA FABBRICA DELLE DOMANDE

di [Andrea Tardiola](#) 07.02.2012

Alla farraginosità e lunghezza della procedura per il riconoscimento dell'invalidità non contribuiscono solo i falsi invalidi, ma anche tutte quelle persone che presentano domanda senza averne i requisiti. I presunti invalidi non ottengono l'assegno dell'Inps, ma costano tempo e risorse amministrative nell'iter di verifica, a scapito di coloro che sono realmente bisognosi. Accade perché alcuni attori del sistema hanno incentivi a proporre comunque la domanda di invalidità. Primi fra tutti, i medici di famiglia e i patronati. Ed è lì che bisognerebbe agire.

Non ci sono solo i “falsi invalidi”, cioè coloro che beneficiano di una prestazione assistenziale pur non avendone diritto, rappresentano un problema anche i “presunti invalidi”, ovvero coloro che cioè quanti presentano **domanda di invalidità** senza avere requisiti. I primi sono casi eclatanti, ma quantitativamente limitati; i secondi non fanno notizia, ma sono così numerosi da contribuire alla farraginosità e lunghezza della procedura a scapito delle persone realmente bisognose. I **presunti invalidi** non ottengono l'assegno dell'Inps, ma costano tempo e risorse amministrative nel corso della procedura di accertamento. **(1)**

INCENTIVI PER MEDICI DI FAMIGLIA E PATRONATI

Solo un terzo delle domande di prestazione assistenziali vanno in porto: nel 2010 sono state presentate circa **1.170.000 nuove domande**, per un totale di circa 1.800.000 prestazioni, ma sono stati liquidati solo 426mila nuovi assegni. **(2)**

Il miglioramento del sistema, pertanto, non va ricercato solamente nella maggiore capacità di filtro delle commissioni mediche, ma anche snidando le ragioni che inducono alla presentazione di un numero così sproporzionato di domande, la maggior parte delle quali senza concrete chance di accedere a una prestazione assistenziale. Una attenta analisi della procedura, infatti, rivela come alcuni dei suoi attori siano decisamente incentivati a sostenere una elevata domanda. Quali sono questi incentivi?

Primo incentivo: i **medici di famiglia** sono pagati dagli assistiti per rilasciare il primo certificato necessario. Le domande, infatti, si presentano previa acquisizione di un certificato del medico di medicina generale. Potrebbe sembrare un primo filtro. Al contrario: la certificazione non rientra tra le

prestazioni ricomprese nei Lea sanitari, cioè in quelle della convenzione che lega ogni medico di famiglia al servizio sanitario regionale e quindi viene fatta pagare all'assistito. In alcune Regioni le tariffe sono stabilite dall'ordine dei medici di famiglia, ma è comunque una cifra compresa tra i 70 e i 90 euro. I medici di famiglia hanno interesse a rilasciare questi certificati e, di conseguenza, a persuadere l'assistito nel tentativo di richiedere l'assegno di invalidità.

Secondo incentivo: i **patronati** sono finanziati da un fondo del ministero del Lavoro e delle Politiche sociali che viene ripartito tra le sigle in ragione di due criteri: presenza territoriale e numero di istanze gestite. Tra le prestazioni gestite, le domande di invalidità sono quelle che consentono al patronato di acquisire maggiori punti per il calcolo del riparto del fondo. **(3)** Occorre considerare che la quasi totalità delle domande di prestazioni è prodotta attraverso i patronati: il 95 per cento nel 2010.

COME INTERVENIRE

Quali i rimedi? Finora, il ministero dell'Economia e delle Finanze e l'Inps hanno puntato a stringere il filtro della **valutazione medica**. Si è prima previsto l'inserimento del medico legale dell'Inps all'interno delle commissioni di accertamento operanti nelle Asl. Questa soluzione non ha determinato cambiamenti rilevanti, specie nei territori dove il rapporto assegni erogati/residenti è più elevato, perciò si è previsto un secondo livello di verifica effettuata, questa volta, direttamente dall'Istituto. Il risultato è un prolungamento ulteriore dei tempi della procedura e un maggiore aggravio burocratico per i cittadini.

Sarebbe invece utile intervenire nella fase iniziale del processo, eliminando gli incentivi di patronati e medici. Per i patronati andrebbero ripensati i criteri di riparto dei finanziamenti, a parità di finanziamento globale. Si tratterebbe di "scontare" al finanziamento della singola organizzazione una quota rapportata alla percentuale di domande di **invalidità rigettate**. Questo dovrebbe indurre le singole organizzazioni a monitorare il comportamento delle proprie sedi operative, eventualmente utilizzando anche al proprio interno un criterio di ripartizione delle risorse della stessa natura.

Per i medici di famiglia si potrebbe introdurre la certificazione tra le prestazioni cosiddette "**convenzionate**". I medici chiederanno di essere retribuiti nella convenzione, ma si potrà ribattere che si tratta di un servizio certificativo che al medico non costa: c'è da presumere che un medico conosca la cartella clinica di un suo assistito, specialmente quanto la persona soffre di una patologia o una condizione invalidante. Inoltre, anche per quanto concerne i medici si potrebbe ipotizzare un meccanismo di sconto simile a quello proposto per i patronati: poiché sono retribuiti per numero di paziente assistito, si potrebbe stabilire una penalizzazione economica. D'altra parte lo schema retributivo dei medici già oggi prevede quote di risorse legate a incentivi di processo, si tratterebbe di completare il quadro con disincentivi coerenti.

Il beneficio di una soluzione di questo genere sarebbe evidente: deflazionerebbe in modo corposo il numero di domande presentate consentendo un disbrigo più rapido delle procedure e un risparmio per l'amministrazione. Inoltre abbatterebbe un **contenzioso** che fa seguito al rigetto (o al riconoscimento sotto la soglia considerata corretta dall'istante) che costituisce ulteriore appesantimento del sistema. Una soluzione che, peraltro, nulla toglierebbe a coloro che volessero presentare istanza seppure in presenza di requisiti "dubbi", poiché questa può essere effettuata anche individualmente attraverso il portale Inps o comunque attraverso le agenzie territoriali dell'Istituto.

Una soluzione quindi di ottimizzazione del sistema a parità di diritti. **(4)**

(1) Basti pensare che il costo per i compensi delle commissioni sanitarie – per la sola parte a carico dell'Inps – ammonta a 11 milioni di euro.

(2) Ciascuna domanda può contenere l'accesso a più di un beneficio.

(3) I criteri per il riparto sono stabiliti con decreto ministeriale 10 ottobre 2008, n. 193, regolamento per il finanziamento degli istituti di patronato, ai sensi dell'articolo 13, comma 7, della legge 30 marzo 2001, n. 152.

(4) I dati utilizzati nell'articolo sono tratti dal Rendiconto generale Inps 2010, pubblicato sul sito istituzionale dell'ente.