

Conferenza Unificata fra lo Stato, le Regioni, le Province Autonome e le Autonomie Locali
Tavolo tecnico interistituzionale per la disabilità
Gruppo di lavoro

Proposte operative al fine di pervenire ad un modello unico di accertamento attivo delle abilità presenti nella persona disabile.

Dicembre 2006

PREMESSA

- 1. Costituzione del Gruppo e mandato Pag. 3
- 2. Approccio al problema ed obiettivi di lavoro del Gruppo Pag. 4
- 2.1. Articolazione del documento Pag. 5

I PROBLEMI E LE PROPOSTE

- 1°) Un excursus su norme, principi di riferimento e procedure Pag. 6
 - 1. L'invalidità civile Pag. 7
 - 2. Il concetto di handicap e la legge n. 104 del 1992 Pag. 8
 - 3. L'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) dell'OMS Pag. 9
 - 4. Conclusioni Pag. 9
- 2°) Analisi dei problemi e soluzioni proposte Pag.10
 - A. La gestione amministrativa delle procedure, delle richieste e delle esigenze dei cittadini Pag.10
 - 1. Accoglienza e informazione al cittadino Pag. 11
 - 2. Qualità del servizio: indicatori e standard Pag. 12
 - 3. I moduli di domanda e la documentazione da allegare Pag. 13
 - 4. Incapacità all'espressione della volontà Pag. 13
 - 5. La privacy e segreto professionale Pag. 13
 - 6. Compimento della maggiore età e istanza di accertamento Pag. 14
 - B. La gestione delle convocazioni per l'accertamento di invalidità civile ed handicap Pag. 14
 - 1. I tempi di convocazione Pag. 15
 - 2. Criteri per la convocazione e il problema delle precedenzae Pag. 15
 - C. Gli accertamenti medico legali e la valutazione della disabilità Pag. 16
 - 1. Il problema dei momenti accertativi Pag. 17
 - 2. Ripetizione delle visite Pag. 17
 - 3. La valutazione ai fini del collocamento mirato al lavoro Pag. 19
 - 4. La valutazione dell'alunno ai fini dell'integrazione scolastica Pag. 19
 - 5. L'attività delle commissioni preposte (commissioni ASL e commissioni di verifica) Pag. 20
 - 6. I criteri e i modelli di riferimento per l'accertamento e la valutazione Pag. 20
 - 7. I verbali Pag. 22
 - 8. I verbali e le agevolazioni fiscali Pag. 23
 - 9. I verbali e le agevolazioni lavorative Pag. 23
 - 10. La rivedibilità Pag. 24
 - 11. Le visite finalizzate all'accertamento della permanenza dello stato invalidante Pag. 25
 - 12. Le verifiche dei verbali Pag.25
 - D. La concessione delle provvidenze economiche e le forme di tutela Pag.26
 - 1. Limiti reddituali e provvidenze economiche Pag.28
 - 2. Limiti reddituali: moltiplicazione dei momenti accertativi Pag.28
 - 3. Concessione dell'indennità di frequenza e provvidenze ai minori Pag.30
 - 4. Forme di tutela: i Ricorsi Pag.30

PREMESSA

1. Costituzione del Gruppo e mandato

Presso la Conferenza Unificata fra lo Stato, le Regioni e Province Autonome e le Autonomie locali era stato istituito, nel 2003, in occasione dell'anno europeo delle persone con disabilità, un Tavolo tecnico interistituzionale con il compito di verificare lo stato degli interventi in favore delle persone disabili in attuazione della legge 104/1992.

Nel documento finale elaborato dal Tavolo tecnico, nella sezione 4 (*"I principali aspetti problematici"*), veniva segnalata una non completa attuazione dei principi della legge 104/1992, dovuta anche all'esistenza di due percorsi di accertamento e valutazione, uno per l'invalidità civile, l'altro per l'handicap, con difficoltà interpretative e di attuazione delle norme di riferimento, ciò comportando squilibri nel sistema di erogazione dei benefici, in contrasto con i principi di equità e qualità che devono ispirare i sistemi socio sanitari di aiuto alla persona.

Nella sezione 5 del documento (*"Le proposte"*), il Tavolo di lavoro segnalava la necessità di superare le criticità evidenziate:

"In relazione a quanto illustrato nel documento, con particolare riguardo ai rilievi effettuati sul tema della valutazione della disabilità, il Gruppo interistituzionale, anche al fine di una razionalizzazione e semplificazione delle differenti modalità di accertamento della disabilità e per allineare, in quest'Anno Europeo del Disabile, l'Italia agli altri Paesi dell'Unione Europea, propone:

- 1. che sia adottato in via sperimentale, come richiesto dalla legge 104/1992, un modello di accertamento attivo delle abilità presenti nella persona disabile, introducendo specifiche Linee Guida, ai fini di una valutazione funzionale di carattere bio-psico-sociale, realizzabile con l'utilizzo della metodologia dell'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health);*
- 2. che la predisposizione di tali linee guida sia affidata al medesimo Gruppo interistituzionale.*

*In correlazione alla precedente proposta, il Gruppo interistituzionale **raccomanda** che si possa pervenire alla stesura di un **testo unico dei benefici per le persone disabili**, e dei rispettivi requisiti d'accesso, attualmente distribuiti in numerose norme. Tale testo unico dovrebbe essere preso a riferimento per tutti i successivi aggiornamenti e modifiche."*

La proposta era stata accolta dalla Conferenza Unificata nella seduta del 10 dicembre 2003, con l'invito al Tavolo medesimo di

- "predisporre un documento di linee guida sulla valutazione e l'accertamento della disabilità al fine di pervenire ad un modello unico di accertamento attivo delle abilità presenti nella persona disabile".*

Dopo un primo approccio alla tematica nel febbraio 2004, il Tavolo interistituzionale è ridiventato operativo nel luglio 2005, con la decisione di affidare ad un Gruppo ristretto di lavoro il compito di elaborare una proposta. Tale Gruppo, il cui coordinamento è stato assegnato al Ministero della Salute, è costituito da rappresentanti di 5 Regioni (Piemonte, Veneto, Emilia - Romagna, Toscana e Umbria), del Ministero del Lavoro e Politiche Sociali (oggi Ministero per la solidarietà sociale), del Ministero dell'Economia e Finanze (che ha delegato l'INPS¹), dell'ISTAT, dell'ANCI e dell'UPI.

¹ Tale delega è stata motivata ai sensi della Legge 2 dicembre 2005, n° 248 che all'articolo 10 comma 1 prevede: *"L'INPS subentra nell'esercizio delle funzioni residue allo Stato in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità, handicap e disabilità, già di competenza del Ministero dell'economia e finanze....."* Al comma 2 *"Con uno o più decreti del Presidente del Consiglio, da emanare entro sei mesi dalla data di entrata in vigore di questa legge, è stabilita la data di effettivo esercizio da parte dell'INPS delle funzioni trasferite e sono individuate le risorse umane, strumentali e finanziarie da trasferire."*

2. Approccio al problema ed obiettivi di lavoro del Gruppo

All'atto della sua costituzione, il Gruppo si è interrogato in ordine agli strumenti ed ai mezzi necessari per rispondere al mandato della Conferenza Unificata.

Preliminarmente il Gruppo ha preso in esame l'intero quadro normativo di settore, con gli ultimi aggiornamenti, oltre ad alcune informazioni sull'attuazione delle procedure attuali in un numero limitato di Regioni, tramite una scheda sulle procedure e sui tempi di svolgimento.

Tale indagine ha confermato quanto già evidenziato nel documento del Tavolo interistituzionale circa la necessità di razionalizzare il consistente numero di norme che sottende il sistema, come anche la necessità di rendere omogenei nell'intero territorio nazionale comportamenti e procedure, introducendo ogni opportuna modifica che garantisca efficienza ed efficacia.

Questa esigenza è sollecitata, sia dal riscontro di differenze operative, a volte notevoli, nelle varie Regioni, sia dalle istanze presentate dai cittadini e dalle loro associazioni. Tutt'altro che superfluo, anche in questa sede, un richiamo alla Carta Costituzionale: oltre al rispetto dell'articolo 3, non va dimenticato l'articolo 97, che impone agli "uffici pubblici" di assicurare il buon andamento e l'imparzialità dell'amministrazione.

A supporto del mandato del gruppo, un contesto favorente è costituito dalla recente Legge 9 marzo 2006, n. 80 che, all'articolo 6, comma 1, dispone che le Regioni adottino disposizioni per semplificare le procedure di accertamento delle minorazioni civili e dell'handicap

"Le regioni, nell'ambito delle proprie competenze, adottano disposizioni dirette a semplificare e unificare le procedure di accertamento sanitario di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, per l'invalidità civile, la cecità, la sordità, nonché quelle per l'accertamento dell'handicap e dell'handicap grave di cui agli articoli 3 e 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni, effettuate dalle apposite Commissioni in sede, forma e data unificata per tutti gli ambiti nei quali è previsto un accertamento legale".

Il Gruppo è, tuttavia, consapevole del fatto che è necessario fare riferimento a un modello metodologico unitario a cui tutto il "sistema" deve ispirarsi, e non solo le Regioni, pur prescindendo da singole soluzioni organizzative. Per garantire equità e qualità, tutti gli attori interessati (Regioni, ASL e istituzioni centrali interessate) devono adottare "processi" omogenei, improntati al principio delle "buone pratiche" e, quindi, soggetti a valutazione di qualità.

Coerentemente, è anche necessario che le procedure di accertamento siano regolamentate in maniera imparziale, onde evitare di privilegiare alcune categorie di soggetti, rispetto ad altre. In proposito si veda, come esempio, la legge 80/2006 già citata, che all'art. 6, comma 3bis, prevede:

"L'accertamento dell'invalidità civile ovvero dell'handicap, riguardante soggetti con patologie oncologiche, è effettuato dalle commissioni mediche di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, ovvero all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, entro quindici giorni dalla domanda dell'interessato. Gli esiti dell'accertamento hanno efficacia immediata per il godimento dei benefici da essi derivanti, fatta salva la facoltà della commissione medica periferica di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 15 ottobre 1990, n. 295, di sospendere gli effetti fino all'esito di ulteriori accertamenti".

Fermo restando il diritto delle persone in situazione di gravità di ricevere risposte tempestive, è necessaria un'impostazione imparziale, a tutela di tutti i cittadini con caratteristiche analoghe.

Solo l'identità della procedura, sia pure nelle diversità organizzative regionali, garantisce un corretto controllo di qualità, omogeneo in tutto il territorio nazionale. Ne consegue che procedure di accertamento caratterizzate da mancanza di criteri unici e generalizzati sul territorio nazionale, conducono evidentemente a disparità nel riconoscimento del diritto alle prestazioni, determinando quindi un sistema nazionale che non garantisce la parità di trattamento per tutti i cittadini.

Gli aspetti problematici vanno rimossi non solo attraverso una generale semplificazione amministrativa, ma anche attraverso una condivisa modifica legislativa, in un quadro di complessivo miglioramento dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari.

Da queste considerazioni il Gruppo ha tratto la convinzione che il nuovo modello di accertamento auspicato può trovare attuazione solamente attraverso una riforma dell'intero sistema di sostegno per le persone con disabilità, implicando sia nuovi indirizzi organizzativi e procedurali, sia nuove modalità e criteri scientifici per la valutazione quantitativa e qualitativa della persona disabile.

Per tale scopo è necessario analizzare il sistema in tutte le sue componenti:

- a) la gestione amministrativa delle procedure, delle richieste e delle esigenze dei cittadini,
- b) la funzione di accertamento e valutazione da parte delle commissioni preposte
- c) l'erogazione di benefici e prestazioni

Nel documento saranno quindi evidenziate le criticità insite in tutte le componenti citate e contestualmente saranno indicate le proposte di misure correttive, insieme alle azioni necessarie per rendere operative tali misure, formulate partendo dall'assunto di base che tutte le attività devono soddisfare i principi di equità e qualità (misurata attraverso standard di struttura, di processo e di esito),

È opportuno qui ribadire che tutti gli interventi proposti si basano su un consolidato convincimento culturale che pone al centro del sistema il cittadino disabile e la sua famiglia, nel loro interagire con l'ambiente sociale e le istituzioni. Non va dimenticato che il buon andamento del sistema è anche tutela degli interessi generali della collettività, per quanto si riferisce al corretto ed appropriato utilizzo delle risorse messe in campo dallo Stato, in tutte le sue articolazioni, centrali e periferiche.

a. Articolazione del documento

Il documento si articola in due parti. La prima è un excursus sui principi di riferimento e sull'assetto normativo, e costituisce una chiave di lettura mirata a sostenere le proposte successive. La seconda è costituita, per l'appunto, dalla proposta di interventi correttivi, rispetto alle criticità evidenziate, declinanti sulla base della loro realizzabilità, a breve, a medio e a lungo termine, in relazione alla complessità degli strumenti necessari per modificare l'attuale assetto, sulla base, principalmente, dell'iter che il cittadino deve compiere per il riconoscimento e ottenimento dei suoi diritti.

I PROBLEMI E LE PROPOSTE

1°) Un excursus su norme, principi di riferimento e procedure

1. L'invalidità civile

L'invalidità civile ed i benefici correlati trovano la loro base concettuale in un sistema assistenziale più orientato all'indennizzo economico, sulla scorta di quanto previsto per le menomazioni permanenti correlate a cause di lavoro, di guerra o di servizio.²

Il complesso normativo su cui si fonda l'accertamento dello stato di persona con disabilità, sviluppatosi in momenti storici diversi e in risposta a concezioni, presupposti ed esigenze modificate nel tempo, ha determinato di fatto un disorganico assetto di riferimento contraddistinto da elementi di frammentazione, sovrapposizione di disposizioni, condizioni e procedure diversificate, situazioni disomogenee, le cui necessità di superamento sono ampiamente condivise.

In particolare, coesistono procedimenti diversi per il "*riconoscimento dell'invalidità*" (L.118/71, L.295/90, D.M. Sanità 5.2.92), l'accertamento di "*persona in situazione di handicap*" (L.104/92, art.4), l'individuazione dell'alunno come "*soggetto in situazione di handicap*" (D.P.R. 24.2.94; L.289/02, art.35, c.7, D.P.C.M. 185/06), la valutazione delle condizioni di disabilità che danno diritto di accedere al sistema per l'*inserimento lavorativo dei disabili* (D.P.C.M 13.01.2000).

Per l'invalidità civile, dal punto di vista dell'evoluzione normativa, una prima sistematizzazione si riscontra nella L. 118/1971. Con questo provvedimento vengono superate precedenti norme frammentarie e viene unificata in un unico testo la disciplina dell'assistenza agli invalidi civili, comprendendo in questa categoria tutti i disabili con esclusione delle persone cieche, sordomute e di coloro la cui minorazione deriva da cause non organiche. A favore di tutti gli invalidi civili vengono previsti, in base a determinate percentuali di invalidità, le prime prestazioni economiche continuative: *la pensione di inabilità e l'assegno mensile*. Queste norme, insieme a quelle emanate in precedenza a favore dei ciechi e dei sordi (L. 66/1962 e L. 381/1970) costituiscono ancora oggi, sebbene modificate e integrate da numerose normative successive, i riferimenti principali per quanto riguarda le pensioni ai cittadini disabili. Una sensibile innovazione è data dall'istituzione dell'indennità di accompagnamento agli invalidi civili (L. 18/1980 e 508/88). Tale prestazione, di natura universalistica, non soggetta a limiti reddituali e prevista al solo titolo della minorazione, è concessa alle persone per le quali sia stata accertata una inabilità al 100% e l'impossibilità di deambulare o compiere gli atti quotidiani della vita. La disciplina è stata successivamente oggetto di numerosi provvedimenti settoriali che hanno regolamentato specifici aspetti e questioni (criteri di valutazione dell'invalidità, superamento definitivo della divisione tra invalidi fisici e psichici, requisiti per le diverse provvidenze). Tra i provvedimenti varati si segnala, in particolare, la L. 289/1990 che istituisce l'*indennità di frequenza*": una prestazione economica, concessa ai minori invalidi civili, cui siano state riconosciute dalle commissioni ASL difficoltà persistenti nello

² Gli interventi in favore dei soggetti con minorazioni permanenti sono da lungo tempo previsti nel nostro Paese. Le prime norme hanno riguardato due tipologie di soggetti, individuati in base alle cause che hanno prodotto le loro menomazioni:

- cause da lavoro (patologie o infortuni dipendenti da attività lavorativa "nel settore privato")
- cause di guerra/servizio (patologie o infortuni occorsi in occasione di guerra o dipendenti da attività lavorativa "nel settore pubblico").

A queste categorie sono stati affiancati i soggetti con invalidità civile, cioè con minorazioni congenite o acquisite non riconducibili a nessuna delle cause precedenti.

L'introduzione dell'invalidità civile rappresenta un ampliamento di prospettiva, in quanto introduce il principio di tutela a tutti i cittadini, tuttavia il sistema dei benefici è pur sempre ispirato alla criteriologia dell'indennizzo economico.

Si sono venuti a creare, quindi, tre tipi di normative che prevedono tre sistemi di benefici e prestazioni (caratterizzati soprattutto come indennizzi economici), gestiti da enti diversi, con tre diverse procedure.

L'accesso ai benefici è dipendente dall'accertamento del grado di menomazione, inteso come diminuzione di capacità lavorativa, effettuato dalla specifica commissione medico legale di pertinenza (ad es. la commissione invalidi civili non accerta menomazioni per cause da lavoro o guerra/servizio)

svolgimento di compiti e funzioni della propria età, che frequentano strutture educative, formative o riabilitative

2. Il concetto di handicap e la legge n. 104 del 1992

Il concetto di handicap, introdotto dalla legge 104/1992, e pienamente riaffermato dalla legge 328/2000, porta con sé un forte principio innovatore che, partendo dal riconoscimento dell'uguaglianza sociale di tutti i cittadini, mira a sistemi di sostegno per tutte le persone con minorazioni permanenti, a prescindere dall'età e dalle cause che hanno prodotto tali menomazioni, affiancando ai benefici economici già esistenti, prestazioni, servizi e altri benefici tesi a favorire il godimento dei diritti di cittadinanza e la partecipazione alla vita sociale, al pari di tutti gli altri cittadini. In questa ottica vanno visti gli interventi per favorire l'integrazione scolastica, processi di formazione mirati, percorsi di inserimento lavorativo, aiuti ai familiari, sostegno alla mobilità, abbattimento delle barriere architettoniche ecc. Per il principio di equità, i benefici devono essere commisurati alla gravità ed appropriati in relazione al tipo di disabilità.

Nonostante l'approccio alle problematiche della disabilità sia stato interessato da mutamenti profondi nella filosofia di fondo con la Legge 104/1992 e poi con la Legge 328/2000, è alle norme prima citate che risalgono il sistema di riconoscimento dell'invalidità e la fissazione delle provvidenze economiche. La legge 104/1992 sollecita un approccio olistico nei confronti della disabilità, delineando un quadro di iniziative ed interventi miranti a ridurre le difficoltà che le persone in situazione di handicap possono incontrare nel loro percorso di partecipazione alla vita sociale e favorendo l'esercizio dei diritti di cittadinanza (diritto all'abitare, allo studio, alla salute, al lavoro, alla mobilità, al tempo libero,...). La legge definisce "persona in situazione di handicap" chi, a causa di una minorazione si trova in difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa, tali da determinare processi di svantaggio sociale o di emarginazione; considera la "persona handicappata" in situazione di gravità quando tali difficoltà comportano la necessità di assistenza permanente, continuativa e globale; afferma che oggetto di accertamento non è più la sola "minorazione", ma anche le "difficoltà", le "necessità dell'intervento assistenziale permanente" e la "capacità complessiva individuale residua". Del pari senza effetti di mutamento è la legge del 2000, che pure all'art. 24 aveva previsto una delega al Governo per il riordino delle norme in materia di emolumenti economici derivanti da invalidità civile, cecità e sordità. Tale delega, reiterata con la Legge 137/2002, non è stata adoperata.

Utile, ai fini di una verifica complessiva sulla materia, risulta essere *Il rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali, parte II*, pubblicato nel marzo 2006³ che consegna un quadro complessivo - sia sotto il profilo normativo che dei flussi di spesa - caratterizzato da disorganicità e da disomogenea complessità, nella definizione degli interventi e, ancor più, nelle procedure di accertamento e verifiche esistenti.

In linea generale si ricorda che hanno diritto alle provvidenze per invalidità civile i soggetti in possesso di cittadinanza italiana o di un paese comunitario con residenza in Italia o di un paese extracomunitario in possesso di carta di soggiorno, in possesso dei requisiti sanitari e giuridico-economici prescritti. Ai fini della concessione delle diverse prestazioni è necessario il riconoscimento, da parte di apposite commissioni mediche operanti presso le ASL, dello stato di invalido civile o di cieco civile o di sordomuto; per talune forme di prestazioni, oltre all'accertamento sanitario, è richiesto il possesso di ulteriori requisiti in relazione all'età e al reddito. Il diverso grado di invalidità, in corrispondenza del quale si ha diritto ad una specifica prestazione è stabilito per legge, in base ad apposite tabelle. A seguito dell'entrata in vigore del D.Lgs. 112/1998, dal 1° gennaio 2001 sono state trasferite alle Regioni le funzioni di concessione di

³ *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali, Parte II- I trasferimenti monetari per invalidità, pensioni sociali, integrazioni al minimo, pensioni di guerra e ai superstiti*; a cura del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, marzo 2006 in www.welfare.gov.it/sociale

nuovi trattamenti economici in favore degli invalidi civili già esercitate dalle Prefetture e, a decorrere dal novembre 1998, ad un apposito fondo istituito presso l'INPS (la "Gestione invalidi civili") le funzioni di erogazione di pensioni, assegni e indennità spettanti agli invalidi civili (art. 130, c. 2 e 3). Tale trasferimento non ha comportato alcuna modificazione nella natura e tipologia delle prestazioni.

3. L'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) dell'OMS

Su questo scenario normativo è intervenuta di recente, da parte dell'OMS, la pubblicazione, nel marzo 2002, dell'ICF (International Classification of Functioning), classificazione proposta come standard internazionale per descrivere e misurare salute e disabilità. L'ICF è una classificazione degli stati di funzionamento delle persone che supera la precedente classificazione ICIDH e rappresenta una profonda innovazione nell'approccio conoscitivo della disabilità. Recepisce, infatti, l'idea base che la disabilità non è una situazione che riguarda singole persone rispetto al gruppo maggioritario di "non disabili" ma riguarda tutte le persone in quanto componenti di un gruppo sociale; considera gli aspetti contestuali della persona ed evidenzia, in particolare, la correlazione fra stato di salute e ambiente. Nell'ottica dell'ICF gli strumenti di accertamento costituiscono un "modulo integrato" bio-psico-sociale che partendo dall'accertamento delle condizioni di salute delle persone osservate si estendono all'interazione con i fattori ambientali, nella convinzione che non ci possa essere definizione di disabilità se non attraverso la valutazione del modo di interagire dell'individuo con il contesto ambientale nel quale egli vive.

In questo contesto e con il fine di far conoscere e contribuire ad introdurre in Italia questa nuova classificazione, si segnala che il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali - tra gli impegni assunti nel 2003 (Anno europeo delle persone con disabilità) - ha promosso uno specifico progetto denominato "*ICF e Politiche del Lavoro*". L'intervento realizzato, anche grazie alla partecipazione attiva delle *Regioni*, delle *Province* e dei *Comuni*, nonché delle *Associazioni delle persone con disabilità*, ha avuto come obiettivo generale di sollecitare il più ampio numero di persone che operano nel settore della disabilità ad una diversa cultura, dell'accertamento attraverso la conoscenza e l'uso sperimentale della nuova classificazione definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'obiettivo di lungo periodo è che tutti gli operatori sul territorio, possano essere formati all'uso dell'ICF, assicurando così che in tutte le procedure di accertamento e verifica dello stato di disabilità di una persona, sia utilizzata una medesima metodologia di valutazione.

L'idea forte che emerge in tutti i sistemi assistenziali per le persone con disabilità dei Paesi dell'Unione europea è quella di fornire servizi di sostegno per l'inclusione sociale, piuttosto che benefici economici, limitando questi ultimi ai sistemi di indennizzo o "risarcitori" destinati ai soggetti le cui menomazioni derivano da stati patologici in cui è rinvenibile una responsabilità causale (situazione di lavoro, situazioni di guerra e di servizio, responsabilità civile in caso di incidenti, ecc.). In tal senso l'ICF potrebbe rappresentare proprio per il suo profilo "bio-psico-sociale" uno strumento strategico nell'ottica di favorire i percorsi di integrazione della persona disabile.

La revisione dei criteri e delle procedure di accertamento dell'invalidità e della disabilità, pertanto, assume una valenza strategica prioritaria e fondamentale per la costruzione e radicamento di un sistema integrato di azioni di sostegno per la creazione di effettive condizioni di pari opportunità in favore delle persone con disabilità. In questo quadro la materia relativa all'accertamento, sulla scia di quanto già indicato dalla stessa legge-quadro 328/2000 non può che configurarsi come processo di valutazione multidisciplinare e presupposto fondamentale per la definizione di progetti individualizzati connessi all'autonomia personale, all'istruzione, alla formazione e integrazione professionale e all'assistenza, diretta e indiretta. Tutto ciò significa giungere a definire il processo unitario di presa in carico, nel quale la valutazione dello stato di salute della persona deve essere finalizzata alla quantificazione e qualificazione dei bisogni, delle abilità e quindi alla redazione del progetto individuale. Ciò sta a significare anche che il processo valutativo deve restare incardinato nella rete locale dei servizi pubblici (sanitari, sociali e socio-educativi) attraverso una maggiore

correlazione tra le istituzioni che, in ciascuna delle fasi di vita della persona, sono chiamate ad intervenire.

4. Conclusioni

Sulla scorta di quanto detto, è necessario implementare sul territorio un compiuto sistema unitario di accertamento globale, che tenga conto dei principi della nuova classificazione della disabilità ICF.

La valutazione deve necessariamente articolarsi in due momenti.

Il primo riguarda l'accertamento medico legale della menomazione, cioè l'esame della compromissione delle funzioni e delle capacità della persona. Questo accertamento esita in una certificazione formale che dà accesso o meno al sistema di benefici previsto.

Il secondo momento di valutazione è funzionale a fornire un quadro completo delle capacità della persona, in rapporto al contesto di attività a cui deve essere avviata; in questo caso la valutazione è un momento della presa in carico della persona a cui fornire strumenti di sostegno idonei a contrastare le difficoltà; la presa in carico implica un sostegno continuativo e non solo iniziale, con interventi specifici a seconda delle attività: sostegno alla mobilità, sostegno all'inserimento scolastico, sostegno all'inserimento lavorativo; ciò implica anche una collaborazione continuativa fra i vari attori coinvolti nel sistema (ASL, Scuola, Regioni, Comuni e Province).

In considerazione del valore strategico dell'art. 14 della L.328/00 (progetto individuale per la persona disabile) si rileva la necessità di rafforzare tale disposizione considerando il progetto individuale come strumento fondamentale del processo di presa in carico.

Negli ultimi anni, peraltro, si sta assistendo ad un aumento, seppure disomogeneo, del sostegno alla non autosufficienza, alla domiciliarità ed al riconoscimento delle responsabilità educative, familiari e del mondo del lavoro, in quanto si è scelto di integrare il livello sanitario con quello sociale (es: collocamento mirato ed inserimento scolastico) e per la concessione di prestazioni sociali (riconoscimento dell'handicap e leggi regionali collegate).

Per far ciò esistono strumenti normativi, talvolta disattesi, come accade per la riforma del Welfare 328/2000, sopra citata, ma anche estremamente attuali ed applicati, come accade per la Legge 241/1990 e le successive integrazioni e modificazioni, quando si parla di accesso e di semplificazione amministrativa, già ex Decreto Legislativo 112/1998, pur con i possibili aggiornamenti.

È necessario creare un percorso assistenziale integrato con la presa in carico, soprattutto socio-ambientale della persona disabile. La valutazione socio-sanitaria deve rispondere al bisogno del cittadino e calibrare i servizi e le prestazioni di diversa natura.

L'obiettivo primario risulta essere quindi quello di porre al centro del sistema il cittadino, che non va, pertanto, considerato solo perché disabile, bensì sviluppando percorsi integrati e politiche concertative, non solo istituzionali, tra gli attori coinvolti (ASL, Province, Comuni, INPS oltre al mondo del lavoro e dell'istruzione), ma anche e specialmente con le persone e le loro famiglie per risolvere i problemi che la disabilità in ogni modo comporta.

2°) Analisi dei problemi e soluzioni proposte

I concetti espressi rafforzano la necessità di una riforma del sistema, in tutte le sue componenti funzionali e organizzative, come anticipato nella premessa, che definisca servizi e procedure omogenei e validi per l'intero territorio nazionale.

È necessario delineare un programma di lavoro che, nell'arco di un periodo di tempo definito, consenta di realizzare un modello operativo rispondente ai principi di efficienza ed efficacia.

Per una maggiore sistematicità di esposizione, le criticità e gli aspetti problematici principali (e le soluzioni proposte) sono suddivisi in base alla tipologia di appartenenza:

- la gestione amministrativa delle procedure, delle richieste e delle esigenze dei cittadini;
- la funzione di accertamento e valutazione da parte delle commissioni preposte
- l'erogazione di benefici e prestazioni

A. La gestione amministrativa delle procedure, delle richieste e delle esigenze dei cittadini

I principali aspetti problematici rilevati dal Gruppo riguardano:

- difformità nell'accoglienza e informazione al cittadino
- difformità nella modulistica utilizzata per presentare domanda
- difformità applicativa in merito alla fasce d'età
- difformità nella gestione delle convocazioni e dei tempi di attesa

1. Accoglienza e informazione al cittadino

Il momento della presentazione della domanda di accertamento è un passaggio particolarmente significativo del rapporto fra cittadino e Pubblica Amministrazione, reso ancor più delicato nei casi in cui la persona non abbia dimestichezza con tutti gli aspetti burocratici legati ai procedimenti in parola.

Spesso il primo contatto si risolve con la semplice consegna del modulo di istanza di accertamento senza alcuna informazione aggiuntiva. Il cittadino, nella sostanza, finisce per non avere alcun orientamento su quanto accadrà da quel momento in poi.

Possibili azioni

Definire protocolli di riferimento e standard minimi per l'accoglienza del cittadino che presenti istanza di accertamento. L'obiettivo è poi perseguibile con un maggiore investimento sulla formazione interna e con la produzione di documentazione divulgativa da consegnare al richiedente (ad es. le eventuali implicazioni relativamente all'idoneità psicofisica alla guida), come modello di riferimento a livello nazionale.

Strumenti e modalità di attuazione

Le indicazioni attuative saranno parte di un documento di linee-guida, da adottare come Accordo o Atto di Intesa Stato Regioni, che sarà articolato in varie sezioni, relative a quegli argomenti per i quali non si ritiene necessaria una modifica della normativa nazionale. Per comodità, il documento di linee guida sarà chiamato, da qui in poi, Regolamento.

2. Qualità del servizio: indicatori e standard

I servizi sanitari regionali e nazionali hanno l'esclusiva competenza nello stabilire indicatori e standard di qualità dei servizi resi al cittadino. Si rileva notevole disomogeneità territoriale nell'attenzione alla rilevazione della qualità del servizio affidato alle Aziende ASL che effettuano l'accertamento in materia di disabilità. In realtà non risulta consolidato il ricorso a indicatori e standard utili a valutare e verificare la qualità dei servizi resi al cittadino.

Ciò impedisce una valutazione oggettiva del servizio, dei suoi costi e della sua efficacia.

Possibili azioni

Elaborazione o individuazione di standard e indicatori comuni relativi al gradimento e alla qualità del servizio, ma anche alle attività poste in atto e ai risultati all'interno della logica delle azioni del governo clinico.

L'emanazione di tali indicazioni dovrebbe avvenire sotto forma di linee-guida che consentano alle ASL di applicarne gli standard minimi e di avere strumenti per il controllo di qualità.

Si propone il ricorso alle evidenze scientifiche medico-legali esistenti per una verifica della qualità dei servizi su tutto il territorio nazionale.

Il raggiungimento degli standard di qualità di servizi deve essere adottato come condizione per la concessione di incentivazioni e per l'individuazione di obiettivi di budget dei servizi sanitari interessati.

Più complessivamente va tenuto presente che l'esigenza di "qualità", strumento irrinunciabile della Sanità Pubblica, è essenziale anche negli accertamenti medico legali della disabilità.

Strumenti e modalità attuative

Regolamento.

3. I moduli di domanda e la documentazione da allegare

I moduli di domanda di accertamento (minorazioni civili, handicap) appaiono sempre più disomogenei sul territorio nazionale e spesso all'interno della medesima Regione. Se è vero che questa disomogeneità produce effetto meno grave di quella che riguarda, come vedremo, i verbali delle Commissioni, è altrettanto reale che ciò impedisce di produrre informazioni e istruzioni consolidate e spendibili su tutto il territorio nazionale.

Anche la documentazione sanitaria, a sostegno della domanda, spesso si presenta non adeguata, il che comporta un allungamento della procedura, per via di possibili integrazioni richieste dalla commissione.

Possibili azioni correttive

Concordare ed elaborare una griglia di modello semplificato di domanda, utilizzabile come riferimento su tutto il territorio nazionale, che consenta una scelta consapevole sulla tipologia di accertamento richiesto. La compilazione della domanda sarà facilitata dalla documentazione divulgativa di cui al punto 1).

Analogamente uniformi indicazioni devono essere emanate per i certificati medici che devono accompagnare le domande.

Strumenti e modalità di attuazione

Regolamento.

4. Incapacità all'espressione della volontà

La questione della incapacità all'espressione della volontà interessa un significativo numero di famiglie che hanno in carico persone con disabilità intellettiva o psichica. Molto spesso, perché non se ne ravvisa la necessità o per la difficoltà e il lungo iter delle relative pratiche, non si procede all'interdizione o all'inabilitazione del proprio familiare o alla nomina di un amministratore di sostegno (pur importantissimo istituto di recente introduzione). Questo è causa di notevoli complicazioni di carattere burocratico che derivano dalla normativa vigente, anche perché l'incapacità all'espressione della volontà (raccolta da un pubblico ufficiale) è ammessa solo nel caso di impedimento fisico e non intellettuale. Unica eccezione contemplata dall'ordinamento giuridico riguarda, infatti, il caso in cui il soggetto interessato non possa o non sappia firmare (art. 4 comma 1, DPR n. 445/2000).

La normativa vigente lascia, pertanto, prive di disciplina le fattispecie relative alle persone con decadimento cognitivo (es. Morbo di Alzheimer), alle diverse forme di malattie psichiatriche gravi e a tutte le forme in cui l'espressione della volontà sia inibita. In linea generale, quindi, questi soggetti non sono in grado presentare istanza di accertamento di invalidità civile, se non tramite una prassi opinabile, e usufruire, pertanto, dei relativi benefici previsti per legge, se prima non è stato nominato un tutore, un curatore o amministratore di sostegno.

Possibili azioni

Va, innanzitutto, ribadita l'importanza del nuovo istituto giuridico dell'amministratore di sostegno, che, per la sua intrinseca duttilità, rappresenta uno strumento di tutela adattabile a tutte quelle situazioni di disagio fisico e psichico che in passato venivano ricondotte a forza nell'interdizione e inabilitazione (vd. in tal senso Cass. Civ. n. 13584 del 12/06/06). Lo stesso procedimento dell'amministratore di sostegno è improntato ai principi di celerità e semplificazione, (il giudice tutelare provvede alla nomina entro sessanta giorni dalla richiesta) e consente, qualora ne sussista la necessità, che il giudice tutelare adotti anche d'ufficio i provvedimenti urgenti per la cura della persona interessata e per la conservazione e l'amministrazione del suo patrimonio, e proceda alla nomina di un amministratore di sostegno provvisorio indicando gli atti che è autorizzato a compiere (art. 405 codice civile).

In questa sede risulta interessante proporre una possibile soluzione alla seguente problematica al fine di superare quelle situazioni che di fatto si presentano come forte criticità e di dubbia legittimità. Si ricorda in proposito quanto già previsto dalla Legge 23 dicembre 1996, n. 662, articolo 1, comma 254, sulle autocertificazioni da produrre ogni 31 marzo (titolari di assegno mensile di assistenza e titolari di indennità di accompagnamento), ove si dispone la possibilità di riferirsi al certificato del medico che precisi la natura della disabilità attestante l'incapacità all'espressione della volontà.

Alla luce di quanto sopra richiamato è auspicabile un intervento del legislatore che consenta, ai soli fini della richiesta di accertamento delle minorazioni civili e dell'handicap, alle persone non in grado di esprimere la volontà, la presentazione di un certificato medico che attesti la natura della minorazione ed il conseguente impedimento alla firma.

Nell'ipotesi in cui tale condizione non sia confermata in sede di accertamento presso le Commissioni mediche delle ASL l'istanza si considera non presentata; il soggetto interessato in tal caso potrà riformulare l'istanza al momento. Le eventuali provvidenze economiche decorerebbero con le modalità previste dall'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica, 21 settembre 1994, n. 698. La successiva erogazione sarebbe ovviamente subordinata alla nomina di un curatore, tutore o amministratore di sostegno.

Strumenti e modalità di attuazione

Modifica della norma nazionale.

5. La privacy e segreto professionale

Il rispetto e la tutela della privacy e del segreto professionale nell'ambito dei procedimenti di accertamento delle disabilità non sono ancora stati compiutamente affrontati.

Non è del tutto chiaro se, unitamente alla presentazione del modulo di richiesta di accertamento, si debba richiedere all'interessato anche l'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili con l'indicazione di come verranno utilizzati.

Possibili azioni

Per ottenere un parere dirimente i dubbi interpretativi vanno sottoposti al vaglio del Garante per la protezione dei dati sensibili in modo che vi sia un'indicazione oltre che univoca, anche autorevole e *super partes*.

In linea generale i suggerimenti operativi possono essere così sintetizzati:

- un richiamo specifico al rispetto delle indicazioni fornite dal Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali);
- elaborazione di una nota informativa al cittadino ai sensi del Decreto 196/2003 citato;

Strumenti

Parere del Garante.

Regolamento

6. Compimento della maggiore età e istanza di accertamento

Non esiste un'omogenea interpretazione circa la prassi più corretta da adottare, da parte delle Commissioni di accertamento delle ASL, al compimento del diciottesimo anno di età nei confronti dei cittadini già in possesso di una certificazione di invalidità emessa prima del compimento della maggiore età.

Non sono previsti automatismi nella concessione di provvidenze economiche riservate ai maggiorenni al momento del compimento della maggiore età dell'interessato. La normativa vigente impedisce di fatto che a costoro possa essere riconosciuta, in automatico, la rispettiva pensione senza che vi sia una loro precisa richiesta di accertamento sanitario.

Pertanto, comunemente, gli interessati finiscono per perdere almeno una mensilità delle relative provvidenze economiche, poiché la decorrenza dell'erogazione viene fatta iniziare a partire dal mese successivo dalla presentazione della domanda (DPR 698/1994, art. 5, comma 1). Ma ancora più spesso accade che il cittadino non sia affatto a conoscenza di questo risvolto legislativo e finisca per perdere vari ratei di provvidenze economiche nonché altri benefici non economici.

Possibili azioni

Le Commissioni operanti presso le ASL dovrebbero convocare d'ufficio a visita i soggetti interessati entro e non oltre i sei mesi antecedenti il compimento della maggiore età. Al momento dell'accertamento medico legale il cittadino confermerà la propria volontà di sottoporsi all'accertamento sanitario e di usufruire delle eventuali provvidenze previste per legge. Ai titolari dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 e di cui alla legge 21 novembre 1988, n. 508 dovrebbero essere riconosciute, al compimento della maggiore età, le provvidenze economiche spettanti ai maggiorenni senza ulteriori accertamenti sanitari. Gli accertamenti della Commissione medica della ASL non devono interrompere l'erogazione delle prestazioni economiche e assistenziali precedentemente godute.

Sono fatti salvi i casi nei quali per legge non sono previsti ulteriori accertamenti sanitari e sono fatte salve le verifiche degli altri requisiti soggettivi previsti dalla normativa vigente.

Strumenti e modalità di attuazione

Modifica alla normativa nazionale.

B. La gestione delle convocazioni per l'accertamento di invalidità civile ed handicap

1. I tempi di convocazione

La normativa vigente (DPR 698/1994) prevede che la convocazione a visita avvenga entro 90 giorni dalla presentazione della domanda. La realtà italiana è largamente disomogenea anche su tale aspetto. In alcune Regioni i tempi sono largamente superiori, in altre Regioni vengono rispettati. Altre Regioni stanno invece sperimentando tempi decisamente inferiori.

Di fatto, non esistono dati certi circa i tempi medi di attesa che intercorrono fra la domanda e l'effettuazione della visita.

Sono altrettanto preoccupanti i segnali che riguardano i tempi intercorrenti fra la data della domanda e la data di completamento della valutazione medico legale. I 270 giorni massimi, previsti per l'accertamento sanitario dal citato DPR 698/1994, sono oltrepassati in molte realtà.

In questo campo è legittimo non limitarsi a far sì che i tempi siano uguali in tutto il territorio nazionale; si ritiene, infatti, che l'informatizzazione e l'adozione di strumenti telematici possano portare a rivedere gli attuali limiti. Peraltro alcune Regioni hanno già attivato procedure rivolte a contenere sia i tempi di valutazione che i tempi relativi alla concessione delle eventuali provvidenze economiche.

Possibili azioni correttive

- Avviare un'indagine sui tempi medi di attesa della valutazione e dei tempi di attesa rispetto alla definitiva erogazione delle provvidenze economiche (ivi compresi i tempi impiegati dalle commissioni mediche di verifica). Molti dati sono già presenti nei sistemi informativi dell'INPS e delle Regioni.
- Prevedere, quindi, strumenti di monitoraggio continuo, attraverso una rilevazione sistematica degli accertamenti, tramite le certificazioni/cartelle cliniche, in collaborazione fra Regioni, Ministero Salute, Ministero Economia e Finanze e/o INPS, ISTAT⁴.
- Adottare tecniche, tecnologie, prassi che abbrevino i tempi per la convocazione a visita per tutti i cittadini che ne fanno richiesta, onde soddisfare il diritto di ottenere la certificazione (e le eventuali relative prestazioni e provvidenze), il prima possibile. Per tale obiettivo vanno condivise le esperienze di quelle Regioni che hanno reso possibile abbreviare complessivamente i tempi.
- Prevedere l'informatizzazione del sistema, favorendo la trasmissione telematica delle pratiche tra gli Enti interessati;⁵
- introdurre modifiche normative che prevedano la riduzione dei tempi di completamento di tutto il percorso: dal momento della domanda sino all'effettivo beneficio per l'interessato.

Strumenti e modalità di attuazione

⁴ A tale riguardo si segnala la presenza sul Programma statistico nazionale 2006/2008 dell'indagine ISTAT sulle certificazioni rilasciate dalle Commissioni medico-legali delle ASL. Tale indagine può essere utilizzata come punto di partenza per la costruzione di un archivio centralizzato sulle certificazioni che può rappresentare un utile strumento per il sistema di monitoraggio.

⁵ Per quanto attiene in particolare l'esigenza di informatizzazione dell'intero sistema va sottolineata l'importanza di realizzare database su base regionale nei quali far confluire tutti i dati trasmessi dai servizi di medicina legale, così da poterli rendere disponibili, *on-line*, accompagnando il cittadino nei suoi spostamenti e senza trasferimenti di documentazione. Ciò consentirebbe in particolare di migliorare l'operatività amministrativa della Regione, oltre che dei servizi comunali o provinciali cui compete la programmazione ed erogazione di specifici servizi di assistenza quali: l'assegnazione del contrassegno per il parcheggio, gli abbonamenti per trasporto invalidi, nonché ai centri per l'impiego ai fini del collocamento mirato previsto dalla legge n. 68/99, ecc. Utile potrebbe rivelarsi inoltre la definizione di specifiche intese con gli Uffici INPS per il trasferimento dei dati per via telematica per la concessione degli emolumenti, riducendo in tal modo i tempi d'attesa per il cittadino.

Regolamento per tutti gli argomenti, tranne che per la riduzione di tutti i tempi previsti dal DPR 698/1994, per il quale è necessario un apposito intervento legislativo, ferma restando la potestà regolamentare delle singole Regioni.

2. Criteri per la convocazione e il problema delle precedenze

La recente Legge 80/2006, art. 6, comma 1, prevede l'unificazione delle procedure di accertamento, ma, nel contempo, nel comma 3bis, introduce elementi di parzialità rispetto all'ordine da seguire per le convocazioni.

Per i malati oncologici, infatti, si prevede un iter di accertamento accelerato. L'accertamento deve essere effettuato dalle Commissioni delle ASL entro quindici giorni dalla domanda dell'interessato. La norma afferma che gli "esiti dell'accertamento hanno efficacia immediata per il godimento dei benefici da essi derivanti", lasciando tuttavia aperti non pochi dubbi operativi.

In linea generale, il principio sancito per legge che le convocazioni andrebbero effettuate in ordine strettamente cronologico, se da un lato garantisce una correttezza formale a tutela del cittadino, dall'altro – se interpretato restrittivamente – finisce per danneggiare lo stesso cittadino, a fronte di situazioni che meritano di essere affrontate in via prioritaria, rispetto ad altre.

Di fatto già oggi in molte realtà la gestione delle convocazioni non è affatto eseguita in ordine cronologico. È condizionata, inevitabilmente, da altri fattori quali ad esempio la disponibilità di uno specialista nel corso di un accertamento come avviene per le convocazioni in materia di handicap.

Al tempo stesso vi sono delle urgenze che si aggiungono alle patologie oncologiche testé evidenziate e più in generale alle patologie gravissime (con la complicazione delle visite domiciliari). Si tratta delle posizioni (attive o meno sotto il profilo delle provvidenze economiche) che sono rivedibili.

Tornando al percorso agevolato introdotto per i malati oncologici rimangono, come dicevamo, aperte alcune questioni interpretative e metodologiche. La prima risiede nella esatta definizione di malato oncologico.

E' da notare in tal senso che, in ambito di riconoscimento di handicap, si pone non solo per i casi dei malati oncologici ma più in generale per tutti i pazienti che si trovano nella condizione di necessità di assistenza globale e continuativa, la necessità di un accertamento anticipato per far sì che il familiare che fornisce l'assistenza al congiunto possa godere dei permessi di tre giorni al mese sul posto di lavoro.

Il secondo aspetto riguarda le risorse umane necessarie per accelerare la procedura di accertamento. Il terzo aspetto problematico risiede nelle modalità di svolgimento degli accertamenti.

La doverosa "apertura" nei confronti dei malati oncologici, è tuttavia foriera di sperequazioni: è l'unica fattispecie in cui i benefici decorrono dal momento dell'accertamento, un'opportunità che esclude tuttavia altri cittadini con gravi disabilità derivanti da patologie non oncologiche. Inoltre, altri tipi di patologie, affezioni, o menomazioni meriterebbero procedure di accertamento più tempestive.

Possibili azioni correttive

Definire criteri oggettivi (ad es. indici di gravità o di necessità assistenziali intensive e continuative) su cui basare le deroghe al principio di convocare a visita secondo un ordine strettamente cronologico. Tali criteri potrebbero riguardare anche i casi di visita domiciliare.

Strumenti e modalità di attuazione

I criteri suddetti possono costituire un capitolo delle Linee guida relative ai modelli di valutazione da parte delle commissioni preposte, di cui si dirà in seguito (*I criteri e i modelli di riferimento per l'accertamento e la valutazione*).

C. Gli accertamenti medico legali e la valutazione della disabilità

1. Il problema dei momenti accertativi

Per accedere alle prestazioni e ai benefici in favore dei soggetti disabili sono previsti vari momenti di valutazione,

- accertamento per invalidità civile,
- accertamento per handicap,
- accertamento ai fini del rilascio del contrassegno per la circolazione e la sosta
- valutazione delle capacità ai fini dell'inserimento lavorativo
- valutazione delle capacità ai fini dell'inserimento scolastico
- valutazione per l'idoneità alla guida⁶

Gli aspetti problematici legati agli accertamenti sono molteplici.

2. Ripetizione delle visite

Ci si riferisce qui alle visite la cui competenza ricade sulle commissioni invalidità civile/handicap e al numero di volte che un cittadino è chiamato a fare istanza per poter usufruire di un beneficio. Ciò rappresenta, prima di tutto, un disagio per il cittadino stesso, che finisce per vivere queste ripetizioni come vessatorie, ma anche un inutile aggravio di spesa e di risorse della pubblica amministrazione, in contrasto ai principi di efficienza ed efficacia.

Possibili azioni correttive

La Legge 9 marzo 2006, n. 80 prevede che le Regioni adottino disposizioni per semplificare e unificare le procedure di accertamento delle minorazioni civili e dell'handicap. Il problema, tuttavia, è affrontato solo parzialmente.

Sotto il profilo generale sarebbe di scarsa efficacia ridurre la portata della norma alla mera unificazione della visita di invalidità e di quella di handicap, soluzione per altro già applicata in parecchie realtà.

E' necessario prevedere che il cittadino (correttamente informato secondo le modalità prima delineate), faccia un'unica istanza dove sono esplicitate tutte le prestazioni a cui ritiene poter avere accesso. In tal modo può essere visitato una sola volta (a prescindere dai casi di rivedibilità, di cui si dirà in seguito) anche per la valutazione ai fini del collocamento mirato al lavoro; inoltre nel verbale della commissione (che deve essere opportunamente strutturato per rispondere allo scopo, come indicato più oltre) saranno indicati tutti i requisiti per accedere a benefici e prestazioni (ivi compreso il contrassegno auto e tutte le agevolazioni fiscali).

Strumenti e modalità di attuazione

Regolamento.

3. La valutazione ai fini del collocamento mirato al lavoro

Il DPCM 13 gennaio 2000, in attuazione dell'articolo 1, comma 4 della legge 12 marzo 1999, n. 68 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" prevede che la commissione deputata all'accertamento dell'handicap (legge 104/1992) proceda alla valutazione dei soggetti aventi diritto (invalidi civili con % superiore al 45%, ciechi civili e sordi, invalidi per causa di lavoro, guerra, servizio), elaborando una diagnosi funzionale ed un profilo dinamico funzionale, da cui emergano le capacità

⁶ Questa valutazione compete ad una commissione medica locale, allo scopo individuata; data la sua specificità, l'argomento non è affrontato in questa sede, tuttavia è opportuno sottolineare la necessità del servizio disabili/handicap della ASL di ottimizzare tutte le prestazioni in favore dei disabili, utilizzando le documentazioni fornite dai cittadini per tutte le necessità "amministrative" e accertative, attraverso la circolazione informatizzata dei documenti stessi.

del soggetto, ai fini di un inserimento lavorativo mirato. Tale valutazione, sul piano concettuale, è analoga alla valutazione effettuata dall'Unità multidisciplinare per l'inserimento scolastico, di cui si parlerà successivamente, e costituisce la base per l'ufficio provinciale del lavoro, preposto al collocamento mirato, per inserire l'interessato in un'attività lavorativa compatibile con le capacità evidenziate.

Le criticità segnalate sono di due tipi:

- il primo riguarda la disomogeneità in termini di completezza ed accuratezza con cui sono redatti diagnosi funzionale e profilo, dando luogo a situazioni di non equità e di differente qualità, che si ripercuotono nel collocamento lavorativo;
- l'altro si riferisce ad una interpretazione scorretta della norma, che porta a considerare la documentazione redatta (diagnosi funzionale e profilo) alla stessa stregua dell'accertamento medico legale finalizzato alla "quantizzazione" della menomazione per accedere ai benefici previsti per invalidità civile e/o handicap, tanto che i documenti redatti dalla commissione ASL sono sottoposti alla verifica delle commissioni mediche del Ministero Economia e Finanze, proprio come i verbali di accertamento invalidità civile/handicap. La scorrettezza sta nel fatto, già segnalato nella prima parte di questo documento, di non considerare che questa valutazione non è discriminante per l'accesso o meno al collocamento (i soggetti interessati hanno già il requisito d'accesso: invalidi civili > 45%, ciechi, sordi, ecc.), ma è propedeutica e funzionale al miglior collocamento possibile.

Possibili azioni correttive

- Definire formalmente le finalità della valutazione, sottraendola alle attuali distorsioni interpretative, eliminando la competenza delle commissioni mediche di verifica.
- Adottare linee guida e protocolli di valutazione, scientificamente fondati sui principi dell'ICF.
- Valutare l'opportunità di adottare una procedura "separata", come nel caso della valutazione dell'alunno in situazione di handicap.
- Prevedere un protocollo di coordinamento fra l'equipe che provvede alla diagnosi funzionale e al profilo dinamico funzionale, e l'equipe provinciale deputata al collocamento lavorativo.
- Prevedere un controllo di qualità.

Strumenti e modalità di attuazione

- Modifica della norma nazionale.
- Linee guida e Regolamento.

4. La valutazione dell'alunno ai fini dell'integrazione scolastica

La procedura per gli alunni che necessitano sostegno per l'integrazione scolastica si divide in due parti, la prima è la certificazione formale, con valenza medico legale, della patologia che comporta difficoltà di apprendimento; la seconda è la valutazione funzionale.

La materia è regolamentata dal DPR 24 febbraio 1994, recante "Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle Unità Sanitarie Locali in materia di alunni portatori di handicap", a norma dell'articolo 12, comma 7, della legge 104/1992. In tale atto di indirizzo si prevede che all'individuazione dell'alunno ("certificazione") in situazione di handicap provvedono lo specialista o lo psicologo dell'età evolutiva (articolo 2), mentre gli ulteriori adempimenti necessari al percorso di integrazione scolastica (la diagnosi funzionale e il profilo dinamico funzionale), sono affidate ad una unità multidisciplinare (articoli 3 e 4), composta da uno specialista nella patologia segnalata, un neuropsichiatria infantile, un terapeuta della riabilitazione e da operatori sociali, in servizio nell'Azienda sanitaria o in rapporto di convenzione con la medesima.

Tale procedura è stata in parte modificata dalla legge 27 dicembre 2002, n. 289 (legge finanziaria 2003) che all'articolo 35, comma 7, prevede che all'individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap, provvedano le aziende sanitarie locali sulla base di accertamenti collegiali,

con modalità e criteri definiti con apposito DPCM, da emanare d'intesa con la Conferenza unificata, previo parere delle Commissioni parlamentari, su proposta dei Ministri dell'Istruzione e della Salute.

In attuazione di quanto sopra, è stato emanato il D.P.C.M. 23 febbraio 2006 n°185 che, all'art. 2 prevede *“ai fini della individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap, le Aziende Sanitarie dispongono, su richiesta documentata dei genitori o degli esercenti la potestà parentale o la tutela dell'alunno medesimo, appositi accertamenti collegiali.....gli accertamenti di cui al comma 1, da effettuarsi in tempi utili rispetto all'inizio dell'anno scolastico e comunque non oltre trenta giorni dalla ricezione della richiesta, sono documentati attraverso la redazione di un verbale di individuazione dell'alunno come soggetto in situazione di handicap ai sensi dell'articolo 3, comma 1 della legge n. 104/1992.....”*

L'introduzione dell'obbligo di individuare l'alunno attraverso un organo collegiale nasce dal fatto che negli ultimi anni vi è stato un forte incremento di “individuazioni” di situazioni di difficoltà di apprendimento, che hanno messo in crisi le risorse (soprattutto l'uso di insegnanti di sostegno) messe a disposizione per il sostegno scolastico.

Si fa, tuttavia, presente che la certificazione di individuazione costituisce soltanto la porta di ingresso al sostegno; ad essa seguono le operazioni ben più importanti che conducono al PEI (Piano Educativo Individuale), redatto congiuntamente da operatori sanitari e insegnanti, il quale contiene proposte di sostegno (che non necessariamente consistono nell'assegnazione di un insegnante di sostegno), sulla base delle caratteristiche dell'alunno, con la prescrizione obbligatoria di una verifica sull'efficacia delle misure proposte.

Da ciò deriva che la correttezza, l'appropriatezza e l'efficacia (anche intermini di costo/benefici) delle misure di sostegno proposte (ivi compresa l'assegnazione di un insegnante di sostegno) non può desumersi dalle certificazioni iniziali, bensì dal monitoraggio costante in ordine alla qualità del lavoro svolto successivamente da operatori sanitari ed insegnanti per la stesura del PEI, attraverso indicatori in grado di documentare oggettivamente l'efficacia degli interventi in favore dell'alunno.

In questo specifico ambito, si rileva una notevole disomogeneità territoriale, sia nelle procedure messe in atto per la presa in carico dell'alunno inerente il suo percorso di apprendimento e scolastico, da parte dell'équipe socio-sanitaria di riferimento, sia sulla efficacia della programmazione effettuata successivamente in modo congiunto dagli operatori socio-sanitari e scolastici. Ciò ostacola una valutazione oggettiva del servizio, della sua appropriatezza, qualità, efficacia e non ultimo dei suoi costi.

Un aspetto ulteriore di criticità è rappresentato dalla presenza di due fattispecie:

1. una riguarda gli alunni che sono già stati precedentemente valutati (prima dell'ingresso a scuola) da una commissione per l'accertamento invalidità civile/handicap, in quanto affetti da menomazioni; è evidente che, in questo caso, non ha senso procedere ad una nuova certificazione e i soggetti interessati sono presi in carico per le valutazioni mirate alla loro integrazione scolastica;
2. la seconda riguarda i ragazzi che presentano per la prima volta, per lo più all'inizio della carriera scolastica, una qualche difficoltà di apprendimento; per questi casi si riterrebbe più opportuna una procedura più rapida che porti l'alunno direttamente alla valutazione clinico-specialistica dello specifico disturbo da parte dell'unità multidisciplinare preposta (diagnosi funzionale, profilo dinamico funzionale).

Possibili azioni correttive

- Ridefinire formalmente le procedure per l'integrazione scolastica, sulla base delle fattispecie sopra riportate, tenendo conto della necessità di garantire tempestività e qualità degli interventi.
- Adottare linee guida e protocolli di valutazione, scientificamente fondati sui principi dell'ICF

- Prevedere un controllo di qualità.

Strumenti e modalità di attuazione

- Modifica della norma nazionale.
- Linee guida e Regolamento.

5. L'attività delle commissioni preposte (commissioni ASL e commissioni di verifica)

In premessa a questo capitolo è opportuno ricordare che uno degli obiettivi principali, ferma restando la qualità professionale delle prestazioni e l'obiettività di giudizio, è certamente quello di promuovere l'umanizzazione del setting valutativo per mettere a proprio agio chi si sottopone all'accertamento sanitario. L'obiettivo è raggiungibile tramite ragionevoli modificazioni legislative, quali ad esempio la composizione e la numerosità dei membri della commissione, ma anche con un investimento nella formazione tecnica e relazionale degli operatori.

I principali aspetti problematici rilevati dal Gruppo riguardano:

- I criteri di valutazione e i modelli di riferimento
- I pareri e i verbali
- Le verifiche delle commissioni.

5.1 I criteri e i modelli di riferimento per l'accertamento e la valutazione

Sono segnalate notevoli difformità di comportamento delle commissioni ASL nel valutare le disabilità ai fini dell'invalidità civile e dell'handicap. Al riguardo, non più del tutto adeguata risulta la Tabella orientativa del 1992 per le menomazioni civili; mentre più grave è la lacuna per la valutazione dell'handicap, in mancanza di strumenti formalizzati e standardizzati.

Come ricordato in premessa, ferve un dibattito attorno ai criteri di valutazione della disabilità. Tale dibattito trova senso se strettamente connesso alla complessiva riforma del sistema assistenziale invocata dalla Legge 8 novembre 2000, n. 328 (*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*).

Si ritiene importante introdurre innovazioni sul sistema di valutazione e di classificazione che prevedano un percorso per l'adozione di strumenti di valutazione delle componenti bio-psico-sociale e ambientale.

Più complessivamente va tenuto presente che l'esigenza di "qualità", strumento irrinunciabile della Sanità Pubblica, è essenziale anche negli accertamenti medico-legali della disabilità.

Motivazioni e finalità specifiche – in tale ambito valutativo, in coerenza con qualsiasi prestazione erogata dai servizi di Medicina legale – sono rappresentati da:

- rispetto dei diritti del cittadino (informazione dettagliata e comprensibile, trasparenza dei procedimenti, omogeneità ed uniformità valutativa);
- razionalizzazione e buona gestione delle risorse;
- qualità delle valutazioni (che richiede anche la revisione periodica delle metodologie di valutazione dei danni funzionali permanenti di organo e di apparato);
- miglioramento della capacità di partecipazione delle persone disabili all'organizzazione sociale (anche attraverso la verifica periodica dei risultati delle valutazioni e utilizzando appositi monitoraggi e sistemi di rilevazione);
- la prevenzione dei conflitti di qualsiasi natura.

Possibili azioni correttive

- Si ritiene di fondamentale importanza adottare linee guida e protocolli di valutazione, scientificamente fondati sui principi dell'ICF, a cui dovranno riferirsi tutte le commissioni deputate.

- Istituire la cartella medico-legale individuale informatizzata.
- Prevedere percorsi formativi e di aggiornamento professionale, mirati ad ottimizzare la qualità degli operatori
- Inserire le attività medico-legali nei processi di valutazione della qualità.

Strumenti e modalità di attuazione

- Linee guida e cartella informatizzata da adottare come Accordo o Atto di Intesa Stato Regioni; l'elaborazione deve essere affidata ad un gruppo di esperti, con il coordinamento del Ministero della Salute.
- Regolamento.
- Modifica della norma nazionale.

5.2 I verbali

L'iter di valutazione per l'accertamento invalidità civile ed handicap si conclude con l'emissione di un verbale. Attualmente i modelli di verbale di accertamento dell'invalidità e dell'handicap utilizzati sono piuttosto disomogenei. Questo comporta numerose ricadute sul piano scientifico, epidemiologico, di comparazione, di analisi del bisogno, di informatizzazione.

Un altro aspetto è relativo alla riservatezza del verbale di accertamento che reca, nella maggioranza dei casi, anche l'anamnesi, l'esame obiettivo e la diagnosi dell'interessato. Questa certificazione viene usata in molti ambiti e viene presentata a molti soggetti completa di dati sensibili.

Possibili azioni

Giungere ad un modello base di verbale di invalidità e di handicap, oltre che di istanza per la richiesta di accertamento, è ormai una necessità ineludibile ed indispensabile anche per l'informatizzazione dell'intero comparto. Non si può tuttavia ignorare che molte Regioni hanno operato per rendere maggiormente chiaro ed efficace il proprio modello giungendo a soluzioni diverse fra loro. È necessario uno sforzo di confronto e di sintesi, più che di prevalenza di un modello sull'altro.

Si ribadisce l'opportunità di emettere due verbali per il cittadino dei quali: uno con tutti i dettagli diagnostici e l'altro con l'oscuramento dei dati relativi all'accertamento dello stato patologico.

La redazione dei verbali sarà fortemente facilitata dall'introduzione della cartella clinica informatizzata, di cui s'è già detto.

Strumenti e modalità di attuazione

5.3 Regolamento

5.4 Modifica della norma nazionale.

5.2.1 I verbali e le agevolazioni fiscali

I verbali di invalidità e di handicap sono strettamente necessari per accedere a determinate agevolazioni fiscali. Vanno tenuti presenti due aspetti. Il primo è che quasi mai i soggetti chiamati ad esaminare i verbali prima di concedere l'applicazione di determinati benefici fiscali hanno competenza in materia medico – legale.

Il secondo: la normativa fiscale è il risultato di successive stratificazioni e modificazioni che ne rendono talvolta difforme e disomogeneo il dettato.

Fra le agevolazioni fiscali quelle che attirano maggior interesse delle persone con disabilità sono quelle relative all'acquisto di veicoli. Per questo sono previsti l'applicazione dell'IVA agevolata, la

detraibilità in sede di denuncia annuale dei redditi, l'esenzione dal pagamento del bollo auto e delle imposte di trascrizione.

Per accedere a tali benefici, l'amministrazione finanziaria ha previsto documentazione diversa a seconda della tipologia di disabilità. Sono ammessi ai benefici:

a) le persone con disabilità motorie affette da minorazioni che non comportano una grave riduzione della capacità di deambulazione. In tal caso il veicolo deve essere obbligatoriamente adattato al trasporto. Devono produrre un certificato di invalidità o di handicap in cui sia specificamente indicata la natura motoria (o anche motoria) della disabilità. In tal caso è previsto l'obbligo di adattamento del veicolo;

b) i disabili affetti da minorazioni che comportano una grave limitazione della capacità di deambulazione o che sono pluriamputati. In tal caso non c'è obbligo di adattamento del veicolo. È ammesso, nella situazione sopra descritta, esclusivamente il certificato di handicap con connotazione di gravità (art. 3, comma 3, Legge 104/1992) in cui sia esplicitamente annotata la pluriamputazione o la grave limitazione della capacità di deambulazione. Nel caso in cui questa dizione non sia precisata non possono ottenere i benefici in parola;

c) i disabili intellettivi con certificato di handicap grave (art. 3, comma 3, Legge 104/1992) e titolari di indennità di accompagnamento. Non sono ammessi i titolari di indennità di frequenza. Non è obbligatorio alcun adattamento del veicolo. Anche in questo caso è ammesso il solo certificato di handicap con connotazione di gravità (art. 3 comma 3, Legge 104/1992) in cui sia esplicitamente annotata la natura intellettuale o psichica della disabilità. Nel caso in cui questa dizione non sia precisata non possono ottenere i benefici in parola.

Oltre a questi soggetti, hanno diritto ai benefici fiscali i disabili sensoriali (ciechi, ipovedenti gravi e sordi) e titolari di patente speciale con obbligo di adattamenti. Su queste fattispecie sorvoliamo in quanto non si ravvisano particolari problemi applicativi (perlomeno) legati alla certificazione sanitaria.

Il maggiore problema riscontrato risiede nella forma che assumono la maggioranza dei certificati di handicap che ancora non recano le definizioni esplicite necessarie per un agevole accesso ai benefici fiscali previsti.

Possibili azioni correttive

In attesa di una riforma generale su benefici e prestazioni, prevedere che ai fini delle agevolazioni previste dal comma 7 dell'articolo 30 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, relativamente alle persone con compromissione delle condizioni psichiche o intellettive, siano richiesti, in modo fra loro alternativo, il certificato di *handicap* con connotazione di gravità, di cui all'articolo 3 comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o il verbale di invalidità civile da cui risultino i presupposti sanitari per la concessione dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18 o per la concessione dell'indennità di frequenza di cui alla legge 11 ottobre 1990, n. 289. In tutti i casi la natura psichica o intellettuale della minorazione deve essere evidenziata nei relativi verbali.⁷ Inoltre, per gli invalidi con grave limitazione della capacità di deambulazione o affetti da pluriamputazioni prevedere che sia ammesso sia il certificato di *handicap* con connotazione di gravità, di cui all'articolo 3 comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 che il verbale di invalidità civile da cui risultino i presupposti sanitari per la concessione dell'indennità di accompagnamento. In ambedue i casi la natura della limitazione deve essere evidenziata nei verbali rilasciati dalle Commissioni deputate all'accertamento.

⁷ Il comma 7 dell'articolo 30 della legge 23 dicembre 2000, n. 388 recita:

“7. Le agevolazioni di cui all'articolo 8 della legge 27 dicembre 1997, n. 449, sono estese ai soggetti con handicap psichico o mentale di gravità tale da aver determinato il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento e agli invalidi con grave limitazione della capacità di deambulazione o affetti da pluriamputazioni, a prescindere dall'adattamento del veicolo.”

Rispetto ai cittadini già in possesso di certificati precedentemente rilasciati e incompleti delle indicazioni necessarie per l'accesso ai benefici fiscali, va contemplata l'opportunità per le Commissioni di rilasciare certificazioni specifiche anche su base documentale, senza cioè procedere ad ulteriore visita di accertamento, quando sia possibile.

Strumenti e modalità di attuazione
Modica della normativa nazionale.

5.2.2 I verbali e le agevolazioni lavorative

La normativa vigente in materia di agevolazioni lavorative (permessi mensili e congedi biennali retribuiti) pone come condizione ineludibile la presentazione del verbale di handicap con connotazione di gravità (art. 3, comma 3 della Legge 104/1992) e non ammette l'equipollenza di altre certificazioni di invalidità.

L'art. 2, comma 2, del Decreto legge 27 agosto 1993, n. 324 (convertito alla Legge 27 ottobre 1993 n. 423) che prevede che qualora la commissione medica non si pronunci entro 90 giorni dalla presentazione della domanda, l'accertamento può essere effettuato dal medico, in servizio presso la ASL che assiste il disabile, specialista nella patologia dalla quale è affetta la persona con disabilità. L'accertamento produce effetti, ai fini della concessione dei benefici previsti dall'art. 33, sino all'emissione del verbale da parte della commissione medica. Questa eccezione, tuttavia, oltre a comportare comunque una visita (quella specialistica) ulteriore, non risolve tutte le emergenze e la necessità di accedere in tempi rapidi alle agevolazioni lavorative.

Possibili azioni

Anche in questo caso, in attesa di una riforma generale, prevedere che ai fini delle agevolazioni lavorative previste dagli articoli 21 e 33 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 e dall'articolo 42 del decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, le Commissioni di accertamento delle minorazioni civili e dell'handicap siano autorizzate al rilascio di un certificato provvisorio, al termine della visita di accertamento. Il certificato provvisorio produce di conseguenza effetto fino all'emissione del verbale definitivo da parte della Commissione.

Le disposizioni di cui all'articolo 39 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, sono estese alle certificazioni relative alle minorazioni civili.⁸

Strumenti e modalità di attuazione
Modifica della normativa nazionale.

⁸ L'articolo 39 della legge 23 dicembre 1998, n. 448, recita:
"Autocertificazione dei soggetti portatori di handicap"

1. I soggetti riconosciuti ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, attestano, mediante autocertificazione effettuata nei modi e nei termini previsti dalla legge, l'esistenza delle condizioni personali richieste ai fini dell'adozione di provvedimenti amministrativi o dell'acquisizione di vantaggi, benefici economici, prestazioni sanitarie, agevolazioni fiscali o tributarie e di ogni altra utilità, erogati da soggetti pubblici o gestori o esercenti pubblici servizi."

5.3 La rivedibilità

La rivedibilità della situazione sanitaria è un istituto importante in materia di accertamento della disabilità.

La criticità nell'uso dell'istituto rende tuttavia necessario l'uso di metodi scientifici che si fondino su elementi riproducibili su tutto il territorio nazionale.

Si segnala, inoltre, un errore di lettura da parte di alcuni soggetti esterni deputati all'attivazione di determinati benefici spettanti agli invalidi permanenti. Per fare un esempio: non è infrequente che un beneficio fiscale sia negato in quanto la rivedibilità - secondo una lettura "profana" - escluderebbe la permanenza dell'invalidità.

Un'ultima grave questione riguarda la convocazione a visita nel caso di rivedibilità. Molto spesso le visite sono effettuate dopo la scadenza della data di rivedibilità. Una diffusa e restrittiva interpretazione della normativa vigente, sostiene che i benefici (esempio: permessi lavorativi ex art. 33 della Legge 104/1992) sono sospesi fino al momento della conferma dei requisiti.

Possibili azioni

Il sistema della rivedibilità deve essere completamente rivisto precisando le competenze istituzionali coinvolte (ente concessorio e commissioni mediche di verifica).

La rivedibilità delle condizioni relative all'handicap e alle minorazioni civili dovrebbe essere prevista dalle relative Commissioni di accertamento strettamente nei casi in cui sia ragionevolmente prevedibile, sulla base di evidenze scientifiche, un decorso migliorativo della patologia, affezione o menomazione.

La condizione di rivedibilità non deve pregiudicare l'accesso alle prestazioni previste da norme di legge o da regolamenti.

Le visite di rivedibilità dovrebbero, pertanto, essere effettuate prima della scadenza del termine di revisione e il certificato dovrebbe mantenere la sua efficacia sino all'emissione di quello nuovo così come i diritti acquisiti in materia di benefici, prestazioni e agevolazioni di qualsiasi natura.

Deve essere garantito su tutto il territorio nazionale la qualificazione medico-legale degli accertamenti e di conseguenza un appropriato utilizzo dell'istituto della revisione.

Strumenti e modalità di attuazione

- Inserire i criteri per la rivedibilità nelle linee guida professionali per le commissioni di accertamento.
- Modifica alla normativa nazionale.

5.4 Le visite finalizzate all'accertamento della permanenza dello stato invalidante

In questo contesto ci si riferisce al problema delle visite di controllo a campione, di cui è competente il Ministero Economia e Finanze, per la verifica della permanenza dello stato di disabilità. Queste visite, previste per legge, in assenza di criteri di selezione, hanno creato imbarazzanti situazioni di disagio a cittadini con gravi menomazioni che si sono visti chiamare a visita di controllo, il cui risultato non ha potuto che confermare l'accertamento effettuato in passato. Per ovviare a ciò, recenti norme⁹ prevedono che i soggetti portatori di menomazioni o patologie stabilizzate o ingratescenti, siano esonerati da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap. Tali norme (ancora inapplicate), tuttavia, pongono delle condizioni (*aver dato luogo al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione*) che nulla hanno a che fare con la gravità delle patologie e delle menomazioni.

Possibili azioni

È indispensabile ancorare alle evidenze scientifiche i criteri per l'esonero dalle visite finalizzate all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap; a tale scopo, va abrogata, ad esempio, la frase "*che abbiano dato luogo al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione*", contenuta nel comma 3 dell'articolo 6 della legge 9 marzo 2006, n. 80.

Strumenti e modalità di attuazione

Modifica alla normativa nazionale.

⁹ La legge 24.11.2003, n. 326 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30.9.2003, n. 269, recante disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici", all'articolo 42, comma 7, prevede quanto segue: "I soggetti portatori di gravi menomazioni fisiche permanenti, di gravi anomalie cromosomiche nonché i disabili mentali gravi con effetti permanenti, sono esonerati da ogni visita medica, anche a campione, finalizzata all'accertamento della permanenza della disabilità. Con decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze, di concerto con il Ministro della Salute, sono individuate le patologie rispetto alle quali sono esclusi gli accertamenti di controllo ed è indicata la documentazione sanitaria da richiedere agli interessati o alle commissioni mediche delle aziende USL, qualora non acquisita agli atti, idonea a comprovare l'invalidità".

La Legge 9 marzo 2006, n. 80, art. 6 comma3. "I soggetti portatori di menomazioni o patologie stabilizzate o ingratescenti, inclusi i soggetti affetti da sindrome da talidomide, che abbiano dato luogo al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione sono esonerati da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap. Con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute, sono individuate, senza ulteriori oneri per lo Stato, le patologie e le menomazioni rispetto alle quali sono esclusi gli accertamenti di controllo e di revisione ed è indicata la documentazione sanitaria, da richiedere agli interessati o alle commissioni mediche delle aziende sanitarie locali qualora non acquisita agli atti, idonea a comprovare la minorazione.».

5.5 Le verifiche dei verbali da parte delle Commissioni Mediche di Verifica

Il primo intervento normativo che prevedeva la verifica dei verbali emessi dalle commissioni ASL, riguardava soltanto l'invalidità civile, con lo scopo specifico di contrastare il fenomeno dei cosiddetti "falsi invalidi". Nel tempo tale verifica si è estesa ad altri contesti accertativi.

Le Commissioni Mediche di Verifica del Ministero dell'Economia e Finanze (prima Tesoro) sono state infatti integrate con la presenza di un operatore sociale e di uno specialista, per poter effettuare controlli, oltre che sui verbali di invalidità civile, anche - impropriamente - sulle certificazioni di handicap e sulle certificazioni per il collocamento mirato al lavoro delle persone disabili, ai sensi della legge 68/99.

Nella sostanza tutti i verbali delle Commissioni delle ASL, prima di essere consegnati al cittadino, devono essere approvati dalle Commissioni Mediche di Verifica del Ministero dell'Economia. Tali Commissioni possono convalidare i verbali, oppure richiedere approfondimenti oppure convocare a nuova visita i cittadini.

Successivamente la Legge 2 dicembre 2005, n. 248, ha convertito in legge con modificazione il Decreto legge 30 settembre 2005, n. 203. La norma trasferisce all'INPS le funzioni di verifica attribuite precedentemente al Ministero dell'Economia e le relative risorse finanziarie. Tuttavia, però, non sono stati emanati i decreti attuativi.

Questa, ad oggi, la situazione normativa con il conseguente assetto procedurale.

Sulla base delle considerazioni fatte nella prima parte di questo documento, concernenti l'evoluzione della normativa (in primo luogo, la legge 104/1992 ed, ultimamente, la legge 328/2000), mirata all'integrazione sociale delle persone con disabilità, è opportuno operare una riflessione sulla coerenza "culturale" con i nuovi principi, ed anche una valutazione approfondita sui costi benefici di questa procedura di verifica "formale" sull'operato di una commissione da parte di un'altra commissione, di pari rango professionale.

Qual è il valore aggiunto di questa verifica? Quali garanzie di qualità e di equità ne discendono? Quante volte una valutazione "scorretta" di una commissione ASL viene "corretta" dalla commissione di verifica, visto che nella stragrande maggioranza dei casi viene confermato l'operato delle Commissioni mediche delle ASL? Dopo più di quindici anni dall'emergenza del fenomeno dei cosiddetti "falsi invalidi" è ancora necessario ed efficace il "rimedio"?

Non v'è dubbio che, all'epoca, si erano rese necessarie una serie di misure volte a "responsabilizzare" il sistema di accertamento. La riforma delle commissioni ASL e l'introduzione della Tabella indicativa delle menomazioni del 1992, insieme ad altre misure (fra cui l'introduzione della verifica dei verbali che ebbe comunque un certo effetto responsabilizzante), costituirono, stimoli importanti per migliorare l'efficienza e l'efficacia complessive delle commissioni ASL.

Oggi siamo di fronte ad un contesto sociale decisamente cambiato. L'evoluzione della cultura assistenziale e la conseguente riflessione sulla necessità di fornire ai cittadini disabili risposte adeguate ai loro bisogni e mirate alla loro integrazione sociale, pone l'esigenza di una riforma di sistema che consenta di fornire risposte adeguate e tempestive ai bisogni dei cittadini.

Alla luce di ciò, è istituzionalmente doveroso interrogarsi su efficacia, utilità e funzione della procedura di verifica, considerando anche l'antieconomicità di mantenere due sistemi che non dialogano tra loro, non essendo mai possibile (né, del resto, prevedibile, vista la natura formale del controllo) un confronto di opinioni.

L'accertamento delle Commissioni ASL deve essere sempre di più il risultato di un lavoro sociosanitario integrato, specificatamente fondato sulla conoscenza della persona, delle sue potenzialità ed analisi della rete familiare e sociale. E' questo il percorso che deve essere proposto in tutto il territorio nazionale, colmando le differenze che oggi esistono da un territorio regionale ad un altro, e all'interno di uno stesso territorio regionale.

In tale contesto, il controllo delle Commissioni Mediche di Verifica risulta troppo "esterno" al sistema integrato dei servizi sanitari e sociali ai quali è necessario riferirsi per il sostegno e l'integrazione delle persone con disabilità .

Possibili azioni

Il problema dei controlli da parte delle Commissioni Mediche di Verifica (CMV) non costituisce di per sé una singola variabile disfunzionale, poiché è tale lo stesso controllo effettuato su tutti i verbali di invalidità civile, sulle certificazioni di handicap e su quelle per l'inserimento lavorativo ai sensi della L 68/'99, rispetto ai quali si può quindi prospettare una soluzione correttiva.

Si tratta, infatti, di una variabile di sistema e va, pertanto, affrontata all'interno del processo complessivo di revisione da parte del Legislatore.

Come detto precedentemente, risulta, infatti, assodato e condiviso, che la citata attività di controllo della CMV è esterna al sistema integrato, pertanto, appare utile valutarne la possibilità di collegamento ai controlli periodici ed a campione e nell'ambito della sola invalidità civile.

Il miglioramento tecnico-professionale ed una maggiore uniformità valutativa – di per sé elemento di qualità – possono scaturire da un sistema di verifiche e di valutazione della qualità, attuate all'interno dei Servizi sanitari e sociali, anche con il coinvolgimento dei cittadini e delle associazioni, tramite organi di controllo da individuare possibilmente a livello regionale, ferma restando la necessità di garantire uniformità di comportamenti nell'intero territorio nazionale.

D. La concessione delle provvidenze economiche e le forme di tutela

1. Limiti reddituali e provvidenze economiche

Come noto per alcune provvidenze economiche il Legislatore ha imposto dei limiti reddituali. La normativa di riferimento non parla di stato di bisogno o stato di necessità ma solo di limiti di reddito. La normativa di riferimento per i limiti reddituali è l'articolo 14 septies della Legge 29 febbraio 1980, n. 33 che recita: “i limiti di reddito [...], sono elevati a L. [...] annui, calcolati agli effetti dell'IRPEF e rivalutabili annualmente secondo gli indici di valutazione delle retribuzioni dei lavoratori dell'industria, rilevate dall'ISTAT agli effetti della scala mobile sui salari”.

A questo proposito va ricordato che la Cassazione Civile - Sez. Lav., nella sentenza n. 11122 del 12 dicembre 1996 ha stabilito che “va preso in considerazione il reddito imponibile agli effetti dell'imposta sul reddito delle persone fisiche al netto degli oneri deducibili e specificamente degli interessi passivi di un mutuo, in considerazione sia dell'elemento letterale del riferimento da parte della legge ad importi “calcolati agli effetti dell'Irpef [...] il legislatore ha permesso tale detrazione, è perché riconosce che la contrazione di un mutuo soddisfa bisogni elementari propri della generalità dei cittadini [...]”

Su tale aspetto si è espresso anche il Consiglio di Stato con parere n. 2283 del 14 febbraio 1990:

“Il limite di reddito previsto dall'art. 14-septies del D.L. 30 dicembre 1979 n. 663, convertito nella legge 29 febbraio 1989 n. 33, quale requisito per la concessione degli assegni mensili o della pensione sociale, di cui alla legge 30 marzo 1971 n. 118, va determinato con riguardo ai redditi che concorrono a costituire la base imponibile ai fini dell'Irpef. Non vanno pertanto computati i redditi esenti quali gli emolumenti percepiti per la pensione di guerra.”

Come è facile supporre il riferimento per quanto riguarda i limiti in parola è al reddito imponibile e non il reddito complessivo lordo.

La Ragioneria dello Stato si esprime assumendo il reddito complessivo lordo come riferimento per il limite di reddito e non il reddito imponibile (nella sostanza non vengono fatte paradossalmente valere detrazioni e deduzioni riconosciute alla generalità dei cittadini).

Nel calcolo dei limiti reddituali viene addirittura fatto valere il reddito dalla casa di prima abitazione. Il messaggio INPS 31976 del 21 settembre 2005, infatti, ribadisce ciò che già applica da tempo e cioè che bisogna “considerare il reddito derivante dalla casa di abitazione ai fini dell'accesso al diritto a pensione di invalidità civile. Quanto sopra sulla base della considerazione della distinzione tra deducibilità dei redditi ai fini fiscali e computabilità degli stessi redditi ai fini previdenziali e sul presupposto che laddove il legislatore ha voluto escludere il reddito della casa di abitazione lo ha esplicitamente previsto”.

Possibili azioni

Definire in maniera univoca i criteri da applicare per la determinazione dei limiti reddituali.

Strumenti e modalità di attuazione

Modifica della normativa nazionale.

2. Limiti reddituali: moltiplicazione dei momenti accertativi

Come già detto la moltiplicazione di momenti accertativi deriva anche da effetti derivanti da aspetti legati alla concessione dei benefici. Nel caso che esponiamo derivano dalla concessione delle provvidenze economiche spettanti ai minorati civili e da indicazioni fornite dall'INPS.

L'INPS ha diramato tre messaggi che riassumono gli iter che l'istituto intende adottare relativamente alle situazioni in cui gli invalidi civili superino i limiti di reddito previsti per la concessione delle relative provvidenze economiche (pensioni, indennità e assegni). I messaggi sono il n. 18703 del 14 giugno 2004, oltre al n. 20901 e 20902 del 2 luglio 2004.

Gli iter sono riassumibili in tre fattispecie.

La prima fattispecie è riconducibile ai casi in cui, per la prima volta una persona richieda l'accertamento delle minorazioni civili e queste vengano riconosciute in misura tale da consentire la possibile concessione delle relative provvidenze economiche. Se il limite reddituale previsto dalla normativa vigente viene superato, tuttavia, le provvidenze economiche non verranno concesse.

Nell'ipotesi in cui il reddito personale rientri successivamente nei limiti previsti, l'interessato dovrà presentare una nuova istanza a seguito della quale verrà sottoposto a nuova visita e a nuovo accertamento reddituale. Nel caso entrambi gli accertamenti siano positivi, la provvidenza decorre dal primo giorno del mese successivo alla nuova domanda.

La seconda fattispecie è riconducibile ai casi in cui, successivamente alla concessione delle provvidenze economiche, l'interessato supera i limiti con introiti destinati ad incidere stabilmente sul proprio reddito personale (redditi da lavoro, nuove pensioni ecc.), le provvidenze economiche vengono revocate.

Nel caso in cui il reddito rientri nei limiti previsti, l'interessato deve presentare nuova istanza di accertamento e verrà sottoposto a nuova visita e ad accertamento reddituale. Nel caso entrambi gli accertamenti siano positivi, la provvidenza decorre dal primo giorno del mese successivo alla nuova domanda.

La terza fattispecie è riconducibile ai casi in cui, successivamente alla concessione delle provvidenze economiche, l'interessato supera i limiti con introiti destinati a non incidere stabilmente sul proprio reddito personale (liquidazione TFR, arretrati a vario titolo ecc.), le provvidenze economiche vengono sospese.

Nel caso in cui si supponga che il reddito rientri nei limiti previsti, l'interessato deve presentare istanza per la concessione entro il 31 dicembre dell'anno precedente a cui ritiene di rientrare nei limiti reddituali. Non verrà sottoposto, in questo caso, a nuova visita di accertamento sanitario. La provvidenza decorre dal primo giorno del mese successivo alla nuova domanda, cioè dal primo gennaio dell'anno successivo a quello in cui si sono superati i limiti reddituali.

Nelle ipotesi in cui l'iter di concessione si sia protratto per più anni e qualora il limite reddituale annuo riferito alla data della domanda risultasse superato, la provvidenza stessa sarà concessa dall'inizio dell'anno in cui il requisito reddituale risulta soddisfatto. In questo caso non è necessario, per l'interessato, presentare nuovamente domanda né venire sottoposto nuovamente a visita.

Possibili azioni

L'individuazione delle patologie stabilizzate e ingravescenti (ex Legge 80/2006) non risolverà che parzialmente il problema. È necessario prevedere che la locuzione di cui all'articolo 14 septies della legge 29 febbraio 1980, n. 33, "calcolati agli effetti dell'IRPEF", riferita ai limiti di reddito previsti

per la concessione di talune provvidenze economiche ai minorati civili, possa essere intesa esclusivamente come reddito imponibile ai fini IRPEF.¹⁰ I minorati civili che superino i limiti reddituali fissati dalla normativa vigente, e il cui reddito rientri successivamente entro tale limite, non debbano, pertanto, essere a sottoporsi a nuova visita di accertamento sanitario al fine di ottenere la concessione delle provvidenze economiche, fatte salve le revisioni precedentemente previste.

Strumenti e modalità di attuazione
Modifica alla normativa nazionale.

3. Concessione dell'indennità di frequenza e provvidenze ai minori

L'indennità di frequenza, provvidenza a favore degli invalidi minorenni, è stata istituita dalla Legge 11 ottobre 1990, n. 289. Viene concessa a chi sia stato riconosciuto "minore con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età" oppure "minore con perdita uditiva superiore a 60 decibel nell'orecchio migliore". Viene erogata ai cittadini italiani residenti in Italia e agli stranieri titolari di carta di soggiorno. È il caso di ricordare che l'indennità di frequenza è incompatibile con l'indennità di accompagnamento agli invalidi civili e ai ciechi assoluti, con l'indennità speciale ai ciechi parziale e infine con l'indennità di comunicazione concessa ai sordi.

Oltre ai requisiti sanitari viene posta quale condizione all'erogazione la frequenza, continua o anche periodica di centri ambulatoriali o di centri diurni anche di tipo semiresidenziale, pubblici o privati, specializzati nel trattamento terapeutico o riabilitativo delle persone disabili. L'indennità può essere concessa anche alle persone che frequentano centri di formazione, scuole pubbliche o private di ogni ordine e grado.

¹⁰ L'articolo 14 septies della legge 29 febbraio 1980, n. 33, recita:

"14-septies. Con decorrenza 1° luglio 1980 l'importo mensile della pensione non reversibile spettante ai ciechi civili di cui all'art. 2, L. 27 maggio 1970, n. 382, e successive modificazioni, nonché della pensione di invalidità di cui agli articoli 12, 13 e 17, L. 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni, in favore dei mutilati e degli invalidi civili nei cui confronti sia stata accertata una totale o parziale inabilità lavorativa, nonché l'assegno mensile di assistenza per i sordi di cui all'art. 1, L. 26 maggio 1970, n. 381, e successive modificazioni, che viene definito "pensione non reversibile", è elevato a L. 100.000 comprensive dell'aumento derivante dall'applicazione, nell'anno 1980, della perequazione automatica prevista dall'art. 7, L. 3 giugno 1975, n. 160.

Le pensioni di cui al comma precedente sono erogate per intero anche ai ciechi civili, ai mutilati, agli invalidi civili e ai sordi ospiti di istituti o case di riposo.

I benefici di cui ai commi primo e secondo sono estesi ai ciechi titolari di pensione di cui all'art. 1 della L. 27 maggio 1970, n. 382, minori di diciotto anni.

Con decorrenza 1° luglio 1980 i limiti di reddito di cui agli artt. 6, 8 e 10, D.L. 2 marzo 1974, n. 30, convertito con modificazioni nella L. 16 aprile 1974, n. 114, e successive modificazioni, sono elevati a L. 5.200.000 annui, calcolati agli effetti dell'IRPEF e rivalutabili annualmente secondo gli indici di valutazione delle retribuzioni dei lavoratori dell'industria, rilevate dall'ISTAT agli effetti della scala mobile sui salari.

Con la stessa decorrenza di cui al comma precedente il limite di reddito per il diritto all'assegno mensile in favore dei mutilati e degli invalidi civili, di cui agli articoli 13 e 17 della L. 30 marzo 1971, n. 118, e successive modificazioni ed integrazioni, è fissato in lire 2.500.000 annui, calcolati agli effetti dell'IRPEF con esclusione del reddito percepito da altri componenti del nucleo familiare di cui il soggetto interessato fa parte.

Il limite di reddito di cui al comma precedente sarà rivalutato annualmente sulla base degli indici delle retribuzioni dei lavoratori dell'industria rilevate dall'ISTAT agli effetti della scala mobile sui salari.

Sono abrogate le disposizioni legislative incompatibili.

All'onere derivante dalle disposizioni del presente articolo, valutato in lire 45 miliardi per l'anno 1980, si provvede mediante corrispondente riduzione del capitolo 6856 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro per l'anno finanziario medesimo, utilizzando parzialmente l'accantonamento "Potenziamento del Corpo della guardia di finanza".

Il Ministro del tesoro è autorizzato ad apportare con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio."

La Corte Costituzionale con sentenza n. 467 del 20 - 22 novembre 2002, ha inoltre precisato che l'indennità deve essere concessa anche nel caso di frequenza ad asili nido, attribuendo a tali strutture un ruolo educativo e riabilitativo e di primaria importanza. Tale fattispecie era precedentemente esclusa dalla prassi consolidata.

Nel caso di frequenza a centri di riabilitazione e centri diurni, il Legislatore (art. 1 comma 2) ha previsto che l'indennità in parola possa essere concessa solo se questi operano in regime di convenzione con il pubblico.

Con un'interpretazione restrittiva rimarrebbero esclusi tutti i centri accreditati o comunque riconosciuti.

Il secondo problema è relativo alla concessione dell'indennità. La Legge 289/1990 prevede che l'erogazione dell'indennità decorra dal primo giorno del mese successivo a quello in cui è iniziata la frequenza scolastica o ad un centro riabilitativo, diurno o di formazione e si concluda il mese successivo al termine delle frequenze. La ratio della norma è che sia riconosciuta la provvidenza per il numero di mesi per i quali è in essere la frequenza. Pertanto, a titolo esemplificativo se la frequenza ha inizio in settembre e si conclude in giugno, le mensilità erogate saranno quelle da ottobre (incluso) a luglio (incluso).

Interpretazioni restrittive, purtroppo molto diffuse, ritengono invece che l'erogazione decorra dal mese successivo all'inizio della frequenza e cessi nell'ultimo mese di frequenza. In tal modo il numero di mensilità erogate è sempre inferiore a quello dell'effettiva frequenza.

Un altro aspetto problematico, affrontato con disomogenee interpretazioni, è la definizione del numero di giorni minimo necessario di frequenza ad un centro di riabilitazione per poter riconoscere il diritto all'indennità.

Un fenomeno in ampia espansione e non scevro da sperequazioni è quello relativo ai minori extracomunitari con disabilità, per i quali, si ricorderà, è comunque necessario il possesso della carta di soggiorno quale condizione per la concessione di provvidenze economiche. In questo ambito vi sono numerosi aspetti da chiarire (i minori accompagnati, i minori, dopo i quattordici anni, non accompagnati) e fattispecie da tutelare maggiormente.

Ulteriore elemento riguarda i rifugiati politici, per quali va ribadito, forti degli articoli 23 e 24 della Convenzione di Ginevra del 28 luglio 1951, che lo status loro proprio e documentato faccia sì che la concessione di prestazioni derivanti da una minorazione civile accertata prescindano dalla titolarità della carta di soggiorno.

Possibili azioni

La forte disomogeneità interpretativa comporta una disparità di trattamento sul territorio nazionale. Sugeriamo di seguito una soluzione interpretativa univoca ai tre problemi sollevati.

Rispetto alla condizione del "convenzionamento" del centro di riabilitazione prevista come condizione per poter ottenere l'indennità, si ritiene che il Legislatore, con tale previsione, abbia voluto mantenere una forma di controllo rispetto alla qualità dei centri di riabilitazione, nell'interesse stesso del cittadino. L'unico strumento di verifica poteva essere, allora, la presenza di una convenzione in atto con l'ente pubblico.

Tale indicazione va interpretata tenendone in considerazione lo spirito originario e temperandola con la successiva normativa in materia di convenzionamenti, accreditamenti ed autorizzazioni al funzionamento da parte delle strutture con finalità riabilitative.

È invalsa inoltre la tendenza a garantire la facoltà da parte del cittadino alla libera scelta rispetto alle terapie che questi intenda seguire e ai soggetti cui si voglia rivolgere.

Si ritiene pertanto che l'indennità di frequenza debba essere erogata non solo per cicli di riabilitazione o terapia presso centri convenzionati (peraltro con qualsiasi ASL italiana), ma anche per analoghi trattamenti assicurati da soggetti non convenzionati, ma accreditati o autorizzati al funzionamento e il cui responsabile sanitario sia individuato ai sensi degli articoli 221, 222 del Testo Unico Leggi Sanitarie.

La persona cui sia stata riconosciuta l'indennità di frequenza dovrà quindi esibire una dichiarazione del centro cui si rivolge che indichi se questo opera in convenzione, oppure se è accreditato dal Servizio Sanitario Nazionale, oppure il nominativo del proprio direttore sanitario. Tale precisazione può essere inclusa nella stessa dichiarazione che il centro rilascia a dimostrazione della frequenza da parte del soggetto titolare dell'indennità.

Relativamente ai ratei da erogarsi, non si ritiene possano esservi dubbi: siano corrispondenti al numero di mesi di frequenza effettivamente svolta.

Riguardo all'ultimo nodo problematico, vista la non definibile variabilità delle esigenze legate alle singole minorazioni non è possibile definire un limite minimo mensile di sedute o di durata dei cicli riabilitativi o terapeutici, fermo restando che l'indennità di frequenza non può essere erogata in presenza di prestazioni, pur terapeutiche o riabilitative occasionali o non programmabili.

Va pertanto assunta a riferimento la dichiarazione del responsabile del centro il quale deve attestare che il soggetto frequenta il centro stesso per cicli o programmi riabilitativi o terapeutici non occasionali, facendo salva la possibilità di verifica da parte degli organi competenti.

Strumenti e modalità di attuazione

Modifica alla normativa nazionale

4. Forme di tutela: i Ricorsi

La Legge 326/2003, articolo 42, ha soppresso la possibilità per il cittadino di presentare ricorso amministrativo contro i pareri assunti dalle Commissioni preposte all'accertamento dell'invalidità civile e dell'handicap. Dal 1 gennaio 2005 i ricorsi devono essere inoltrati al giudice ordinario.

Al riguardo, sono numerose le segnalazioni che indicano una maggiore difficoltà dei cittadini che vogliono appellarsi al giudizio delle commissioni di accertamento. Le segnalazioni riguardano, in particolare, i tempi non definiti per l'espletamento del procedimento, e i costi a carico dei cittadini.

Non c'è dubbio che, nonostante sia acclarata l'inefficacia dei ricorsi amministrativi, così come precedentemente previsti per l'effettiva tutela del cittadino, la possibilità di ricorso è un diritto inalienabile del cittadino ed è alla base di un equilibrato esercizio della democrazia.

Non va dimenticato, tuttavia, che il ricorso, in questo caso, è anche indicatore della soddisfazione del cittadino, legata alla qualità della prestazione ricevuta.

In tale ottica, è interesse prioritario della Pubblica Amministrazione diminuire il più possibile i "contenziosi". Pertanto, fermo restando un numero "fisiologico" di soggetti che ricorrono, il miglioramento della qualità del sistema dovrebbe comportare un minor numero di ricorsi.

Possibili azioni

Anche in questo caso ci troviamo di fronte non ad una singola variabile disfunzionale, ma ad una variabile di sistema che va affrontata all'interno del processo complessivo di revisione da parte del Legislatore, anche attraverso una riflessione sulla possibilità/opportunità di ripristinare i ricorsi amministrativi da parte dei cittadini, se non proprio con la considerazione dell'istanza di riesame, sempre da parte dei predetti, presso organi di controllo da individuare possibilmente a livello regionale.

Strumenti e modalità di attuazione

Modifica alla normativa nazionale.