

**Audizione XII Commissione (Affari Sociali)  
Camera dei Deputati**

*Atto del Governo n. 507 “Schema di decreto ministeriale concernente l’approvazione delle nuove tabelle indicative delle percentuali di invalidità per le menomazioni e le malattie invalidanti”*

**Osservazioni della  
*Federazione Italiana per il Superamento dell’Handicap***

*30 ottobre 2012*

Dando attuazione alla disposizione dell'articolo 20, comma 6, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102, il Ministero della salute ha definito lo schema di decreto recante nuove tabelle indicative delle percentuali di invalidità per le menomazioni e le malattie invalidanti.

Le nuove tabelle, pertanto, dovrebbero sostituire quelle vigenti contenute nel Decreto del Ministero della Sanità del 5 febbraio 1992 unitamente alle istruzioni relative alle modalità di applicazione.

Dopo un'attenta lettura dello schema proposto, la Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap evidenzia una serie di contestazioni così riassumibili:

1. **Patente violazione dei principi** contenuti nella **Convenzione delle Nazioni Unite** sui diritti delle persone con disabilità (13 dicembre 2006) ratificata con legge 3 marzo 2009, n. 18.
2. Predisposizione dello schema **non in funzione del diritto alla salute** delle persone ma, dichiaratamente, quale strumento (inefficace) di contrasto al cosiddetto fenomeno delle “false invalidità”
3. **Aumento dei costi a carico del Servizio Sanitario Nazionale** e del Cittadino a causa delle specifiche ulteriori certificazioni prevista.
4. Debolezza, inadeguatezza e **arretratezza scientifica** dello strumento adottato.
5. **Discriminazione e misure vessatorie** nei confronti di talune patologie (**autismo, disabilità psichiche, neoplasie, demenze senili**).
6. **Totale assenza di definizioni e orientamenti per l'individuazione dei requisiti per la concessione dell'indennità di accompagnamento** (maggiore voce di spesa di questo comparto, pari a 13 miliardi l'anno).

## **1. Violazione dei principi contenuti nella Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità**

Lo schema di Decreto richiama nelle premesse la Convenzione ONU, ma non ne rispetta affatto le condizioni a partire dalla definizione stessa di disabilità.

Le definizioni di disabilità (preambolo, lett. e) e di persona con disabilità (articolo 1, comma 2), sono l'espressione dei principi fondamentali su cui si basa la Convenzione ONU. Derivano pertanto dall'affermazione dei diritti umani delle persone, del diritto all'inclusione e alla partecipazione sociale in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri. Vi si aggiunga il conseguente divieto ad ogni forma di discriminazione e di segregazione e da ultimo si sottolineino tutti gli intenti legati all'abilitazione, alla libertà di scelta, alla ricerca di accomodamenti ragionevoli in caso di palesi condizioni di discriminazione.

In sintesi: le persone vanno messe nella condizione di vivere, scegliere, partecipare, rimuovendo gli ostacoli che impediscono loro di farlo e promuovendo soluzioni che ne consentano la partecipazione al pari degli altri.

È in questo contesto logico, prima ancora che etico, che ci si muove quando si definisce la disabilità come *«un concetto in evoluzione»* e come *«risultato dell'interazione tra persone con menomazioni e barriere comportamentali ed ambientali, che impediscono la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri»*.

La disabilità non è un concetto imperituro che possa essere fotografato con un'immagine che non ha scadenza. Essendo il risultato di un'interazione, e potendo modificarsi uno degli elementi di tale "scambio", la disabilità che conosciamo oggi potrebbe essere molto diversa da quella di domani (peculiarità diverse, nuove forme di esclusione, nuove forme di partecipazione...).

Questa rimarcata evoluzione non ha solo un significato storico e sociologico, cioè riguardante l'evoluzione di una intera società, ma è valida anche rispetto ad ogni persona le cui condizioni possono modificarsi. La persona può seguire percorsi di capacitazione o involversi, suo malgrado, in situazioni segreganti o discriminanti a causa di nuove barriere o ulteriori ostacoli. La disabilità cambia assieme all'interazione che la genera. Riconoscere e saper rilevare questa dinamicità permette anche di valutare l'efficacia delle politiche generali e dei supporti alle persone.

L'interazione è fra le persone che hanno una menomazione e le barriere che queste incontrano. Le barriere sono comportamentali: atteggiamenti, luoghi comuni, pregiudizi, prassi, omissioni. Le barriere sono ambientali: luoghi, servizi, prestazioni inaccessibili; assenza di progettazione per tutti; assenza di politiche inclusive...

Non esiste disabilità senza barriere. Senza barriere e ostacoli ci sono "solo" persone con menomazione.

Inoltre, questa interazione negativa assume significato perché impedisce alle persone con

menomazione *«la loro piena ed effettiva partecipazione alla società su base di uguaglianza con gli altri»*.

Quindi risultano incluse nelle interazioni negative anche le discriminazioni, cioè i trattamenti differenziati (diseguali) senza giustificazione.

In altre parole viene riconosciuto che la rimozione o riduzione della disabilità è una responsabilità (e dovere) istituzionale e della società nel suo complesso. Infatti le barriere, gli ostacoli e le condizioni di discriminazione sono creati in gran parte dalla società che si è dimenticata che esistono persone che si muovono su sedia a rotelle, si orientano con un cane guida, comunicano senza l'uso della voce, si relazionano a cuore aperto.

L'articolo 5 della Convenzione ONU impone agli Stati di proibire qualsiasi discriminazione e, nel caso venga riconosciuta da un tribunale, obbliga gli stessi Stati a mettere in atto un accomodamento ragionevole che rimuova la condizione di discriminazione e disuguaglianza, ne impedisca il ripetersi e, nel caso, risarcisca il discriminato dai danni materiali e morali subiti.

Tenendo conto de *«l'universalità, l'indivisibilità, l'interdipendenza e interrelazione»* di tutti i diritti umani, ogni volta che si impedisce il pieno godimento di uno di questi diritti, vengono ad essere colpiti in una catena negativa anche tutti gli altri diritti.

Qui sta tutto il peso specifico della Convenzione: rendere un diritto effettivo di tutti e in tutti gli ambiti della vita ciò che oggi viene faticosamente riconosciuto solo come legittima aspirazione di qualcuno e solo in alcuni ambiti della vita.

Dello stesso tenore è la definizione di persona con disabilità: *«Per persone con disabilità si intendono coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri»*.

Prima sintesi: per rendere la persona con menomazione una persona con disabilità è necessario che una serie di barriere ostacolino la sua piena ed effettiva partecipazione. A generare la disabilità, quindi, non è tanto la menomazione, ma gli ostacoli che la persona incontra, le scelte e i percorsi che può o meno assumere durante la sua vita a causa di barriere che altri hanno posto.

Si tratta di una definizione profondamente "rivoluzionaria" rispetto a quella assunta dalla normativa italiana (pre)vigente alla Convenzione: viene riaffermata la responsabilità di fondo delle politiche di ciascun Paese e dei servizi che questo attiva e mantiene per favorire la piena inclusione e le pari opportunità senza discriminazioni basate sulla disabilità.

## Disabilità: Italia e ONU

| Costituzione Italiana  | Convenzione ONU  |
|--|--|
| <i>Personae</i> : inabili al lavoro e sprovvisti dei mezzi necessari per vivere.   | <i>Personae</i> : con durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che incontrano barriere comportamentali e ambientali.  |
| <i>Diritti</i> : mantenimento e assistenza sociale; pari dignità sociale ed eguaglianza davanti alla legge.  | <i>Diritti</i> : piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri.   |
| <i>Società</i> : rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei Cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese. | <i>Società</i> : promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto per la loro intrinseca dignità. |

La Convenzione ONU non propone nessun riferimento ai processi di valutazione della menomazione che peraltro definisce come di lunga durata (il che è frutto di compromesso in sede di elaborazione).

L'interesse piuttosto è sulle cause della disabilità e quindi sulle barriere, sulle politiche, sui servizi, sui fattori contestuali ed ambientali. Dalla Convenzione si comprende quanto sia più rilevante intervenire sulle cause di esclusione, discriminazione, assenza di pari opportunità, anziché commisurare, soppesare, graduare le menomazioni o il grado di dipendenza assistenziale.

Interessano di più i diritti umani, ma interessano anche i servizi e i supporti che ne consentano la concreta applicazione, oltre che favorire adeguati livelli di vita e protezione sociale, di sostegno delle spese collegate alle disabilità, di riduzione della povertà, di aiuto economico o forme di presa in carico, di abilitazione, di formazione.

**Al momento non esiste in Italia alcuna prassi operativa o procedimento amministrativo di accertamento o valutazione che sia riconducibile al concetto di disabilità espresso dalla Convenzione ONU.**

La pur ridondante gamma di momenti accertativi, la ripetizione copiosa di visite di accertamento e di controllo non producono le informazioni presupposte dalla Convenzione. Il *gap* fra quanto richiesto dall'ONU e le modalità adottate in Italia è diverso a seconda delle tipologie di valutazione.

In Italia le valutazioni sono strettamente connesse ai benefici ad esse correlate: la loro funzione è quella di accertare una "soglia" oltre la quale si accede ad una provvidenza od ad un intervento assistenziale. Generano normalmente la definizione di uno status che consente

di accedere a servizi, prestazioni, benefici lavorativi, senza tuttavia descrivere in modo circoscritto le reali necessità di supporto, tanto che spesso i servizi sono “costretti” a effettuare proprie ulteriori valutazioni per meglio tarare gli interventi di presa in carico o di progettazione individualizzata (laddove esista). Ogni momento valutativo ha propri indicatori fra loro non comparabili ed un linguaggio non omogeneo, non solo e non tanto con la Convenzione ONU, ma fra gli stessi diversi momenti valutativi.

**Questa distanza fra l’apertura culturale della Convenzione ONU e i limiti della normativa italiana è ulteriormente ampliata dallo schema di decreto proposto.**

Lo schema di decreto continua a basarsi sulla definizione di invalidità civile vigente.

La definizione di invalidità civile è piuttosto datata (1971, con marginali modifiche nel 1988). Secondo una indicazione ancora vigente sono *«mutilati ed invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età. Ai soli fini dell’assistenza socio-sanitaria e della concessione dell’indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età»*.

Al di là dei linguaggi e dei termini vetusti, il riferimento cardine, come si potrà notare, è alla riduzione della capacità lavorativa. La valutazione avviene usando delle Tabelle (le ultime approvate nel 1992) che indicano per ciascuna “patologia, affezione, menomazione” un punteggio fisso o variabile in range di 10 punti. Il presupposto “scientifico” di collegare una patologia ad una riduzione della capacità lavorativa (che peraltro è indicata come generica) è piuttosto labile e frutto di successivi compromessi.

Ancora più incerti sono i contorni della capacità di svolgere gli atti quotidiani della vita, per la valutazione dei quali mai sono state fornite indicazioni metodologiche.

Altri percorsi valutativi sono previsti per le invalidità di tipo sensoriale (persone non vedenti e sorde), ma con la medesima logica.

Le minorazioni civili (invalidità, cecità, sordità) sono accertate da Commissioni operanti presso le Aziende Sanitarie Locali, integrate da un medico dell’Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS). Ciascun verbale viene poi verificato dall’INPS e convalidato o annullato dopo propri accertamenti.

Il riconoscimento della minorazione civile, in alcuni casi dopo la prova mezzi (limiti reddituali), dà luogo alla concessione di provvidenze economiche e consente l’accesso ad alcune altre agevolazioni.

**La valutazione delle minorazioni civili nello schema di decreto raffrontata con le indicazioni della Convenzione ONU**

|   |  |
|---|--|
| <i>Capacità di definire la menomazione</i>  | <i>Discutibile:</i> l'indicazione delle menomazioni è correlata all'attribuzione di punteggio tabellato individuato secondo un'inabilità lavorativa generica.  |
| <i>Capacità di definire l'interazione con le barriere (quali barriere)</i>                        | <i>Assente:</i> la percentuale di invalidità per la medesima menomazione è la stessa indipendentemente dal contesto in cui vive la persona.  |
| <i>Capacità di individuare l'impedimento alla partecipazione/pari opportunità</i>                 | <i>Assente:</i> la percentuale di invalidità per la medesima menomazione è la stessa indipendentemente dalla storia personale o dagli ostacoli che la persona incontra.  |
| <i>Capacità di rilevare l'evoluzione della menomazione e/o degli altri aspetti di interazione</i> | <i>Discutibile:</i> il sistema di valutazione prevede revisioni e controlli sempre più rivolti a revocare benefici e provvidenze solo sulla base della permanenza della menomazione invalidante.   |
| <i>Ostacoli e barriere causati o indotti dal sistema di valutazione</i>                           | <p>La valutazione finale, nonostante le risorse impegnate e il sovraccarico per la persona, non è sufficiente ad accedere a tutti i servizi, in ragione della disabilità. Devono comunque essere attivati altri percorsi accertativi (es. handicap, disabilità ai fini lavorativi, non autosufficienza ecc.) e valutativi.</p> <p>La percentuale di invalidità non fornisce alcuna indicazione utile alla progettazione di servizi individuali. I tempi di attesa di convocazione e rilascio del verbale non sono adeguati.</p> <p>Sono frequenti i controlli e le revisioni anche nel caso di menomazioni stabilizzate.</p> <p>Il sistema genera un contenzioso in giudizio di notevoli entità e costo per il Cittadino e lo Stato.</p> <p>Nei ricorsi contro le decisioni che lo riguardano, il Cittadino parte sempre da una posizione di svantaggio.</p> |

**Si può pertanto concludere che il richiamo, nello schema di decreto, alla Convenzione ONU sui diritti delle persona con disabilità è del tutto formale, ma nient'affatto sostanziale.**

## **2. Predisposizione dello schema non in funzione del diritto alla salute delle persone ma, dichiaratamente, quale strumento (inefficace) di contrasto al cosiddetto fenomeno delle “false invalidità”**

Il decreto, oggi presentato sotto forma di schema, è stato previsto dall'articolo 20, comma 6, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102.

Giova rammentare che il titolo di quell'articolo è *“Contrasto alle frodi in materia di invalidità civile”*.

Lo stesso Ministero, in una comunicazione di sollecito alle Regioni (**18 settembre 2012**), **richiama l'attenzione sul fatto che lo schema di decreto di cui trattasi costituisce una delle iniziative volte a contrastare le frodi in materia di invalidità civile.**

Lo schema risponde, quindi, alla stessa logica che ha prodotto 800.000 mila controlli in quattro anni, su altrettante persone senza generare un risparmio sostanziale della spesa pubblica e generando anzi contenzioso, disagi e spingendo il Senato ad istituire una Commissione di indagine per verificare eventuali abusi.

L'accertamento di uno stato invalidante è comunemente considerato un momento strettamente connesso alla garanzia del diritto alla salute, poiché da quell'apprezzamento discende l'attivazione di servizi e prestazioni, oltre che di accesso al sistema di protezione sociale previsti anche dalla Costituzione.

Quello della prioritaria tutela della salute, al contrario, non risulta come prioritaria preoccupazione del Legislatore che tende invece ad inasprire, spesso immotivatamente ed inefficacemente, le condizioni per il riconoscimento delle diverse menomazioni.

L'inefficacia più palese è quella che riguarda l'individuazione dei criteri per la concessione dell'indennità di accompagnamento, pressochè assenti nello schema del decreto. Singolare lacuna visto che la spesa per indennità di accompagnamento è di circa 13 miliardi su 16 di spesa complessiva per le provvidenze assistenziali per gli invalidi civili.



### **3. Aumento dei costi a carico del Servizio Sanitario Nazionale e del Cittadino a causa delle specifiche ulteriori certificazioni prevista.**

In larga misura lo schema di decreto prevede, per un buon di patologie e menomazioni la preliminare acquisizione dei referti, test, accertamenti. Si tratta per lo più di test di cui i pazienti non dispongono e, con tutta evidenza, dovranno acquisire prima dell'accertamento o, laddove sia prevista, prima delle visita di revisione.

Più verosimilmente è prevedibile che la stessa commissione, prima di esprimere una valutazione definitiva, richiedano ulteriori accertamenti specialistici se non già a disposizione. Poco contano le evidenze oggettive riscontrabili direttamente dai medici della Commissione.

A prescindere dai maggiori costi a carico del Servizio Sanitario Nazionale (e del Cittadino qualora non sia esente per patologia o per età o per reddito), i tempi complessivi per la definizione delle singole posizione è destinata ad allungarsi ulteriormente.

Già oggi i tempi medi, nient'affatto diminuiti dopo l'informatizzazione del sistema, si attestano sopra i 210 giorni (con picchi in alcune realtà sopra l'anno).

Ci si chiede, vista la rilevanza preminente della documentazione medica, il senso di mantenere l'attuale sovradimensionata composizione delle commissioni di accertamento di invalidità in cui sono presenti tre medici ASL, un medico INPS, un medico delle associazioni di categoria.

Va annotata anche l'evidente dissonanza con le norme degli ultimi in materia di semplificazione amministrativa e, da ultimo, con la Legge 4 aprile 2012, n. 35 (articolo 4, *Semplificazioni in materia di documentazione per le persone con disabilità e patologie croniche*) che ha autorizzato il Governo ad emanare uno o più regolamenti "volti ad individuare gli ulteriori benefici per l'accesso ai quali i verbali delle commissioni mediche integrate (...) attestano l'esistenza dei requisiti sanitari, nonché le modalità per l'aggiornamento delle procedure informatiche e per lo scambio dei dati per via telematica".

#### **4. Debolezza, inadeguatezza e arretratezza scientifica dello strumento adottato.**

La sola apparente novità delle Tabelle, che introducono l'obbligo di acquisizione di specifici test e referti, maschera un'arretratezza di fondo che trova il suo fulcro nella permanenza del concetto di "incapacità lavorativa generica".

Il concetto di incapacità lavorativa generica risale all'inizio del secolo ed è stato fino da allora espressione di una ridotta attitudine del soggetto a produrre beni con riferimento ad una attività lavorativa di tipo manuale-generico. Ai più appare evidente la intrinseca incongruità di questa categoria valutativa, tanto che risulta estremamente difficile individuare una sorta di media della capacità lavorativa generica riconoscibile in questo ambito.

Eppure lo schema del decreto continua a basarsi su tale concetto quanto mai aleatorio e indefinito, oggetto di diffuse ed autorevoli critiche nel corso degli ultimi decenni.

Pertanto, quand'anche vi fosse rigore scientifico assoluto nell'individuazione del grado di compromissione derivante dalle patologie, affezioni o menomazioni la loro commisurazione continuerebbe ad essere effettuata sulla base di un concetto ampiamente superato anche dalla dottrina giurisprudenziale prima ancora che dalla letteratura e dall'esperienza medico legale.

A tali criticità si aggiungano quelle già espresse a proposito dei principi indicati dalla Convenzione ONU: lo strumento proposto è assolutamente inefficace nell'individuare le fondamentali interrelazioni fra menomazioni e ambiente, facilitatori e ostacoli/barriere.

Ci si interroga, senza trovare risposte, sulla mancata adozione di ben più recenti tassonomie, almeno per le funzioni e le strutture corporee, indicate dall'OMS e cioè l'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Salute e della Disabilità).

Sempre rispetto all'inefficienze dello strumento proposto va ricordato **che già nel 2001 la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha emanato un atto di indirizzo in materia di prestazioni socio-sanitarie, prevedendo che l'assistenza socio-sanitaria venga prestata «alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali».**

Le prestazioni socio-sanitarie dovrebbero essere definite tenendo conto della natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale, nonché la sua durata.

La natura del bisogno, secondo l'atto di indirizzo, dovrebbe tenere conto delle funzioni psicofisiche; della natura delle attività della persona e relative limitazioni; delle modalità di partecipazione alla vita sociale; dei fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento.

Lo strumento proposto, al contrario, nonostante lo sforzo organizzativo e il sovraccarico che impone si limita a valutare ***“l'incidenza delle infermità sulla capacità lavorativa***

***esprimendo il pregiudizio percentuale che su di essa comporta ciascuna menomazione anatomico-funzionale” cioè una circostanza assolutamente inutile in termini di valutazione del bisogno (e tanto meno di identificazione di diritti).***

Si vedano più sotto, sempre a proposito di queste evidenti debolezze, le considerazioni relative all'indennità di accompagnamento.

## 5. Discriminazione e misure vessatorie nei confronti di talune patologie (autismo, disabilità degenerative, neoplasie, demenze senili).

Pur ritenendo sufficienti le osservazioni sin qui esposte, alcuni appunti sul merito di alcune procedute meritano di essere evidenziate.

Le disposizioni specifiche per le **neoplasie** divengono molto più restrittive che in passato, considerando con estremo puntiglio i diversi stadi della malattia, ma non considerando con altrettanta precisione il grado di compromissione dell'autonomia personale, le ricadute sullo svolgimento dell'attività lavorativa, le difficoltà quotidiane derivanti, ad esempio, dallo svolgimento di terapie di vario tipo.

Più restrittive anche le indicazioni sulle demenze senili e sulla malattia di Alzheimer. In questi casi viene prevista l'uso della scala di valutazione CDR (Clinical Dementia Rating Scale).

Nel caso si tratti di una demenza lieve viene riconosciuta una percentuale di invalidità fra 81-90%; solo nel caso in cui il CDR rilevi una demenza media o grave, la percentuale viene riconosciuta al 100%.

L'intento evidente è quello di restringere, o comunque di posticipare, la concessione delle provvidenze economiche per una delle affezioni più diffuse e che più interessano gli anziani. Ciò ingenera un disagio di non poco conto per i diretti interessati e un sovraccarico di costi per l'erario.

Come noto la demenza senile e la **malattia di Alzheimer** sono patologie degenerative, spesso con tempi molto rapidi. Questo comporta la ripetizione della visita magari nell'arco di breve tempo e ingenera evidenti contenziosi.

Questa è una considerazione vale anche per altre patologie di carattere degenerativo o ingravescente.

Altra considerazione, anche questa emblematica, riguarda l'epilessia e le relative percentuali di invalidità assegnate. Nel caso di crisi parziali viene assunto solo in riferimento all'essere "senza compromissione della coscienza" ma non quello della capacità o meno d'agire. Le percentuali che ne derivano impediscono, in alcuni casi, l'accesso a prestazioni e a misure inclusive.

Lascia infine assai perplessi l'assenza di ogni riferimento nello schema proposto di ogni riferimento all'**autismo** il che rappresenta un'omissione discriminatoria.

## **6. Totale assenza di definizioni e orientamenti per l'individuazione dei requisiti per la concessione dell'indennità di accompagnamento.**

L'ultima indicazione in materia di indennità di accompagnamento è del 1988 (articolo 1, comma 2, lettera b), Legge 21 novembre 1988, n. 508). L'indennità di accompagnamento viene oggi concessa alle persone con inabilità totale quando ricorre una delle due seguenti condizioni: si trovino nella **impossibilità di deambulare** senza l'aiuto permanente di un accompagnatore; oppure, non essendo in grado di compiere gli **atti quotidiani della vita**, abbisognano di una assistenza continua.

In assenza di indicazioni normative precise sulla modalità di valutazione degli atti quotidiani della vita, INPS (a cui è stata affidata la funzione di verifica su tutti i verbali di invalidità) ha elaborato proprie Linee guida interne che pur non avendo alcun supporto normativo sono di fatto cogenti e spesso oggetto di contenzioso.

Nelle sue Linee guida (2010) l'INPS, **nelle sue Linee Guida così si esprime sugli atti quotidiani della vita.**

*“Per quel che concerne gli atti quotidiani della vita, constatando la genericità dell'espressione e in accordo con la prevalente dottrina medico legale, essi vanno intesi come quel complesso di attività che assicurano un **livello basale di autonomia personale** in un ambito per lo più **intradomiciliare**. Il prendere in considerazione le **attività extradomiciliari**, in ambienti complessi come le moderne metropoli, porterebbe, infatti, ad una **valutazione talmente estensiva da superare l'ambito medico legale**”.*

Quindi, secondo INPS, gli atti quotidiani – da valutare ai fini dell'indennità di accompagnamento – sono quelli elementari (vestirsi, lavarsi, controllo degli sfinteri...) e, per di più, limitati alla propria abitazione.

Le **attività extradomiciliari** (ad esempio: saper orientarsi, saper prendere un mezzo pubblico, saper chiedere aiuto o un'informazione) non hanno rilevanza ai fini valutativi. Prosegue INPS: *“Si ricorda che il dettato legislativo prevede la necessità di una assistenza continuativa da parte di terzi per il concretizzarsi del requisito medico legale; si intende che la dizione “continuativa” rimanda ad una assistenza che si esplica nell'arco della intera giornata e non solo in saltuari momenti”.*

Si tratta, come già detto, di una interpretazione restrittiva di INPS priva di supporto giuridico.

Lo schema di decreto, incredibilmente, non fornisce alcuna indicazione per la **valutazione specifica degli atti quotidiani della vita**, cioè del requisito principale per accedere all'indennità di accompagnamento.

Lascia così **“carta bianca” all'INPS** su uno degli aspetti che più interessano i cittadini con disabilità e le casse dello stato (13 miliardi l'anno in indennità di accompagnamento). Eppure la letteratura scientifica internazionale offre ampia disponibilità di scale e indici di valutazione dell'autonomia personale nella vita quotidiana e negli atti strumentali.

## **Conclusioni**

Viste le ampie considerazioni espresse in questo documento si ritiene di dover suggerire alla Commissione un parere negativo e, al Ministero della salute, il ritiro dello schema di decreto.

In fase successiva si propone di avviare una più approfondita riflessione che abbia come elementi cardine:

- la salvaguardia dei principi espressi dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (partecipazione, inclusione sociale, pari opportunità);
- la semplificazione dei procedimenti di accertamento e valutazione della condizione di disabilità;
- la stretta correlazione di tale valutazioni con percorsi individualizzati di abilitazione, di inclusione, di costruzione di progetti di vita, di pari opportunità.

Su tali aspetti sono già maturate da anni ampie riflessioni e confronti (in ambito associativo, in ambito socio-sanitario, in ambito accademico) che si ritiene opportuno recuperare nelle future elaborazioni normative e regolamentari.