

Al via i controlli dell'INPS: La Fish Puglia interviene

La Fish Puglia scrive alla Regione Puglia e all'INS per far presente la grave situazione di disagio che sta creando alle "vere" persone con disabilità la richiesta di ulteriori documentazioni a chi è già stata accertata una disabilità grave.

La decisione di scrivere sia all'INSP che alla Regione Puglia deriva dalla circostanza che stiamo ricevendo al **numero verde della Fish Puglia** numerose telefonate da parte di persone che, ricevuta la lettera, non sanno come comportarsi: si chiedono quale sia la **documentazione** da inviare, se verranno convocati a visita diretta e se potranno ottenere l'esonero dalla eventuale visita ai sensi della Legge 80/2006.

Nei giorni scorsi hanno preso avvio i preannunciati controlli sui c.d. falsi invalidi. Per l'anno 2010 sono previste 100.000 visite di controllo, ulteriori 500.000 sono programmate per il successivo biennio. Molti stanno ricevendo una lettera dell'INPS e ci chiedono quale documentazione è necessaria per dimostrare la propria invalidità.

È un'operazione che rientra nel **Piano straordinario di verifica sulle invalidità civili** previsto dall'articolo 10 del Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78 (la cosiddetta "Manovra correttiva"), in via di conversione in questi giorni: ha disposto l'effettuazione di **100.000 verifiche** nel 2010, e altre 500.000 controlli nei due anni successivi, a carico degli invalidi civili, ciechi civili e sordi.

L'INPS ha fissato queste regole, senza aver avuto alcuna indicazione dal Ministero del lavoro, nella Circolare 76 del 22 giugno 2010 che tra l'altro ha precisato su quali gruppi è stato estratto il campione di 100.000 persone da sottoporre a visite di controllo.

Queste sono:

- i titolari di **indennità di accompagnamento** (ciechi e invalidi) e di comunicazione ma solo di età compresa **fra i 18 e i 67 anni**;

- i titolari di **assegno mensile** di assistenza (invalidi parziali) ma solo di età compresa **fra i 40 e i 60 anni**.

Inoltre, il campione è stato estratto solo su chi percepisce assegni o indennità da prima del **1 aprile 2007**, cioè dalla data in cui la gestione amministrativa è passata completamente a INPS.

Le verifiche **non riguardano**, quindi, né i **minori**, né i gli **anziani** oltre i 67 anni di età (cioè la fascia più ampia dei percettori di indennità di accompagnamento), né gli invalidi al 100% che ricevono la sola pensione di invalidità.

Prima di entrare nel merito della questione, ricordiamo che la Legge 80 stabilisce che "i soggetti portatori di menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti (...) 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". Il Decreto Ministeriale del 02 agosto 2007 ha poi individuato un elenco specifico di tali patologie e il tipo di documentazione sanitaria richiesta per attestarle, che dovrà accompagnare la relativa richiesta di esonero.

Purtroppo, come è noto tale legge non è stata ancora diffusamente applicata, pertanto quella dei controlli straordinari può essere una sede dove far valere, in presenza dei requisiti previsti per legge, la possibilità di ottenere l'esonero da questa e/o successive visite di controllo.

Ma ritorniamo nel merito dei controlli e vediamo cosa succede:

Che cosa fa l'INPS?

La documentazione che l'INPS riceve viene valutata dai suoi sanitari, molti dei quali sono i 488 medici precari in via di assunzione a tempo parziale e determinato. La valutazione è, quindi, essenzialmente sugli atti, il che può essere un **vantaggio** perchè evita il disagio di una visita, ma rappresenta anche un **rischio** come tutte le valutazioni non effettuate anche sulla persona.

L'INPS, senza visitare l'invalido, **può decidere di:**

1. riconoscere la patologia come grave, stabilizzata o ingravescente (DM 2 agosto 2007) e, quindi, non prevedere più alcun ulteriore successivo controllo;
2. confermare l'invalidità accertata;
3. rettificare l'invalidità precedentemente accertata e quindi revocare indennità, pensione, assegno, senza nemmeno visitare l'interessato.

Se l'interessato non invia documentazione o se la documentazione viene ritenuta insufficiente per l'adozione di una qualsiasi delle tre decisioni, l'INPS convoca a visita.

Che cosa si può fare?

1. **Inviare la documentazione** di cui già si dispone all'INPS entro 15 giorni. E aspettare l'esito delle valutazioni.

La documentazione che si suggerisce di inviare è:

- a) i verbali di invalidità, handicap (Legge 104/1992), disabilità ai fini lavorativi (Legge 68/1999) di cui si è in possesso. È da tenere presente, infatti, che spesso l'INPS non ne dispone.
- b) Documentazione sanitaria in particolare se relativa alle patologie che risultano nei verbali di invalidità; è preferibile che siano certificati, relazioni, referti rilasciati da centri specialistici, meglio ancora se pubblici. Utili anche le relazioni eventualmente rilasciate da centri di riabilitazione.

c) Eventuali lettere di dimissioni da ricoveri ospedalieri recenti e non.

Le semplici relazioni del medico di famiglia non hanno, per l'INPS, un grande "valore probatorio", essendo "inspiegabilmente" considerate spesso "compiacenti".

Se, in seguito alla valutazione di questa documentazione, l'INPS **revoca la prestazione** sulla base dei soli documenti presentati, si consiglia di avviare immediatamente il **ricorso al giudice**, presentando oltre alle motivazioni di merito, anche quelle di forma: non c'è stata valutazione diretta. Per il ricorso, che deve essere proposto **entro 180 giorni** dalla notifica, ci si deve rivolgere ad un legale, anche tramite un patronato sindacale.

Se l'INPS, invece, **convoca a visita**, ci si deve presentare alla convocazione o, in caso di grave rischio per la salute, richiedere la visita domiciliare con il supporto di una specifica certificazione del medico curante.

Durante la visita si può presentare ulteriore documentazione specialistica e ci si può far assistere, a proprie spese, da un medico di fiducia.

2. Acquisire documentazione sanitaria più recente e spedire tutto all'INPS entro 15 giorni.

È una ipotesi che **ha senso solo se** si ha la possibilità di ottenere **certificazioni specialistiche** (meglio se pubbliche e se basate su test e/o analisi strumentali) entro pochi giorni. Per la documentazione già in possesso, valgono le considerazioni espresse sopra.

Se, in seguito alla valutazione di questa documentazione, l'INPS **revoca la prestazione** solo su base documentale si consiglia di avviare immediatamente il ricorso al giudice, presentando oltre alle motivazioni di merito, anche quelle di forma: non c'è stata valutazione diretta. Per il ricorso, che deve essere proposto entro 180 giorni dalla notifica, ci si deve rivolgere ad un legale, anche tramite un patronato sindacale.

Se l'INPS, invece **convoca a visita**, ci si deve presentare alla convocazione o, in caso di grave rischio per la salute, richiedere la visita domiciliare con il supporto di una specifica certificazione del medico curante.

Durante la visita si può presentare ulteriore documentazione specialistica e ci si può far assistere, a proprie spese, da un medico di fiducia.

3. Ignorare la lettera dell'INPS e non inviare nulla.

Questo comporta, in automatico, la convocazione a visita, ma ha anche altri **vantaggi**.

a) si ha più tempo per ottenere ulteriori certificazioni specialistiche;

b) la valutazione non avviene solo sugli atti, ma anche con visita diretta sulla persona.

Inoltre, c'è un aspetto "civico": si costringe l'INPS a effettuare i controlli che gli sono stati affidati, con criteri diversi e di maggior tutela, e non dettati dalla fretta di chiuderli entro fine anno.

Non dimentichiamo, poi, che INPS, richiedendo la documentazione "*che ha dato luogo a riconoscimento dell'invalidità*" agli interessati, è al **limite della liceità**, poiché ai sensi della Legge 241/1990 non potrebbe chiedere nuovamente documentazione di cui la Pubblica Amministrazione è già in possesso.

Questa scelta ha senso se recuperare documentazione è complesso, oppure se non ci si fida – date le particolarità della propria disabilità – della valutazione sugli atti dei medici (precari) dell'INPS.

In ogni caso, il mancato invio della documentazione **non comporta la sospensione o la revoca delle provvidenze economiche**, ma solo la convocazione a visita in automatico.

Patologie gravi stabilizzate o ingradescenti

Una nota di approfondimento: a chi è affetto da una **patologia grave, stabilizzata o ingradescente**, che abbia già dato titolo all'**indennità di accompagnamento** o di comunicazione, è bene ricordare che il **Decreto ministeriale 2 agosto 2007** (si veda sotto), prevede per ciascun gruppo di patologie la relativa documentazione sanitaria che le comprovi.

Essere riconosciuti come appartenenti a queste categorie di patologie è importante perché comporta l'**esclusione da successive visite di controllo**.

È però necessario disporre delle certificazioni previste dal Decreto citato e rilasciate da strutture specialistiche pubbliche, accreditate o convenzionate.

Non è pensabile ottenere quella documentazione, se già non se ne dispone, nei 15 giorni richiesti dall'INPS.

Ecco che, anche in questi casi, diventa **più funzionale** adottare la scelta di ignorare la lettera dell'INPS e prodigarsi invece per ottenere una documentazione, in questo caso, più mirata oltre che a vedersi confermare pensione e indennità, anche a non essere riconvocati nuovamente a visita.

Elenco delle patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante e indicazione della relativa documentazione sanitaria.

(Decreto ministeriale - Ministero dell'economia e delle finanze, 2 agosto 2007)

1) Insufficienza cardiaca in IV classe NYHA refrattaria a terapia.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale. Valutazione NYHA sulla base degli accertamenti effettuati e risposta ai presidi terapeutici.

2) Insufficienza respiratoria in trattamento continuo di ossigenoterapia o ventilazione meccanica.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale. Valutazione prognostica. Valutazione della funzionalità respiratoria sulla base degli accertamenti eseguiti. Indicazione di trattamento con ossigenoterapia o ventilazione meccanica in corso.

3) Perdita della funzione emuntoria del rene, in trattamento dialitico, non trapiantabile.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale. Valutazione prognostica. Indicazione di trattamento dialitico in corso.

4) Perdita anatomica o funzionale bilaterale degli arti superiori e/o degli arti inferiori, ivi comprese le menomazioni da sindrome da talidomide.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione funzionale della menomazione con descrizione della concreta possibilità o impossibilità motivata di utilizzo di protesi, ortesi e/o ausili.

5) Menomazioni dell'apparato osteo-articolare, non emendabili, con perdita o gravi limitazioni funzionali analoghe a quelle delle voci 2 e/o 4 e/o 8.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale. Valutazione funzionale, sulla base degli accertamenti effettuati come alle voci 2 e/o 4 e/o 8.

6) Epatopatie con compromissione persistente del sistema nervoso centrale e/o periferico, non emendabile con terapia farmacologia e/o chirurgica.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale. Persistente compromissione neurologica. Referti di esami specialistici.

7) Patologia oncologica con compromissione secondaria di organi o apparati.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale. Stadiazione internazionale della specifica patologia. Compromissione funzionale secondaria di organi od apparati.

8) Patologie e sindromi neurologiche di origine centrale o periferica, (come al punto 4). Atrofia muscolare progressiva; atassie; afasie; lesione bilaterale combinate dei nervi cranici con deficit della visione, deglutizione, fonazione o articolazione del linguaggio; stato comiziale con crisi plurisettimanali refrattarie al trattamento.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale. Valutazione prognostica. Valutazione funzionale: tono muscolare; forza muscolare; equilibrio e coordinazione; ampiezza e qualità del movimento; prassie, gnosie; funzioni dei nervi cranici e spinali; linguaggio; utilizzo di protesi, ortesi e/o ausili.

9) Patologie cromosomiche e/o genetiche e/o congenite con compromissione d'organo e/o d'apparato che determinino una o più menomazioni contemplate nel presente elenco.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale. Valutazione prognostica Compromissione funzionale di organo e/o di apparato, sulla base degli accertamenti effettuati.

10) Patologie mentali dell'età evolutiva e adulta con gravi deficit neuropsichici e della vita di relazione.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale. Valutazione prognostica.

Valutazione e descrizione funzionale: funzioni intellettive; abilità cognitive; abilità e competenze affettive e relazionali; autonomia personale; abilità e competenze di adattamento sociale.

11) Deficit totale della visione.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di cecità e conseguente grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione funzionale: visus naturale e corretto in OO (spento, motu manu, ombra luce); ERG e PEV destrutturati; campo visivo binoculare inferiore al 3%, indipendentemente dal residuo visivo in OO o diagnostica con neuroimmagini.

12) Deficit totale dell'udito, congenito o insorto nella prima infanzia.

Diagnosi della specifica condizione patologica causa di sordità prelinguale e conseguente grave compromissione dell'autonomia personale.

Valutazione funzionale: esame audiometrico; impedenziometria; potenziali evocati uditivi.
