



Persone con disabilità !!! ecco le novità della Manovra 2011-2014

La Camera dei Deputati **ha dunque approvato** definitivamente la Manovra correttiva. L'iter di presentazione e di conversione del **Decreto Legge 6 luglio 2011, n. 98** (*Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria*) è stata fulmineo ed anomalo, sulla spinta dei timori per i mercati finanziari e per i richiami dell'Unione europea.

Taglio delle agevolazioni fiscali

Non solo l'iter di approvazione della Manovra è stato rapidissimo, ma dopo la prima stesura sono intervenute modificazioni per renderla ancora più incisiva sul piano dei conti: recuperare con certezza **24 miliardi** dagli interventi su fisco e assistenza.

Ciò ha comportato l'approvazione di un comma che prevede una **diminuzione** di moltissime agevolazioni fiscali per la maggioranza dei contribuenti. Per l'esattezza la diminuzione sarà pari al **5% dal 2013** e al **20% nel 2014**.

Gran parte di queste riduzioni **riguardano le famiglie** e investono le più comuni detrazioni e deduzioni che la maggioranza dei contribuenti applica al momento della presentazione della denuncia dei redditi: detrazioni per lavoro dipendente, deduzioni per la prima casa, detrazioni forfetarie per carichi di famiglia (figli, coniuge...), detrazioni per spese sanitarie e così via. Fra le agevolazioni viene ridotta anche la possibilità di dedurre le **spese mediche** di assistenza specifica per le persone con grave disabilità (es. infermiere, terapeuta) nonché di detrarre le spese per ausili, veicoli, sussidi tecnici informatici, cani guida per non vedenti, deduzioni e detrazioni per le **badanti**.

Questa riduzione sostanziale **inciderà su tutte le famiglie** ma in modo ancora più decisivo sui nuclei in cui è presente una **persona anziana non autosufficiente o con disabilità**.

Spieghiamo il perché.

Le diminuzioni di detrazioni e deduzioni vengono pagate da tutti i contribuenti, inclusi quelli che hanno a loro carico una persona con disabilità. In aggiunta, però, questi ultimi vedranno ridurre anche le specifiche detrazioni e deduzioni a loro riservate e riferibili a maggiori (e inevitabili) spese sostenute. Ad esempio, oltre a **detrarre di meno** le spese sanitarie – come la generalità dei contribuenti – potranno **dedurre cifre inferiori** al passato sull'assistenza medica e paramedica, sulle spese per gli ausili, sulle spese per l'assistenza ai non autosufficienti e così via.

Non è tutto. Le deduzioni per l'assistenza specifica in caso di grave handicap operano sul **reddito imponibile**, abbassandolo, diversamente dalle detrazioni che invece abbassano percentualmente l'imposta. In futuro, quando quelle deduzioni saranno possibili solo riducendole del 20%, il rischio è che il reddito lordo superi determinate soglie e quindi venga tassato con un'aliquota superiore che in precedenza.

Alcune testate giornalistiche oggi hanno formulato le prime ipotesi del costo che ogni famiglia dovrà sopportare dal 2013 (redditi 2012): Repubblica ipotizza circa 700 euro, il Corriere della Sera circa **1.000 euro a famiglia**. Si tratta di elaborazioni che si riferiscono ad una famiglia "media", ma pensando alle spese tipiche della non autosufficienza sono stime **fortemente sottodimensionate**.

La Manovra sembra lasciare uno spiraglio, ma in realtà non lo è. L'articolo 40 precisa che queste restrizioni **non si applicano** "qualora entro il 30 settembre 2013 siano adottati provvedimenti legislativi in materia fiscale ed assistenziale aventi ad oggetto il riordino della spesa in materia sociale, nonché la **eliminazione o riduzione dei regimi di esenzione, esclusione e favore fiscale che si sovrappongono alle prestazioni assistenziali**, tali da determinare effetti positivi, ai fini dell'indebitamento netto, non inferiori a 4.000 milioni di euro per l'anno 2013 ed a 20.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2014."

Nella sostanza: **o si taglia sull'assistenza** e in generale sulla **spesa sociale** per 24 miliardi, **o rimangono in vigore quelle riduzioni** nelle agevolazioni fiscali.

Diviene, quindi, centrale l'approvazione della legge delega sulla riforma del fisco e dell'assistenza, ma con queste premesse anche l'attesa "riforma" ha tutte le premesse per rivelarsi **molto rischiosa** per le persone anziane o con disabilità.

Si noti quella frase citata poco sopra: "eliminazione o riduzione dei regimi di esenzione, esclusione e favore fiscale che **si sovrappongono alle prestazioni assistenziali**". Che significa "si sovrappongono"? Il fatto stesso che ci si possa porre questa domanda significa che c'è ampio **marginale di discrezionalità** per poter decidere – in un domani molto vicino – che chi accede a prestazioni sociali o sanitarie agevolate non abbia più diritto ad agevolazioni fiscali. Si potrebbe arrivare a sostenere che, per un figlio che percepisce l'indennità di accompagnamento o di frequenza, non si

ha diritto alla detrazione per figli a carico, oppure se si ottiene un assegno di cura o per la vita indipendente non si può più detrarre/dedurre gli oneri relativi ad una badante.

Ancora una volta, con queste premesse, anche la **riforma fiscale e assistenziale** inciderà in misura maggiore, rispetto agli altri Cittadini, sulle persone non autosufficienti, con disabilità e sulle loro famiglie.

Invalità civile e contenzioso

La Manovra tenta di intervenire per limitare **contenzioso** che riguarda l'invalità, la cecità e la sordità civile, ma anche l'inabilità e l'invalità "pensionabili", cioè quelle riconosciute ai lavoratori, con un minimo di versamenti contributivi, divenuti disabili parziali o totali nel corso della carriera lavorativa.

Bisogna sapere che la giacenza dei contenziosi legati all'**invalidità civile**, a fine 2009, era di **292.726 casi**. I nuovi ricorsi nel 2009 sono stati 114.664, ma va tenuto conto che non si era ancora conclusa la prima fase dei controlli straordinari e che nel corso del 2011 ce ne saranno altri 250.000 con un inevitabile incremento del contenzioso.

Un ultimo dato interessante è quello relativo alle **cause concluse** nel corso del 2009: sono **137.154**. Il Giudice ha dato ragione all'INPS in **58.866 casi**. Meno della metà, visto che in **64.063 casi** il Giudice ha dato ragione agli invalidi.

Tempi e risorse che l'INPS intende diminuire, per certi versi giustamente, e che il testo della Manovra recepisce nell'articolo denominato *Processo civile ed altre disposizioni per la maggior efficienza della giustizia*. Questo presenta interventi che, nelle intenzioni di chi ha elaborato il testo, vengono proposti come una forma di tutela per il Cittadino. In realtà, per quanto riguarda le invalidità civili, l'intento è quello di ridurre e **limitare il contenzioso**, non sempre garantendo la "parità" fra le parti. Vediamo di cosa si tratta.

Nuove modalità di ricorso

Attualmente chi vuole opporsi ad una decisione dell'INPS in materia di invalidità o di handicap **presenta ricorso al Giudice**, allega memorie, documentazione sanitaria, perizie di parte. Il Giudice nomina un CTU, **Consulente Tecnico dell'Ufficio**, incaricato di stendere una relazione peritale che poi il Giudice acquisisce, assieme alle eventuali memorie, perizie, documentazioni della controparte. I **tempi**, spesso, sono **molto lunghi** e possono arrivare ad alcuni anni prima della sentenza del Giudice.

Il testo del Decreto Legge 98/2011 (art. 38, comma 1) modifica il Codice di procedura civile, introducendo uno nuovo articolo specifico per queste situazioni: l'articolo 445 bis. Questo articolo prevede l'**accertamento tecnico preventivo obbligatorio**. L'obiettivo è di risolvere il contenzioso in tempi più rapidi e senza sovraccaricare la giustizia civile di ripetute udienze. Teoricamente positivo come intento.

Il Cittadino che intenda opporsi ad una decisione (esempio più frequente: un verbale di invalidità) dell'INPS, **non presenta più il ricorso introduttivo** per il giudizio, ma presenta, sempre al Tribunale, l'**istanza di accertamento tecnico** per la verifica preventiva delle condizioni sanitarie legittimanti la pretesa fatta valere. Insomma non si va subito "in causa" ma si chiede una consulenza tecnica preventiva ai fini della conciliazione della lite (con ciò che comporta poi in termini di processo verbale in caso di conciliazione).

Il Giudice nomina il consulente tecnico. Il consulente tecnico provvede a stendere la relazione e, prima di depositarla, tenta la conciliazione fra le parti.

Senza accertamento tecnico preventivo il Giudice non procede. Alla prima udienza, se rileva che non è stata presentata l'istanza o non è stato completato l'accertamento tecnico preventivo, concede al massimo **altri 15 giorni di tempo**.

Terminate le operazioni di consulenza, il Giudice, con decreto comunicato alle parti (INPS e Cittadino), fissa un termine perentorio **non superiore a trenta giorni**, entro il quale le medesime devono dichiarare, con atto scritto depositato in cancelleria, se intendono contestare le conclusioni del consulente tecnico dell'ufficio.

In assenza di contestazione, il Giudice, entro trenta giorni, omologa con decreto l'accertamento del requisito sanitario presentato nella relazione del consulente.

Il decreto è inappellabile, cioè non si possono più presentare ricorsi. Gli enti competenti (es. INPS) provvedono, dopo la verifica degli ulteriori requisiti previsti dalla normativa vigente, al pagamento delle relative prestazioni, **entro 120 giorni**.

Al contrario, nei casi di mancato accordo, la parte che abbia dichiarato di contestare le conclusioni del consulente tecnico dell'ufficio deve depositare, presso lo stesso Giudice, **entro il termine perentorio di trenta giorni** dalla dichiarazione di dissenso, il **ricorso introduttivo** del giudizio, specificando, a pena di inammissibilità, i motivi della contestazione.

La successiva **sentenza** – secondo quanto previsto dalla Manovra – è **inappellabile** e questa limitazione ad **un solo grado di giudizio** lascia alquanto perplessi, perchè contrario agli stessi principi del nostro diritto.

In un successivo passaggio (art. 38, comma 8), la Manovra interviene ancora sulla partecipazione dell'INPS nella definizione della relazione peritale del consulente tecnico di ufficio. La Manovra modifica una norma già esistente (art. 10, comma 6-bis, Legge 2 dicembre 2005, n. 248) con l'intento di rendere **più semplice la partecipazione del medico legale INPS**, rispetto alla partecipazione dell'eventuale consulente della controparte (Cittadino).

Le nuove disposizioni dovrebbero entrare in vigore dal **primo gennaio 2012**. È da capire se riguarderanno anche i ricorsi già depositati oppure solo quelli presentati dopo quella data.

Dubbi applicativi

Le nuove disposizioni lasciano aperti **non pochi interrogativi**.

Ci si chiede, ad esempio, perché non sia stata ipotizzata la reintroduzione, magari aggiuntiva a quanto già previsto in Manovra, di una qualche forma di **ricorso amministrativo**. Oppure della formalizzazione dell'**istanza di riesame** presso lo stesso INPS, cioè del potenziamento e della pubblicizzazione della possibilità per il Cittadino di richiedere all'INPS di riesaminare il caso proprio per evitare contenzioso.

Nella logica complessiva, poi, il **ruolo del consulente tecnico** dell'ufficio diviene **centrale** e dirimente, il che – in via teorica – non è scorretto trattandosi di appurare uno status sanitario su cui il Giudice non ha stretta competenza professionale.

Ma ciò lascia aperti ed amplifica i notevoli problemi segnalati quotidianamente rispetto alle **reali specifiche competenze** delle **migliaia di consulenti** "a disposizione" dei Tribunali. Nessuna norma precisa, ad esempio, che il consulente deve essere un medico legale oppure un medico specialista nella patologia da esaminare. Conseguentemente non è infrequente incontrare casi in cui a svolgere l'attività di consulenza siano medici con **specializzazioni molto lontane dalla patologia** da esaminare (es. dermatologi, ginecologi, medici dello sport chiamati a valutare casi di distrofia, lesione spinale, morbo di Alzheimer...).

Infine, vi sono degli aspetti, più o meno evidenti, di **"conflitto di interessi"**, mai sufficientemente accertati dai Giudici. Chi svolge o ha già svolto attività professionale per l'INPS è corretto che sia chiamato come consulente in una perizia che vede l'Istituto come parte in causa?

In sintesi, si ha l'impressione che, se da un lato i tempi potrebbero essere abbreviati (forse, poiché nessuna disposizione precisa i tempi del Giudice per nominare il consulente, né il tempo di quest'ultimo per redigere la relazione), dall'altro le **garanzie per il Cittadino** saranno sicuramente **inferiori**.

E sempre a proposito di tempi, lascia perplessi il limite di **120 giorni** entro in quale l'ente dovrebbe provvedere al pagamento delle eventuali provvidenze: nell'era dell'informatica e della telematica, e visto il tipo di accertamenti davvero minimi da eseguire, quattro mesi di tempo sembrano davvero esagerati, visti soprattutto i dichiarati intenti semplificatori del Legislatore. È chiaro che quel limite è fissato anche in funzione degli **interessi legali** (altra spina nel fianco dell'INPS) che, in questo modo, decorrono dal centoventunesimo giorno e non dalla data del sentenza.

Anche il primo accertamento all'INPS?

E nel testo della Manovra (art. 18, comma 22) troviamo anche un comma che ci si aspettava ormai da anni: *«Ai fini della razionalizzazione e dell'unificazione del procedimento relativo al riconoscimento dell'invalidità civile, della cecità civile, della sordità, dell'handicap e della disabilità, le regioni, anche in deroga alla normativa vigente, possono affidare all'Istituto nazionale della previdenza sociale, attraverso la stipula di specifiche convenzioni, le funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari».*

Nella sostanza, si apre concretamente la possibilità che, oltre alla funzione di ricezione delle domande, di erogazione delle provvidenze economiche, di verifica dei verbali, di presenza in giudizio, passi completamente **all'INPS anche la fase di primo accertamento** ora attribuita alle Regioni che lo effettuano tramite le proprie Commissioni ASL (nelle quali è già presente un medico INPS). In pratica, in alcune Regioni, l'**intera "filiera"** potrebbe diventare di competenza INPS.

Da far notare che questa "unificazione" riguarderebbe anche la valutazione dell'handicap (Legge 104/1992) e della disabilità (Legge 68/1999 ai fini del collocamento mirato).

Scuola e sostegno

Un articolo specifico è dedicato, nella Manovra, alla razionalizzazione della spesa relativa all'**organizzazione scolastica** (articolo 19). Il comma 11 è dedicato al sostegno rivolto agli alunni con disabilità.

Il primo periodo rammenta (non potrebbe fare altrimenti dopo i reiterati pronunciamenti giurisprudenziali) che è possibile istituire, per gli insegnanti di sostegno, **posti in deroga** allorché si renda necessario per assicurare la **piena tutela dell'integrazione scolastica**.

Il periodo successivo, tuttavia, stabilisce che l'organico di sostegno è assegnato complessivamente alla scuola o a reti di scuole, tenendo conto della previsione del numero di tali alunni in ragione della media di **un docente ogni due alunni disabili**.

Si precisa che la scuola provvede ad assicurare *«la necessaria azione didattica e di integrazione per i singoli alunni disabili, usufruendo tanto dei docenti di sostegno che dei docenti di classe».* Si tratta di una indicazione a doppio taglio: se da un lato si sottolinea, opportunamente, che l'azione di sostegno riguarda tutto il personale docente, dall'altro l'aver inserito tale indicazione immediatamente dopo l'ennesimo rapporto (1:2) rende la precisazione foriera di equivoci (*«se non ci sono insegnanti di sostegno a sufficienza, ci pensino i docenti curricolari»*).

Senza aggiungere alcunché in termini di finanziamenti specifici, il comma precisa che, nell'ambito delle risorse assegnate per la **formazione del personale** *«viene data priorità agli interventi di formazione di tutto il personale docente sulle modalità di integrazione degli alunni disabili».*

Quantomeno singolare l'ultimo periodo che prevede la presenza obbligatoria del **medico INPS** nelle «*commissioni mediche di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nei casi di valutazione della diagnosi funzionale istitutiva del diritto all'assegnazione del docente di sostegno all'alunno disabile*». In realtà la definizione della diagnosi funzionale **non è una competenza della Commissione ex Legge 104/1992**. Inoltre non è propriamente la diagnosi funzionale ad essere istitutiva del diritto in parola ma semmai il profilo dinamico funzionale (nemmeno questo di competenza di quella Commissione) unitamente alla certificazione di "alunno con handicap".

Nell'evidente svarione, emerge comunque netto il retropensiero secondo cui la presenza di un medico INPS (indipendentemente dalle sue specifiche competenze professionali in questi ambiti) sia sinonimo di garanzia di rigore e correttezza.

Spesa protesica e ticket

La Manovra fissa alcuni punti fermi nel controllo della spesa sanitaria (aggiuntivi a quelli relativi alla spesa per il personale). L'obiettivo di risparmio, già definito negli anni passati, è rafforzato da ulteriori misure. Una di queste riguarda la spesa per i **dispositivi medici** e la spesa protesica (ausili, protesi, ortesi).

A partire dal 2013 (art. 17, comma 1, lett. c) la spesa sostenuta direttamente dal Servizio Sanitario Nazionale per l'acquisto di dispositivi medici, compresa quella **protesica**, è fissata **entro un tetto a livello nazionale e a livello di ogni singola regione**. Il tetto di spesa è riferito rispettivamente al fabbisogno sanitario nazionale standard e al fabbisogno sanitario regionale standard.

L'eventuale "sforamento" è **recuperato interamente** a carico della Regione attraverso misure di contenimento della spesa sanitaria regionale o con misure di copertura a carico di altre voci del bilancio regionale. Questa **rigida compressione della spesa** avrà delle probabili conseguenze, ancora da definire, nella **qualità delle prestazioni protesiche** attualmente riservate alle persone con disabilità.

L'altra novità, la cui entrata in vigore dovrebbe essere immediata, è l'introduzione del cosiddetto **super-ticket di 10 euro** sulle prestazioni specialistiche. In realtà le modalità di applicazione sono affidate alle Regioni. Queste possono decidere, in base alle loro disponibilità di bilancio, se applicarlo in toto o in parte o in forma diversificata ai Cittadini. In estrema sintesi, la Manovra richiede "solo" che per ogni prestazione specialistica si recuperino 10 euro. Ovviamente le Regioni più disestate economicamente quei dieci euro aggiuntivi dovranno chiederli ai Cittadini, senza sconto alcuno.

Patto di stabilità e indicatori di virtuosità

La Manovra interviene nuovamente sul patto di stabilità (che impegna Stato ed enti locali a mantenere la spesa entro certi limiti) introducendo (articolo 20) i **parametri di virtuosità**. Il rispetto di questi parametri condiziona la possibilità per gli enti locali, di derogare dal patto di stabilità. Fra i parametri previsti, a fianco del possesso del numero di auto blu, del numero di sedi di rappresentanza ed altri indicatori, viene indicato anche il "**tasso di copertura dei costi dei servizi a domanda individuale**", cioè di servizi sociali quali case di riposo e di ricovero, asili nido, convitti, campeggi, case per vacanze, ostelli; le colonie e soggiorni stagionali, corsi extra scolastici di insegnamento di arti e sport, gli impianti sportivi, le mense.

Si tratta quindi di servizi a **fortissimo impatto sociale**, su cui gli enti locali e le regioni hanno operato scelte diverse in termini di partecipazione alla spesa da parte dei Cittadini.

La disposizione rischia di produrre un effetto deleterio sulle politiche sociali delle regioni, già duramente provate dagli scarsissimi trasferimenti degli ultimi anni, e soprattutto sui Cittadini che devono rivolgersi ai servizi pubblici per supporto e assistenza.

Il parametro adottato attribuisce maggiore virtuosità alle Regioni che garantiscono meno servizi ai Cittadini, o che richiedono una maggiore partecipazione alla spesa.

Per compensare questo rischio di distorsione, anche su pressioni della Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap, è stato inserito, all'articolo 20, un ulteriore comma.

*Vi si precisa che "a decorrere dalla determinazione dei **livelli essenziali delle prestazioni** e dalla definizione degli obiettivi di servizio cui devono tendere gli enti territoriali nell'esercizio delle funzioni riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni e delle funzioni fondamentali, tra i parametri di virtuosità (...) sono compresi indicatori quantitativi e qualitativi relativi agli output dei servizi resi, anche utilizzando come parametro di riferimento realtà rappresentative dell'offerta di prestazioni con il miglior rapporto qualità-costi".*

Il comma è interessante e, per molti versi innovativo, perché – per la prima volta inserisce anche l'esigenza di una valutazione qualitativa dei servizi dalla parte del Cittadino. Inoltre, e non è cosa di poco conto in una Manovra di questo tenore, richiama la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni ed anche delle **funzioni fondamentali** degli enti territoriali. Resta da comprendere come possano, gli enti territoriali, in **assenza** o quasi di **trasferimenti per la spesa sociale** garantire quelle funzioni fondamentali richiamate dal Legislatore.

“ Diversamente Abili non Significa Rinunciare alla Vita ”