

Manovra 2011: cosa ci aspetta?

A cura dell'Area comunicazione e politiche sociali Anffas Onlus¹

Con questo primo documento iniziamo ad esaminare i contenuti della **nuova "manovra finanziaria"** pubblicata nella Gazzetta Ufficiale il 16 luglio u.s. (Legge 15 luglio 2011, n. 111 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98 recante disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria), avendo cura di prendere in esame gli articoli che toccano la sfera della disabilità.

Una prima nota, si diceva, non solo perché la manovra è complessa, ma anche perché da adesso in poi, **il compito che Anffas Onlus si assume è quello di mantenere il massimo di attenzione possibile non solo sui contenuti della norma da pochi giorni entrata in vigore, ma sull'insieme dell'azione del Governo e del Parlamento in materia assistenziale.**

Non dimentichiamoci infatti che pochi giorni prima dell'emanazione della manovra finanziaria, il Governo ha approvato lo **schema di legge delega in materia fiscale e assistenziale** che avrà rilevanti conseguenze sul sistema di welfare statale e regionale, e quindi, ovviamente, sulla vita delle persone e delle famiglie con disabilità (riforma dell'ISEE, dei criteri di accertamento dell'invalidità civile, delle diverse forme di intervento assistenziale e previdenziale, a partire dalle indennità di accompagnamento, ecc.).

Anffas Onlus ha ben chiaro che si è aperta una fase decisiva per le persone con disabilità. Una fase ricca di prospettive, da un lato (prima fra tutti la novità rappresentata dall'avvio concreto dei lavori dell'osservatorio per il monitoraggio della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, che ha tra i suoi compiti la redazione del piano di azione biennale delle politiche rivolte alla disabilità), mentre dall'altro vi sono pesantissime nubi e ombre che rischiano di compromettere le conquiste ottenute dalla Legge 104 del 1992 in avanti.

Da oggi in avanti, quindi, l'impegno a conoscere, analizzare, proporre alternative e informare associazioni e famiglie si intensifica, e in tal senso, occorre davvero il contributo di tutti.

La manovra è ormai divenuta legge e non sono poche le novità che ci riguardano da vicino, novità, purtroppo, non positive, vediamo quali.

Razionalizzazione della spesa sanitaria: assistenza protesica e ticket sanitari

(Art.17 – Comma 1, lett. C e lett. D)

Il testo della manovra

1. Al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato per il 2013 è incrementato dello 0,5% rispetto al livello vigente per il 2012 ed è ulteriormente incrementato dell'1,4%, per il 2014. Conseguentemente, con specifica Intesa fra lo Stato e le regioni, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n 131, da stipulare entro il 30

¹ Hanno collaborato al presente testo: Roberta Speziale (Responsabile), Daniela Cannistraci, Gianfranco de Robertis (consulente legale) e Marco Faini (consulente esterno)

aprile 2012, sono indicate le modalità per il raggiungimento dell'obiettivo di cui al primo periodo del presente comma. Qualora la predetta Intesa non sia raggiunta entro il predetto termine, al fine di assicurare per gli anni 2013 e 2014 che le regioni rispettino l'equilibrio di bilancio sanitario, sono introdotte, tenuto conto delle disposizioni in materia di spesa per il personale di cui all'articolo 16, le seguenti disposizioni negli altri ambiti di spesa sanitaria: ...

(omissis)

c) Ai fini di controllo e razionalizzazione della spesa sostenuta direttamente dal Servizio sanitario nazionale per l'acquisto di dispositivi medici, in attesa della determinazione dei costi standardizzati sulla base dei livelli essenziali delle prestazioni che tengano conto della qualità e dell'innovazione tecnologica, elaborati anche sulla base dei dati raccolti nella banca dati per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal Servizio sanitario nazionale di cui al decreto del Ministro della salute dell'11 giugno 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 175 del 2010, a decorrere dal 1° gennaio 2013 la spesa sostenuta dal Servizio sanitario nazionale per l'acquisto di detti dispositivi, tenuto conto dei dati riportati nei modelli di conto economico (CE), compresa la spesa relativa all'assistenza protesica, è fissata entro un tetto a livello nazionale e a livello di ogni singola regione, riferito rispettivamente al fabbisogno sanitario nazionale standard e al fabbisogno sanitario regionale standard di cui agli articoli 26 e 27 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68.

Ciò al fine di garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati. Il valore assoluto dell'onere a carico del Servizio sanitario nazionale per l'acquisto dei dispositivi di cui alla presente lettera, a livello nazionale e per ciascuna regione, è annualmente determinato dal Ministro della salute.

Le regioni monitorano l'andamento della spesa per acquisto dei dispositivi medici: l'eventuale superamento del predetto valore è recuperato interamente concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze. 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. Non è tenuta al ripiano la regione che abbia fatto registrare un equilibrio economico complessivo.

d) A decorrere dall'anno 2014, con regolamento da emanare ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono introdotte misure di compartecipazione sull'assistenza farmaceutica e sulle altre prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale.

Le misure di compartecipazione sono aggiuntive rispetto a quelle eventualmente già disposte dalle regioni e sono finalizzate ad assicurare, nel rispetto del principio di equilibrio finanziario, l'appropriatezza, l'efficacia e l'economicità delle prestazioni.

La predetta quota di compartecipazione non concorre alla determinazione del tetto per l'assistenza farmaceutica territoriale. Le regioni possono adottare provvedimenti di riduzione delle predette misure di compartecipazione, purché assicurino comunque, con misure alternative, l'equilibrio economico finanziario, da certificarsi preventivamente da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

COSA SIGNIFICA

La norma prevede un leggerissimo incremento della spesa sanitaria in generale, ma al tempo stesso ritiene che si debba contenere entro tetti ben definiti ("tetti di spesa") sia la spesa farmaceutica, sia la spesa protesica, presumibilmente nella considerazione che tali voci rappresentino fonti di possibili sprechi.

La norma inoltre, alla lett. d, **ripristina il ticket di 10,00 euro** per le prestazioni specialistiche e **conferma il ticket di 25,00 euro** per gli accessi al Pronto Soccorso in "codice bianco". Tra l'altro, tali misure di compartecipazione sono aggiuntive rispetto a quelle eventualmente già disposte dalle Regioni e alla spesa sanitaria. Al momento in cui si sta scrivendo, le regioni che hanno già deciso di applicare la misura decisa dalla Manovra del Governo (10 Euro di ticket per le

visite specialistiche per i cittadini non esenti per patologia o altro) sono: Lombardia, Liguria, Lazio, Basilicata e Puglia. Le regioni che hanno deciso di NON applicare la manovra in sanità sono il Trentino Alto Adige e la V.d'Aosta. Le restanti Regioni stanno valutando come applicare la norma (Piemonte, Abruzzo, Campania, Calabria) o come non applicarla (F.V.Giulia, Veneto, E.Romagna, Toscana, Marche, Sardegna, Sicilia)².

QUALCHE NOSTRA VALUTAZIONE

Ancora in Italia non si assiste alla **riforma del nomenclatore tariffario**, ossia l'elenco delle protesi e degli ausili con relativo aggiornamento dei prezzi, permanendo ad oggi quello entrato in vigore con il D.M. 332/99 (che però avrebbe dovuto essere aggiornato almeno ogni 3 anni). Pertanto, le tariffe riconosciute dalle Aziende Sanitarie risultano nettamente inferiori ai prezzi di mercato, portando spesso i fornitori a consegnare dispositivi meno all'avanguardia e/o con meno accessori. Infatti, in oltre un decennio si è solo deliberato nella Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome del 17.06.2004 un aumento del 5% delle tariffe presenti nell'Elenco n. 1 del Nomenclatore a far data dal 1 luglio 2004 ed un ulteriore aumento del 4% a decorrere dal 01.01.2005. Mentre la Finanziaria per il 2008 (Legge n. 244/2007), all'art. 2 comma 380 aveva effettuato il primo ed unico riconoscimento statale dell'aumento del 9% delle tariffe, anche se solo per quelle inerenti esclusivamente i dispositivi e le protesi "su misura", all'interno di tutti quelli ricompresi nell'Elenco n. 1.

In un quadro simile prevedere, nell'articolo della manovra in questione, che, in caso di mancata apposita Intesa Stato-Regioni sul punto entro il 30.04.2012, vi sia un vincolo assoluto quale tetto massimo di spesa di carattere nazionale e di carattere regionale per gli ausili, **desta non poche preoccupazioni, considerando che già la situazione preesistente era di gran lunga sotto il livello minimo di assistenza protesica necessario.**

Per quanto concerne il ripristino dei ticket è da segnalare che **rimangono esonerati da tali compartecipazioni le categorie già esenti**, quali per esempio gli **invalidi civili, i malati cronici o le persone affette da malattia rara, adeguatamente certificati.**

Le Regioni possono inoltre decidere di non applicare il ticket sanitario, ma solo se saranno in grado di rispettare il principio di equilibrio finanziario.

A parte ogni considerazione che legittimamente nasce rispetto ad una norma che, ancora una volta, scarica sul cittadino i costi del cattivo funzionamento di parte del sistema sanitario nazionale (ormai, però, quasi del tutto regionalizzato), c'è da notare come la norma che introduce il cosiddetto "super-ticket" vale solo per il settore pubblico, e non per quello privato, con il rischio che una norma destinata a risollevarne i conti delle aziende sanitarie possa in realtà trasformarsi in un *boomerang* perché toglie "clienti" al pubblico in favore del privato.

Interventi in materia previdenziale: accertamenti affidati all'INPS

(art. 18, comma 22)

Il testo della manovra

22. 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.

² Fonte – Il Sole 24 Ore – martedì 19 luglio 2011

COSA SIGNIFICA

Il testo di legge dispone la **possibilità di affidamento all'Inps**, da parte delle Regioni, mediante la stipula di convenzioni, delle funzioni relative all'**accertamento dei requisiti sanitari in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità**.

QUALCHE NOSTRA VALUTAZIONE

Con questo ulteriore provvedimento, si sta realizzando gradualmente quanto anche il Presidente dell'Inps, Antonio Mastropasqua, aveva rimarcato qualche mese fa: **il progressivo passaggio, avviato ormai anni orsono, all'Inps di tutta la materia dell'invalidità civile, dall'accertamento sanitario di I grado, alla verifica di II grado ed all'erogazione delle relative provvidenze economiche**.

Infatti, con la norma in esame si individua la **possibilità per le Regioni di stipulare un accordo con l'Inps**, in virtù del quale anche le visite di I grado per l'accertamento dell'invalidità civile, stato di handicap e disabilità (oggi di competenza delle Aziende Sanitarie Locali, sotto il controllo dell'Assessore Regionale alla Sanità) possano essere svolte dall'Inps, oltre quelle già di propria competenza di II grado.

Ciò però porterebbe, nell'ambito del territorio nazionale, a **diversi procedimenti di accertamento sanitario** anche solo per il fatto che il richiedente, a seconda della sua regione di residenza, debba essere visitato dalla Asl (con verifica dell'Inps) o si debba presentare direttamente all'Inps (con l'ulteriore minor garanzia determinata dal venir meno della diversità dell'organo accertatore nella prima e nella seconda verifica).

Tra l'altro, a rigor di logica, il richiedente che dovesse ricadere in una delle Regioni che stipulano la convenzione di cui sopra non vedrebbe neppure più la presenza di un medico Anffas durante la sua seduta innanzi all'Inps, così come invece riconosciuta per la presenza nelle Commissioni di I Grado dalla Legge n. 295/1990.

Razionalizzazione della spesa relativa all'organizzazione scolastica: no a nuove assunzioni, rispunta il rapporto 1:2 e il medico INPS per la Diagnosi Funzionale

(Articolo 19 – Commi 7 E 11)

Il testo della manovra

7. A decorrere dall'anno scolastico 2012/2013 le dotazioni organiche del personale docente, educativo ed ATA della scuola non devono superare la consistenza delle relative dotazioni organiche dello stesso personale determinata nell'anno scolastico 2011/2012 in applicazione dell'articolo 64 del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, assicurando in ogni caso, in ragione di anno, la quota delle economie lorde di spesa che devono derivare per il bilancio dello Stato, a decorrere dall'anno 2012, ai sensi del combinato disposto di cui ai commi 6 e 9 dell'articolo 64 citato.

COSA SIGNIFICA

La norma dispone il mantenimento del numero dei docenti e del personale ATA.

QUALCHE NOSTRA VALUTAZIONE

L'art. 64 della Legge n. 133/2008 prevedeva la riduzione delle dotazioni organiche del personale scolastico nell'arco dei tre successivi anni scolastici, ossia fino a quello 2011/2012.

Purtroppo nella Manovra si inserisce **l'ulteriore previsione che anche nell'a.s. 2012/2013 non si possano incrementare le dotazioni organiche**, dovendo queste ultime corrispondere esattamente a quelle dell'anno precedente.

Ma a questo punto **non si comprende come si potrà dar seguito a quanto previsto nell'art. 9 comma 17 del c.d. "Decreto sviluppo"** (D.L. n. 70/2011, convertito in Legge 12 luglio 2011 n. 106), che prevede, al contrario, **un piano triennale per l'assunzione**, a tempo indeterminato, di personale docente, educativo ed ATA, per gli anni 2011-2013, sulla base dei posti vacanti e disponibili in ciascun anno, delle relative cessazioni del predetto personale e degli effetti del processo di riforma previsto dall'articolo 64 della legge 6 agosto 2008, n. 133.

Il testo della manovra

11. L'organico dei posti di sostegno è determinato secondo quanto previsto dai commi 413 e 414 dell'articolo 2 della legge 24 dicembre 2007, n. 244, fermo restando che è possibile istituire posti in deroga, allorché si renda necessario per assicurare la piena tutela dell'integrazione scolastica.

L'organico di sostegno è assegnato complessivamente alla scuola o a reti di scuole allo scopo costituite, tenendo conto della previsione del numero di tali alunni in ragione della media di un docente ogni due alunni disabili; 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.

A tale fine, nell'ambito delle risorse assegnate per la formazione del personale docente, viene data priorità agli interventi di formazione di tutto il personale docente sulle modalità di integrazione degli alunni disabili.

Le commissioni mediche di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nei casi di valutazione della diagnosi funzionale costitutiva del diritto all'assegnazione del docente di sostegno all'alunno disabile, sono integrate obbligatoriamente con un rappresentante dell'INPS, che partecipa a titolo gratuito.

COSA SIGNIFICA

La norma **introduce il rapporto 1:2 tra insegnante di sostegno ed alunni con disabilità**, attribuendo anche priorità, nella formazione professionale, alle tematiche relative all'integrazione degli alunni con disabilità.

Inoltre, vengono **integrate le commissioni deputate alla stesura della Diagnosi Funzionale con un rappresentante INPS**.

QUALCHE NOSTRA VALUTAZIONE

Nella norma in questione **non si prende in considerazione esattamente quanto previsto dalla Corte Costituzionale** con la sua celebre sentenza n. 80/2010, ossia della possibilità di un sostegno superiore al rapporto 1:2, tutte le volte in cui l'alunno verta in una condizione di disabilità grave e le sue *"effettive esigenze"* ne dimostrino la necessità.

Nel testo della norma, invece, si parla solo genericamente di posti di sostegno in deroga *"allorché si renda necessario per assicurare la piena tutela dell'integrazione scolastica"*.

L'assoluta indeterminatezza della clausola in deroga, non permettendo di individuare almeno alcune minime ipotesi di applicazione della stessa, rischia di rimanere lettera morta o, peggio ancora, di **disattendere la sentenza della Consulta** sopra ricordata, laddove qualcuno debba effettuare la richiesta di ulteriore valutazione sulla *"necessità per assicurare la piena tutela"* con criteri neppure convenzionalmente adottati.

La norma **potrebbe essere censurata innanzi alla Corte Costituzionale** per indeterminatezza e quindi in violazione del principio di legalità in senso lato.

In relazione al medico Inps nelle commissioni oltre a non comprenderne chiaramente le finalità, dal momento che **sicuramente la presenza di un rappresentante Inps non può essere considerata quale indice di corretta valutazione, pone seri dubbi il riferimento al fatto che vengano indicati, quali soggetti deputati alla stesura della Diagnosi Funzionale, le commissioni mediche per l'accertamento di alunno in stato di handicap**, in quanto l'Intesa della Conferenza Unificata del 20 marzo 2008 indica espressamente che la stessa deve essere redatta a cura dell'unità multidisciplinare presente nei Servizi Specialistici per l'Infanzia e l'Adolescenza del territorio di competenza e che di fatto non necessariamente e non dappertutto coincidono.

In relazione alla formazione dei docenti: se da un lato è positivo il fatto che si vogliano formare adeguatamente tutti gli insegnanti in materia di disabilità, dall'altro il testo può far pensare che si voglia "mettere le mani avanti" in caso di mancanza o carenza dei docenti di sostegno per gli alunni con disabilità.

Nuovo patto di stabilità interno: parametri di virtuosità

(articolo 20 – comma 2 e 2bis)

Il testo della manovra

2. Ai fini di ripartire l'ammontare del concorso alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica fissati, a decorrere dall'anno 2013, dal comma 5, nonché dall'articolo 14 del decreto-legge n. 78 del 2010, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 122 del 2010, tra gli enti del singolo livello di governo, i predetti enti sono ripartiti con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro dell'interno e con il Ministro per gli affari regionali e per la coesione territoriale, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, in quattro classi, sulla base dei seguenti parametri di virtuosità:

a) prioritaria considerazione della convergenza tra spesa storica e costi e fabbisogni standard;

b) rispetto del patto di stabilità interno;

c) incidenza della spesa del personale sulla spesa corrente dell'ente in relazione al numero dei dipendenti in rapporto alla popolazione residente, alle funzioni svolte anche attraverso esternalizzazioni nonché all'ampiezza del territorio; la valutazione del predetto parametro tiene conto del suo valore all'inizio della legislatura o consiliatura e delle sue variazioni nel corso delle stesse ai fini dell'applicazione del comma 2-ter;

d) autonomia finanziaria;

e) equilibrio di parte corrente;

f) tasso di copertura dei costi dei servizi a domanda individuale per gli enti locali;

g) rapporto tra gli introiti derivanti dall'effettiva partecipazione all'azione di contrasto all'evasione fiscale e i tributi erariali, per le regioni;

h) effettiva partecipazione degli enti locali all'azione di contrasto all'evasione fiscale;

i) rapporto tra le entrate di parte corrente riscosse e accertate;

l) operazione di dismissione di partecipazioni societarie nel rispetto della normativa vigente.

2-bis. **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 di cui al comma 2 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.**

COSA SIGNIFICA

La norma individua in via generale i criteri di "virtuosità" (che poi dovranno essere, a loro volta, meglio specificati nel citato decreto interministeriale), in base ai quali considerare gli Enti territoriali obbligati o meno a concorrere al risanamento della finanza pubblica.

Il primo dei criteri di virtuosità, assente nel testo originario del Decreto Legge, ma introdotto solo in sede di conversione, è quello della **convergenza tra spesa storica ai costi e fabbisogni standard** così come definiti dal recente decreto legislativo n. 68/2011 in tema di autonomia di entrate e di spesa delle Regioni ed Enti Locali.

Però l'individuazione del costo e fabbisogno standard troverà una concreta ed efficace attuazione solo quando gli stessi potranno essere parametrati rispetto ai livelli essenziali delle prestazioni, tenendo conto degli indicatori quantitativi e qualitativi dei servizi.

Fra gli ulteriori parametri di virtuosità continua ad essere previsto il "tasso di copertura dei costi dei servizi a domanda individuale", ossia quanto gli enti stessi compartecipano.

QUALCHE NOSTRA VALUTAZIONE

E' interessante leggere che "prima o poi" si dovranno individuare i livelli essenziali delle prestazioni e si dovranno determinare gli obiettivi di servizio degli Enti territoriali.

Ciò anche perché, come sopra detto, il perseguimento dei livelli essenziali determinerebbe la maggiore o minore virtuosità dell'Ente a cui di conseguenza ricollegare la maggior o minore possibilità di spendere.

Tuttavia, non essendo stato stabilito un termine per l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni, la valutazione della virtuosità o meno degli Enti potrebbe all'inizio mancare dei suoi parametri di base, basandosi invece su tutti gli altri criteri.

Tra tali ulteriori criteri pone forti dubbi quello relativo alla misura della compartecipazione al costo di un servizio a domanda individuale da parte degli Enti (lett. f), poiché c'è il grave timore che l'Ente venga considerato più virtuoso laddove compartecipi meno e quindi di conseguenza richieda alle famiglie ed alle persone che usufruiscono dei servizi maggiori contributi.

Liberalizzazione del collocamento dei servizi e delle attività economiche: avanti alle associazioni che tutelano la disabilità

(articolo 29, comma 1, lett. e)

Il testo della manovra

e) i patronati, gli enti bilaterali e le associazioni senza fini di lucro che hanno per oggetto la tutela del lavoro, l'assistenza e la promozione delle attività imprenditoriali, la progettazione e l'erogazione di percorsi formativi e di alternanza, la tutela della disabilità;

COSA SIGNIFICA

L'art. 6 della "Legge Biagi" viene novellato dalla Manovra, prevedendo un regime semplificato di autorizzazione per quei soggetti che vogliono essere intermediari tra la domanda e l'offerta di lavoro.

Degno di nota è il fatto che tra tali soggetti cui è prevista un'autorizzazione semplificata rientrano anche le associazioni senza fine di lucro che tutelano la disabilità in ragione, quindi, della loro funzione istituzionale.

Disposizioni per l'efficienza del sistema giudiziario e la celere definizione delle controversie: arriva il contributo unificato anche per i ricorsi di invalidità civile (articolo 37, comma 6)

Il testo della manovra

6. Al testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di spese giustizia, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 2002, n. 115, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) la rubrica del titolo I della parte II è sostituito dalla seguente: «Contributo unificato nel processo civile, amministrativo e tributario»;

b) all'articolo 9:

1) Al comma 1, dopo le parole: «volontaria giurisdizione,» sopprimere la parola: «e», dopo le parole: «processo amministrativo» sono aggiunte le seguenti: «e nel processo tributario»;

2) dopo il comma 1, inserire il seguente: «1-bis. Nei processi per controversie di previdenza ed assistenza obbligatorie, nonché per quelle individuali di lavoro o concernenti rapporti di pubblico impiego le parti che sono titolari di un reddito imponibile ai fini dell'imposta personale sul reddito, risultante dall'ultima dichiarazione, superiore a tre volte l'importo previsto dall'articolo 76, sono soggette, rispettivamente, al contributo unificato di iscrizione a ruolo nella misura di cui all'articolo 13, comma 1, lettera a), e comma 3, salvo che per i processi dinanzi alla Corte di cassazione in cui il contributo è dovuto nella misura di cui all'articolo 13, comma 1.»;

COSA SIGNIFICA

Per l'instaurazione di nuove cause di previdenza e di assistenza obbligatoria, quindi anche di quelle per l'invalidità civile, viene introdotto il pagamento del c.d. "contributo unificato" nella misura di 37,00 euro, sempre che il ricorrente non abbia dichiarato nell'anno precedente un reddito imponibile inferiore al triplo dell'importo previsto per l'ammissione al gratuito patrocinio (ossia euro 31.884,48, il triplo di 10.628,16 euro); in tal caso permarrà l'esenzione dal pagamento del contributo stesso.

Tale norma tenta sicuramente di creare qualche filtro ai ricorsi di previdenza.

Del resto la permanenza di una soglia di esenzione pari al triplo dell'importo previsto per accedere al gratuito patrocinio (il Decreto Legge del 06.07.2011 prevede solo il doppio, innalzato in sede di conversione in legge) garantisce i cittadini più indigenti dal continuare a poter esercitare i propri diritti senza alcuna remora.

Le maggiori entrate derivanti dall'aumento delle spese di giustizia per i cittadini saranno destinate soprattutto all'assunzione di personale di magistratura e di altro personale amministrativo della giustizia.

Disposizioni in materia di contenzioso previdenziale e assistenziale

(articolo 38 – comma 1, lett. b e lett. d)

Il testo della manovra

b) Al codice di procedura civile sono apportate le seguenti modificazioni:

1) dopo l'articolo 445 è inserito il seguente:

Art. 445-bis. – (Accertamento tecnico preventivo obbligatorio). – Nelle controversie in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, nonché di pensione di inabilità e di assegno di invalidità, disciplinati dalla legge 12 giugno 1984, n. 222, chi intende proporre in giudizio domanda per il riconoscimento dei propri diritti presenta con ricorso al giudice competente ai sensi dell'articolo 442 codice di procedura civile, presso il Tribunale nel cui circondario risiede l'attore, istanza di accertamento tecnico per la verifica preventiva delle condizioni sanitarie legittimanti la pretesa fatta valere.

Il giudice procede a norma dell'articolo 696-bis codice di procedura civile, in quanto compatibile nonché secondo le previsioni inerenti all'accertamento peritale di cui all'articolo 10, comma 6-bis, del decreto-legge 30 settembre 2005, n. 203, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 dicembre 2005, n. 248, e all'articolo 195.

L'espletamento dell'accertamento tecnico preventivo costituisce condizione di procedibilità della domanda di cui al primo comma. L'improcedibilità deve essere eccepita dal convenuto a pena di decadenza o rilevata d'ufficio dal giudice, non oltre la prima udienza. Il giudice ove rilevi che l'accertamento tecnico preventivo non è stato espletato ovvero che è iniziato ma non si è concluso, assegna alle parti il termine di quindici giorni per la presentazione dell'istanza di accertamento tecnico ovvero di completamento dello stesso.

La richiesta di espletamento dell'accertamento tecnico interrompe la prescrizione.

Il giudice, terminate le operazioni di consulenza, con decreto comunicato alle parti, 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, se non procede ai sensi dell'articolo 196, con decreto pronunciato fuori udienza entro trenta giorni dalla scadenza del termine previsto dal comma precedente omologa l'accertamento del requisito sanitario secondo le risultanze probatorie indicate nella relazione del consulente tecnico dell'ufficio provvedendo sulle spese. Il decreto, non impugnabile né modificabile, è notificato agli enti competenti, che provvedono, subordinatamente alla verifica di tutti gli ulteriori requisiti previsti dalla normativa vigente, al pagamento delle relative prestazioni, entro 120 giorni.

Nei casi di mancato accordo la parte che abbia dichiarato di contestare le conclusioni del consulente tecnico dell'ufficio deve depositare, presso il giudice di cui al comma primo, entro il termine perentorio di trenta giorni dalla formulazione della dichiarazione di dissenso, il ricorso introduttivo del giudizio, specificando, a pena di inammissibilità, i motivi della contestazione.

COSA SIGNIFICA

A partire dal 1 gennaio 2012 **un cittadino che voglia contestare l'accertamento sanitario dell'invalidità civile, stato di handicap e disabilità** deve, nei sei mesi successivi alla ricezione del relativo verbale, procedere innanzitutto ad attivare un **accertamento tecnico preventivo giudiziario** (fase sommaria in cui con un consulente medico si individuano gli effettivi requisiti sanitari che portano a contestare quanto definito in via amministrativa) e solo dopo, eventualmente, dar vita al procedimento giudiziario di previdenza fino ad oggi seguito.

La norma sembra partire dall'acquisita consapevolezza che quasi tutti i giudizi per l'accertamento dell'invalidità civile, stato di handicap e disabilità si basano su una consulenza tecnica di tipo medico-legale e, quindi, si è voluto evitare che si instaurasse un procedimento ordinario (seppur con rito del lavoro) prevedendo che, prima dello stesso, sia esperito un procedimento sommario, qual è l'accertamento tecnico preventivo, volto a verificare l'effettiva presenza delle condizioni sanitarie legittimanti le pretese assistenziali.

Infatti, se le parti (nel caso di invalidità civile, cittadino ed Inps), nel corso di questa prima fase, accettano le conclusioni del consulente tecnico e **raggiungono velocemente un accordo** (senza avvalersi della facoltà di contestare entro 30 giorni le conclusioni del c.t.u.), questo viene **omologato con decreto non impugnabile, né modificabile dal Giudice**, senza che si dia luogo al vero e proprio processo previdenziale.

Se, viceversa, le parti non si ritengono soddisfatte, le stesse avranno **solo 30 giorni di tempo** dalla presentazione delle conclusioni del consulente tecnico **per depositare ricorso introduttivo** per l'instaurazione del procedimento previdenziale.

Inoltre, la norma prevede che qualora fossero riconosciute le richieste del cittadino in tema di invalidità civile, le relative ed eventuali provvidenze economiche dovrebbero essere poste in liquidazione dall'Inps **entro 120 giorni dal riconoscimento in sentenza**, ed infatti, solo dopo tale termine, i legali potrebbero procedere alla notifica del titolo esecutivo (sentenza munita di formula esecutiva) ed attivare azioni esecutive contro l'Istituto.

QUALCHE NOSTRA VALUTAZIONE

Se la norma sembra voler evitare al cittadino che richieda l'accertamento delle condizioni sanitarie per l'invalidità civile, stato di handicap e disabilità i tempi lunghi dell'unico procedimento giudiziario fino ad oggi seguito, dall'altro canto **fa sorgere il timore che possa esserci un atteggiamento ostruzionistico da parte dell'Inps, cercando di non raggiungere l'accordo in sede di ATP** (Accertamento tecnico preventivo) **e di allungare ancor di più i tempi** prima addirittura di far iniziare il consueto giudizio previdenziale, in cui, tra l'altro, non automaticamente il Giudice dovrebbe acquisire le risultanze medico-legali della fase precedente.

Inoltre, vi è da considerare che, nel caso di mancato accordo in sede di ATP, il cittadino si troverebbe a dover pagare anche l'iscrizione al ruolo della causa di previdenza con ulteriore esborso di 37,00 euro di contributo unificato, dopo aver dovuto già pagare il contributo unificato per l'ATP, quando invece fino ad oggi l'intera attivazione della procedura giurisdizionale era gratuita.

Vi è da segnalare che, nel testo convertito in legge è opportunamente stata eliminata la previsione dell'inappellabilità delle sentenze con cui si conclude il giudizio previdenziale, a cui si sia arrivati dopo l'infruttuoso espletamento dell'ATP. In caso contrario, la norma sarebbe stata censurata per illegittimità costituzionale per difetto, rispetto a qualsiasi ulteriore giudizio, della possibilità di riesame della vicenda in appello.

In merito **al termine dei 120 giorni** per la liquidazione delle provvidenze economiche, occorre precisare che sembra chiarirsi che se il Giudice ha riconosciuto il diritto ad una certa percentuale di invalidità civile (anche con effetti retroattivi), la presenza dei requisiti socio-economici (quindi reddituali, di cittadinanza, etc) ai fini del riconoscimento di una prestazione pensionistica viene

svolta successivamente dall'Inps. Invece, fino ad oggi alcuni Giudici del Lavoro hanno richiesto, in corso di giudizio per l'invalidità civile anche la presentazione della dichiarazione dei redditi del ricorrente per valutare se vi fossero le condizioni reddituali per riconoscere i relativi emolumenti. Tale fase dovrebbe svolgersi solo successivamente al giudizio a cura dell'Inps, una volta riconosciuto il diritto ad una certa percentuale di invalidità (ciò anche perché le condizioni reddituali della persona cambiano di anno in anno e non sarebbe opportuno ricollegare il diritto in sé alla prestazione con le vicende che volta per volta si verificano).

Il testo della manovra

d) (omissis)

2) dopo l'articolo 47 è inserito il seguente:

«47-bis. – 1. Si prescrivono in cinque anni i ratei arretrati, ancorché non liquidati e dovuti a seguito di pronuncia giudiziale dichiarativa del relativo diritto, dei trattamenti pensionistici, nonché delle prestazioni della gestione di cui all'articolo 24 della legge 9 marzo 1989, n. 88, o delle relative differenze dovute a seguito di riliquidazioni.».

2. Le disposizioni di cui al comma 1, lettera b), numero 1), si applicano dal 1° gennaio 2012.

COSA SIGNIFICA

Viene previsto che il termine per richiedere il pagamento dei cosiddetti "arretrati" riconosciuti in giudizio (anche se non determinato il loro ammontare) sia di **5 anni**.

Disposizioni finanziarie: il taglio alle agevolazioni fiscali *(articolo 40 – comma 1-ter, 1-quater)*

Il testo della manovra

1-ter. I regimi di esenzione, esclusione e favore fiscale di cui all'allegato C-bis sono ridotti del 5 per cento per l'anno 2013 e del 20 per cento a decorrere dall'anno 2014. Per i casi in cui la disposizione del primo periodo del presente comma non sia suscettibile di diretta ed immediata applicazione, con uno o più decreti del Ministro dell'economia e delle finanze, da emanare ai sensi dell'articolo 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono stabilite le modalità tecniche per l'attuazione del presente comma con riferimento ai singoli regimi interessati.

1-quater. La disposizione di cui al comma 1-ter non si applica 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.

COSA SIGNIFICA

L'articolo in questione prevede norme per la copertura finanziaria dell'intera manovra.

Tra le tante, si dispone la **riduzione del 5% per l'anno 2013 e del 20% a decorrere dall'anno 2014 dei regimi di esenzione, esclusione e favore fiscale (cosiddette agevolazioni fiscali)**.

Tale misura però non si applicherà qualora entro il 30 settembre 2013 fossero adottati provvedimenti legislativi in materia fiscale e assistenziale aventi ad oggetto il riordino della spesa in

materia sociale, l'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 e a 20.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2014.

QUALCHE NOSTRA VALUTAZIONE

Si ha la seguente alternativa: o **un taglio del 5% a partire dal 2013 sulla fruizione di tutte le agevolazioni fiscali (elevabile al 20% dal 2014)**, oppure **il divieto assoluto di fruire delle stesse in presenza della titolarità di un'indennità di accompagnamento**, qualora nel frattempo venga emanata la legge delegata di riordino dell'assistenza.

In tale seconda ipotesi, addirittura, percependo per esempio solo 470 euro mensili di indennità di accompagnamento non si potrebbe più usufruire di qualsiasi ulteriore agevolazione, determinando la paradossale conseguenza che **proprio i cittadini con disabilità o chi li ha fiscalmente a carico subiscano una pressione fiscale (stante l'inapplicabilità delle deduzioni e detrazioni fin oggi godute) addirittura più stringente rispetto agli altri cittadini.**

Infatti, **la stessa indennità di accompagnamento non può essere considerata come un beneficio**, ma solo come misura economica volta a ristabilire, e neanche in maniera sufficientemente adeguata, le condizioni di autonomia personale mancanti in origine.

Pertanto tale ipotesi sarebbe discriminatoria nei confronti delle persone con disabilità, non essendo in alcun modo ravvisabile una duplicazione di beneficio.

Inoltre, **il taglio del 5%, essendo lineare, colpirà in maniera maggiore chi fino ad oggi, proprio in virtù della necessità di ristabilire le pari opportunità, ha usufruito di specifiche agevolazioni** (quali per es. maggiore detrazione per figli a carico, se con disabilità).

Per maggiori informazioni e contributi

**Anffas Onlus – Associazione Nazionale Famiglie di
Persone con Disabilità Intellettiva e/o Relazionale**

Tel. 06/3611524 – 06/3212391 – Fax 06/3212383

Sito Internet: www.anffas.net - e-mail:

nazionale@anffas.net

