

C.O.R.I.P.E.

Master in Economia e Politica Sanitaria
a.a. 2010/2011

**falsi invalidi: dibattito
politico, controlli e
provvedimenti di
riduzione della spesa**

Natascia Curto

INDICE

Introduzione	p.3
PARTE PRIMA	
Disabili e invalidi in Italia	
1.La definizione di disabilità a livello internazionale e nazionale	p.4
<i>la definizione di disabilità in letteratura</i>	
<i>la definizione normativa</i>	
<i>la definizione dell'ISTAT</i>	
2. Pensioni e invalidità in Italia	p.10
<i>definizioni</i>	
<i>le dimensioni del fenomeno</i>	
PARTE SECONDA	
La campagna “falsi invalidi”	
3.Le verifiche straordinarie in materie di invalidità	p.16
<i>la partenza: il dl 112/08</i>	
<i>i controlli 2009</i>	
<i>i risultati delle verifiche 2009</i>	
<i>il dl 78/09 e la “responsabilizzazione” dei medici</i>	
<i>le verifiche straordinarie 2010</i>	
<i>le linee guida dell'inps</i>	
<i>i risultati dei controlli 2010 e il campione 2011</i>	
4. I falsi invalidi tra rappresentazione mediatica e realtà	p.25
<i>il dibattito politico e mediatico</i>	
<i>chi sono i falsi invalidi?</i>	
Conclusioni	p.32
Bibliografia	p.36

Introduzione

Periodicamente presente nel dibattito pubblico del nostro paese, il tema dei cosiddetti falsi invalidi sembra avere assunto negli ultimi tre anni una rilevanza mai riscontrata in passato.

Dal 2008 a oggi, del tema delle truffe allo stato in materia di invalidità civile (come la stessa legge lo definisce) si sono occupati soggetti istituzionali e mezzi di comunicazione. Non si tratta semplicemente di un dibattito che resterà negli annali delle cronache: questa volta i soggetti istituzionali coinvolti hanno preso dei provvedimenti –in nome della lotta ai falsi invalidi- le cui conseguenze sono tuttora da valutare ma sembrano colpire l'accesso ai diritti sociali e civili delle fasce più deboli della popolazione (disabili e anziani in particolare).

La tesi contenuta in questo lavoro è che il fenomeno dei "falsi invalidi" sia stato, dal 2008 a oggi, oggetto di una montatura mediatica che ne ha travisato gli elementi caratteristici ed esagerato le dimensioni.

Ripercorrendo le fasi salienti della vicenda, si potrà vedere come i soggetti in causa- l'INPS e i media in particolare- facciano fin dall'inizio un utilizzo strumentale e fazioso degli eventi.

Il fenomeno delle truffe allo stato in materia di invalidità civile senz'altro esiste nel nostro paese. Al pari di altri "mercati" illeciti che gestiscono truffe alla Pubblica Amministrazione (si pensi ad esempio a quello dei permessi di soggiorno, emerso in parte ora in seguito alla recente sanatoria colf e badanti), sono realtà complesse che spesso vedono il coinvolgimento della criminalità organizzata. Sull'entità del fenomeno e sul costo che questo ha sulle casse dello stato tuttavia non sembra ci sia alcuna intenzione di fare chiarezza.

Il procedimento sembra invece l'opposto: sovrapporre alle informazioni ipotesi e dati non pertinenti creando confusione nell'opinione pubblica rispetto alla natura ed all'entità del problema.

Sono i falsi invalidi a pesare sulle casse dello Stato o sono gli invalidi in generale? La seconda tesi è tutt'altro che implicita nelle dichiarazioni ufficiali di Ministri e leader politici della Maggioranza. E' del Ministro Tremonti il riferimento agli invalidi come gruppo "improduttivo", mentre pochi mesi dopo il capogruppo alla Camera della Lega dichiarava che la spesa totale per i falsi invalidi è 12 milioni di euro l'anno, cioè tutta la spesa per le pensioni di invalidità. Di fine agosto 2011 poi le proposte del ministro Calderoli rispetto alla revisione degli assegni di accompagnamento, per tagliare le provvidenze a chi "non ha mai lavorato" (Calderoli si riferiva a disabili e titolari di reversibilità).

La confusione creata in questi anni, con l'apporto fondamentale dei media, rispetto ai falsi invalidi, lo stillicidio di ciechi al volante e paraplegici che fanno jogging che la televisione ci ha proposto ripetutamente, le percentuali a dir poco imprecise diffuse dai giornali, hanno contribuito a far sì che l'opinione pubblica tolleri la messa in discussione dei diritti (specie alle provvidenze economiche, ma non solo) ad una delle fasce deboli della popolazione.

Una montatura dunque, ma per opera di chi? Per quanto l'accordo tra Ministero e INPS per attirare l'attenzione dell'opinione pubblica sulla vicenda non sia tanto evidente quanto esplicito, non s'intende sostenere in questa sede che vi sia una sorta di "cospirazione" tra soggetti che si sarebbero accordati per fare danno ai cittadini più deboli.

In una specie di meccanismo da "banalità del male", piuttosto, sembra che ognuno abbia perseguito i suoi interessi, più che altro legittimi, ma lo abbia fatto senza badare troppo alla correttezza. Il Ministero dell'economia, in una situazione molto difficile e sul punto di chiedere grossi sacrifici ai cittadini, ha avuto buon gioco a distogliere l'attenzione dalla sostanza del problema sottolineando in più sedi l'impegno per la lotta ai falsi invalidi, e additandoli come per lo meno parzialmente responsabili della situazione di difficoltà. L'INPS da parte sua sembra intenzionata a portare avanti una campagna di riscatto della sua immagine che compensi anni di denunce di inefficienze da parte dei cittadini, non esimendosi dall'attribuire gran parte delle responsabilità alle ASL e dal cavalcare in maniera poco opportuna per un soggetto istituzionale il polverone mediatico. I media hanno poi fatto il resto, con il consueto approccio che contraddistingue da molti anni i mezzi di informazione italiani (specie la televisione). Superficiali a volte, a volte deliberatamente colpevoli di alterazione della realtà, i media hanno, nella maggior parte dei casi, portato avanti una trattazione aneddotica e una rappresentazione parziale della vicenda, dando una visibilità sproporzionata a casi singoli di frode ed alla celebrazione del rigore dei controlli rispetto alle voci di contraddittorio rispetto al comportamento dell'INPS, ad esempio quelle delle associazioni di persone con disabilità.

La vicenda dimostra ancora una volta la posizione di grande potere politico e sociale che i mezzi di informazione hanno nel nostro paese.

Questo lavoro, dopo una prima parte di definizioni e dati sul fenomeno dell'invalidità in Italia, cerca di ricostruire la vicenda del "boom falsi invalidi" così come si è configurata nel corso del 2009 e del 2010. Il decreto legge che commissiona all'INPS i controlli, le circolari dell'istituto, le procedure e i risultati vengono ripercorsi evidenziandone in particolare i punti critici a sostegno della tesi enunciata. Infine, si cerca di fare un quadro anche della campagna mediatica che ha avuto in questa vicenda un ruolo tutt'altro che marginale.

PARTE PRIMA

Disabili e invalidi in Italia

1. la definizione di disabilità a livello internazionale e nazionale

la definizione di disabilità in letteratura

Negli ultimi anni lo studio delle disabilità ha richiesto a livello internazionale l'uso di linguaggi e strumenti sempre più appropriati e specifici. La ricerca di linguaggi standardizzati e condivisi ha impegnato numerose equipe operanti in diversi paesi del mondo, coordinate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). L'obiettivo era di fornire una regola di classificazione univoca a livello internazionale che consentisse definizioni chiare e condivise da utilizzare sia in fase di ricerca sia in fase operativa. Tuttavia riguardo alla definizione di disabilità esiste ancora, sia a livello internazionale sia locale, una notevole difformità terminologica e concettuale. Questo limite risulta evidente quando si tenta di fare ricerca sul tema della disabilità: fin dall'inizio ci si scontra con un'eterogeneità diffusa che rende difficile innanzi tutto accordarsi sulla definizione di ciò che s'intende descrivere¹.

Già nel 1980, l'OMS aveva diffuso l'ICIDH (International Classification of Impairment, Disabilities and Handicap) in cui venivano introdotti i termini di menomazione, disabilità e handicap, come tre fattori che interagiscono tra loro.

Per *menomazione* s'intende una "perdita o anormalità, anche di carattere transitorio, a carico di una struttura o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica".

La *disabilità* invece è "qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano".

Infine l'*handicap* è inteso come "svantaggio conseguente a una menomazione o a una disabilità che in un certo soggetto limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale per tale soggetto in relazione all'età, al sesso e ai fattori socioculturali".

Successivamente, nel 1997, l'OMS ha presentato l'ICIDH-2² con l'intento di ribaltare in positivo il criterio di classificazione, parlando invece che di menomazione, disabilità e handicap piuttosto di *funzioni corporee* (mantenute e non più perse), *attività* e *partecipazione*. Si inizia in questa fase ad evidenziare la forte influenza esercitata sull'handicap dai fattori ambientali che poi diventerà la struttura concettuale centrale delle classificazioni OMS successive.

Nel 2001, l'ICIDH-2 è stato revisionato con lo scopo di porre maggiore attenzione alla dimensione di complessità della salute che intanto si veniva definendo. La nuova classificazione, denominata International Classification of Functioning³ (ICF), è il risultato di un lungo lavoro di revisione a cui hanno partecipato esperti di 65 paesi (tra cui l'Italia). La finalità principale dell'ICF è di fornire un linguaggio condiviso e un modello di riferimento per la descrizione delle componenti della salute e degli stati ad essa correlati.

Nella visione dell'OMS entra in gioco consistentemente la dimensione complessa e multifattoriale della salute: non tutte le menomazioni causano disabilità e soprattutto l'handicap, sostituito nell'ICF dal concetto di partecipazione sociale, è largamente collocato nell'ambiente ed è solo parzialmente conseguente al tipo e all'intensità della menomazione.

L'ICF è nata con lo scopo di essere utilizzata in discipline e settori diversi (clinico, statistico, ricerca, politiche di welfare, solo per fare qualche esempio). Fornendo una base scientifica per la comprensione e lo studio della salute, delle condizioni, delle conseguenze e cause determinanti ad essa correlate, stabilendo un linguaggio comune e migliorando la comunicazione fra i diversi utilizzatori, tra cui gli operatori sanitari, i ricercatori, gli esponenti politici e la popolazione, incluse le persone con disabilità. Tra gli obiettivi c'è quello di rendere possibile a livello di ricerca il confronto tra dati raccolti in paesi, discipline sanitarie, servizi e periodi diversi fornendo uno schema di codifica sistematico per i sistemi informativi sanitari⁴.

Oggi, a dieci anni dalla sua presentazione internazionale, l'applicazione dell'ICF, auspicata su vari fronti, stenta nella prassi a decollare e permangono differenze di approccio e di linguaggi. L'ICF è scarsamente utilizzato sia a livello di professioni di cura sia a livello di ricerca. Tra le motivazioni di questo mancato utilizzo, si possono annoverare la complessità dello strumento (che richiede la compilazione di numerose e dettagliate schede per ogni funzione) e la difficoltà a far andare a regime uno strumento che comporta una valutazione da parte di differenti professionisti in un ambito in cui il

¹ Questa difficoltà è rilevata anche dall'ISTAT che infatti dedica un capitolo del rapporto "la disabilità in Italia: quadro della statistica ufficiale" all'attività internazionale per migliorare l'informazione statistica sulla disabilità

² OMS, ICIDH-2. Classificazione Internazionale del funzionamento e delle Disabilità, Erickson, Trento, 2000

³ OMS, ICF/Classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della Salute, Erickson, Trento, 2002

⁴ Sul percorso di definizione dall'ICIDH all'ICF si veda anche Spinelli M, Poloni V, il disabile: dalla valutazione di ciò che si è perso alla valutazione di quel che rimane, difesa sociale, numero unico, 2009

lavoro di rete raramente è la norma. Nei contesti di lavoro educativo e di cura, così come in quelli di ricerca dunque non si è ancora raggiunta un'uniformità linguistica e concettuale per quanto riguarda la disabilità.

L'eterogeneità che s'incontra non appena si tenta di utilizzare una definizione condivisa come base per un lavoro di ricerca ha senz'altro a che fare con quello che la disabilità è, con la complessità delle dimensioni in gioco, con la variabilità individuale legata ad ogni storia e ad ogni contesto. Ripercorrendo gli ultimi tre secoli, parlare di "disabilità" sembra improprio: la categoria di "disabile" è un concetto recente, che nel corso del tempo ha cambiato più volte i suoi confini, racchiudendo un'ampia varietà di persone e situazioni esistenziali⁵. Tuttavia, anche se l'indeterminatezza è parzialmente riconducibile alla natura dell'oggetto di studio, sempre più spesso si sente necessità di una maggiore uniformità a chiarezza terminologica e concettuale.

Diversi soggetti negli ultimi anni hanno tentato di definire almeno a livello generale la condizione di disabilità. Il più delle volte, come si vedrà, si tratta di enti o gruppi di studio che avevano la necessità di una definizione nell'ambito delle loro funzioni di ricerca.

La definizione di disabilità spesso viene sovrapposta a quella di non autosufficienza, e anche su questo fronte si è lontani da una definizione univoca condivisa. La definizione di non autosufficienza presentata al convegno dell'Associazione Italiana di Economia Sanitaria⁶ nel 2003, così come quella datata 2002 del Consiglio Nazionale di Economia del Lavoro⁷ (CNEL) e quella dell'Istituto Nazionale di Vigilanza sulle Assicurazioni Private⁸ (ISVAP) connettono la non autosufficienza all'età anziana. L'Istituto Regionale di Ricerca della Lombardia⁹ (IRER) dà una definizione dell'autosufficienza basata sull'equilibrio con l'ambiente e dunque molto generale. Una definizione di tipo funzionale è invece quella data dal CNEL nel 2003 che definisce come non autosufficiente la persona che richiede un intervento assistenziale permanente e continuativo sia nella sfera individuale che relazionale¹⁰. Già nel 2002 il CNEL riprendeva la definizione di non autosufficienza utilizzata in Germania nell'ambito degli studi sulle Long Term Care, che definisce la non autosufficienza attraverso quattro criteri: l'igiene personale, l'alimentazione, le abilità motorie, la cura della casa. Talvolta le definizioni di non autosufficienza tendono a comprendere anche elementi estranei alla disabilità strettamente intesa (come il livello socioeconomico o la presenza di una rete familiare di sostegno) in quanto sono più orientate a determinare il grado di bisogno di assistenza che a definirne perfettamente la natura.

In un contesto sostanzialmente disomogeneo come quello descritto, il metodo di definizione maggiormente stabile sembra quello che si riferisce alle Activities of daily life (ADL).

In campo biomedico nella pratica clinica, infatti, a quasi dieci anni dalla pubblicazione dell'ICF stenta a prendere piede la valutazione globale della persona, ma continuano ad essere utilizzate scale che misurano prevalentemente l'entità del deficit.

Le scale sono quasi sempre riferite ad una specifica menomazione, dunque valutano le compromissioni considerando quelle possibili nell'ambito di ciascuna malattia o lesione, questo significa nuovamente una difficile generalizzabilità ed una sostanziale non confrontabilità tra situazioni di natura differente (ad esempio disabilità motoria e disabilità psichica). Le scale fanno frequente riferimento alle Activities of Daily Living (ADL), tuttavia non sempre e non tutte le scale fanno riferimento a tutte le ADL e, ancora, non tutte le ADL vengono considerate sempre della medesima importanza. A fronte della molteplicità di strumenti descritti si capisce come sia complicato trarre dalle scale un'indicazione unitaria a livello di definizione di gravità.

Il fatto che si creino scale di misurazione per ogni tipo di disabilità le rende migliori dal punto di vista della valutazione del singolo deficit, perché maggiormente descrittive della realtà, ma difficilmente generalizzabili o equiparabili in un lavoro di ricerca o di assegnazione di benefici che sia trasversale alle diverse patologie.

Le ADL usate più diffusamente sono quelle relative alle aree motoria (camminare, salire le scale, chinarsi, coricarsi, sedersi) e della cura di sé (vestirsi, lavarsi, fare il bagno, mangiare) unitamente alle IADL (la I sta per Instrumental) che sono relative alle attività strumentali, come usare il telefono o il denaro. Nella letteratura internazionale le ADL (in italiano atti quotidiani della vita) sono definite in

⁵ Canevaro A, Goussot A, *la difficile storia degli handicappati*, Carocci, Roma, 2000

⁶ In un lavoro, presentato al convegno dell'Associazione Italiana di Economia Sanitaria del 2003 dalla Azienda ULSS n.º9 di Treviso, sulla "Valutazione degli outcomes sanitari dell'assistenza in strutture residenziali e a domicilio degli anziani non autosufficienti dell'Asl di Treviso" la persona non autosufficiente viene identificata tra gli anziani con l'ausilio del registro delle visite di invalidità civile.

⁷ Cnel "La tutela dei rischi di non autosufficienza fisica nelle persone di età avanzata", Pronunce, 2002 (disponibile su www.portalecnel.it sezione documenti)

⁸ ISVAP, "Il Costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia", Quaderno isvap n.11, 2001

⁹ IRER, "Analisi di profili di autosufficienza/non autosufficienza", Franco Angeli-IRER, Milano, 1990

¹⁰ CNEL "La non autosufficienza in Italia: realtà esistente e prospettive di soluzione", Pronunce, 2003 (disponibile su www.portalecnel.it sezione documenti)

maniera articolata con numerose scale di valutazione. Per quanto interessa in questo lavoro, gli atti quotidiani della vita vengono distinti in atti elementari e atti strumentali.

Gli atti elementari sono:

- lavarsi ricevendo assistenza massimo per una parte del corpo
- vestirsi (escluso allacciarsi le scarpe)
- mobilità (alzarsi e sedersi sulla sedia senza appoggiarsi, usare il bastone);
- continenza (controllo completo);
- alimentazione (escluso il tagliare la carne).

Gli atti strumentali sono invece ad esempio usare il telefono, fare acquisti e gestire il denaro, preparare il cibo, sistemare la casa, cambiare la biancheria, usare i mezzi pubblici, essere in grado di assumere farmaci¹¹.

Si vede come mentre gli atti elementari risultano più comunemente compromessi in caso di disabilità fisico-motoria, per gli atti strumentali le difficoltà sono più frequenti in caso di disabilità psichica.

Di fatto quello di disabilità è un concetto che racchiude un'ampia gamma di condizioni, di salute e sociali, e spesso la gravità della situazione (e dunque il bisogno assistenziale espresso) è ampiamente influenzata dal contesto. Si possono circoscrivere le aree di disabilità motoria, intellettiva o psichica e sensoriali, al cui interno si colloca un'ampia varietà di condizioni. Questa distinzione, infatti, corrisponde alla classificazione della tipologia di menomazione, mentre la condizione risulta forse meglio espressa dalle conseguenze che questa menomazione ha sulla partecipazione sociale.

Un altro modo in cui in letteratura, specie in quella inglese e americana, è trattata la disabilità è il filone dei bisogni speciali/ bisogni complessi.

Gli studi sui bisogni complessi sono di interesse notevole in quanto propongono delle classificazioni che tengono in considerazione nel determinare la gravità dell'interazione tra bisogni-difficoltà e non della semplice elencazione delle attività compromesse.

Per persona con bisogni complessi s'intende, infatti, una persona la cui limitazione in una determinata attività relativa alla vita quotidiana implica la necessità di assistenza specifica (caregiving) che eccede, per quantità e competenze richieste, quella di cui normalmente necessita un individuo della sua età.¹²

Ad esempio si parla di bisogni comunicativi complessi, oppure di bisogni complessi di salute.

Una revisione della letteratura del 2007¹³ descrive nel dettaglio cosa si intende per bisogni complessi, utilizzando la dicitura *multiple complex needs*. Anche in quel contesto si conferma l'esistenza di una marcata disomogeneità linguistica. I ricercatori individuano diversi termini utilizzati in letteratura correlati, quando non sovrapposti, a quello da loro preso in considerazione, tra questi: *multiple disadvantage*, *multiple disabilities*, *multiple impairment*, *dual diagnosis*, *high support needs*, *complex health needs*. Anche secondo questo rapporto le persone con bisogni complessi non sono solo le persone con disabilità ma, in accordo con l'importanza che gli studi danno al contesto ed alla situazione socioeconomica, possono essere anche persone che si trovano in situazioni di marginalità per altri motivi non strettamente legati ad una menomazione. Vicino al concetto di persone con bisogni complessi e altrettanto diffusa in letteratura c'è l'idea di persona con bisogni speciali. Persona con bisogni speciali è colui

“La cui particolare condizione richiede l'uso di procedure specifiche, non solitamente utilizzate dalla maggioranza delle altre persone. Molte persone con bisogni speciali hanno difficoltà nello svolgere gli atti quotidiani di igiene, sottoporsi a cure ed esami medici [...] procedure speciali sono richieste per superare barriere fisiche o psicologiche.”¹⁴

Come si è visto dalla descrizione operata fin qui, la situazione a livello definitorio e concettuale è molto eterogenea. Si vede come, da una parte, le diverse trattazioni siano parzialmente sovrapponibili ma come, contemporaneamente, si faticò a giungere ad una definizione univoca.

In questa condizione, diventa complicato mettere in campo degli studi seri relativi alle persone con disabilità, in particolare nel momento in cui nell'ottica di una razionalizzazione delle risorse si rende necessario avere chiaro quante sono queste persone e quali sono i loro effettivi bisogni.

¹¹ per un esempio di calcolo di ADL e IADL si veda il sito del centro nazionale per il controllo e la prevenzione della malattie www.ccm-network.it (http://www.ccm-network.it/documenti/Ccm/prg_area2/corso_incidenti_Aquila/indagine_inc_domestici/Indagine_campionaria_legenda_AD_IADL.pdf)

¹² Hemsley B, Balandin S e Leanne TR, *“We need to be certepiece”: adults with cerebral palsy and complex communication needs discuss the roles and needs of family carers in hospital*, “Disability and Rehabilitation”, vol. 30, n. 23, 2008, pp. 1759-1771.

¹³ A. Rosengard, I. Laing, J. Ridley e J. Hunter, *A Literature Review on Multiple and Complex Needs*, “Scottish Executive Social Research”, 2007.

¹⁴ V. Collado, D. Faulks e M. Hennequin, *A survey of the difficulties encountered during routine hygiene and health care by persons with special needs*, “Disability and Rehabilitation”, vol. 30, n. 14, 2008, pp. 1047-1054.

la definizione normativa

Dal punto di vista normativo, sono tre le leggi principali del nostro ordinamento che contengono una definizione inerente alla condizione di disabilità.

Il punto di vista maggiormente ampio è quello della legge 104/92, "legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate".

In questa legge, all'articolo 3 viene definito cosa si intende per "persona handicappata, che dunque "ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore".

"E' persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione".

La diversa valenza tra deficit e le sue conseguenze, proposta dall'OMS fin dall'ICDIH, è come si vede recepita anche dal legislatore Italiano. La legge 104, avendo come finalità l'inclusione sociale, connette strettamente la condizione di handicap con le limitazioni alla partecipazione sociale. E' "persona handicappata" infatti, colei che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà nella partecipazione sociale. Nel testo di legge la partecipazione sociale è declinata nelle aree dell'istruzione, del lavoro, e della socializzazione. Alla condizione di "handicap" così descritta, si può aggiungere la situazione di gravità.

"I comuni, anche consorziati tra loro o con le province, le loro unioni, le comunità montane e le unità sanitarie locali, nell'ambito delle competenze in materia di servizi sociali loro attribuite dalla legge 8 giugno 1990, n. 142, possono realizzare [...] comunità-alloggio e centri socio-riabilitativi per persone con handicap in situazione di gravità."

Come si vede l'indicazione di situazione di gravità ha un'importanza non secondaria nel determinare, in questo caso, la gestione delle risorse dell'ente locale. Ancora più determinante è l'importanza della situazione di gravità nell'articolo 33, in merito al diritto al prolungamento dell'astensione facoltativa dal lavoro per maternità ed ai tre giorni di permesso mensile garantiti a chi assiste una persona in condizione di disabilità "grave".

Se si guarda all'erogazione dei sussidi, si nota che la condizione di disabilità è definita attraverso la capacità di svolgere gli atti quotidiani della vita¹⁵. L'invalidità massima, il 100%, viene riconosciuta dalla situazione di gravità, senza ulteriori distinzioni interne di carattere sostanziale racchiudendo quindi una molteplicità di condizioni. Si pensi ad esempio che viene riconosciuto il 100% di invalidità a tutte le persone non deambulanti, dunque a una fascia di persone con disabilità che comprende situazioni esistenziali molto diverse. Una persona con invalidità 100% può essere in grado di svolgere autonomamente un'alta percentuale degli atti quotidiani della vita, può anche avere la possibilità di vivere da sola, di lavorare, di partecipare a competizioni sportive. Tuttavia, una persona con invalidità al 100% può anche dover trascorrere a letto la maggior parte della giornata, non essere in grado di comunicare verbalmente né di provvedere alla cura di se stesso. Esiste solo un'ulteriore possibile indicazione di gravità oltre il 100%, e cioè la dicitura che dà diritto all'assegno di accompagnamento: *non è in grado di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e non è in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.*

La ratio di questa norma è la promozione della partecipazione sociale e dunque la garanzia del sostegno nel godimento pieno dei diritti civili e sociali qualora sia necessario. La legge non vuole agire in un'ottica "compensativa" (poiché ha una menomazione lo Stato "compensa" il cittadino con del denaro) quanto in un'ottica "progettuale" (lo Stato si occupa di garantire anche ai cittadini svantaggiati uguali condizioni d'accesso alla partecipazione sociale).

La legge 68/99 per il collocamento delle persone disabili, riprende lo schema della 104, citando "minorazioni fisiche, psichiche sensoriali e portatori di handicap intellettivo". Altri requisiti per avere diritto alle agevolazioni previste dalla legge sono che il soggetto si trovi in età da lavoro e che le menomazioni di cui sopra comportino una riduzione della capacità lavorativa maggiore del 45%. Sono poi specificati alcuni elementi relativi agli invalidi di guerra e per servizio ed alle persone con disabilità sensoriale (viene definita esattamente la cecità e il "sordomutismo"). La legge 68 si riferisce, quanto alle modalità di accertamento alla precedente 104.

Di circa un decennio precedente, la legge 222/84 per l'assegnazione delle pensioni di invalidità individua tre livelli che possiamo considerare una scala di gravità. Il primo livello, il meno grave tra gli aventi diritto ad una provvidenza economica, è la condizione di invalido. Si considera invalido, ed ha quindi diritto all'assegno di invalidità, la persona la cui capacità lavorativa è ridotta in modo

¹⁵ La dicitura "atti quotidiani della vita" non è generica bensì la traduzione italiana di ADL

permanente a meno di un terzo (invalidità maggiore del 74%). Questa riduzione deve avvenire a causa di infermità o difetto fisico o mentale non meglio precisati.

Il secondo livello è invece costituito dalle persone inabili, che hanno diritto all'assegno di inabilità in quanto sono in condizione assoluta e permanente di impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

Il grado successivo è costituito dalle persone in condizioni di inabilità che sono impossibilitate a camminare e/o a svolgere gli atti quotidiani della vita. Queste persone hanno un'intensa necessità di assistenza che viene supportata da un ulteriore contributo per "assistenza permanente e continuativa", il cosiddetto assegno di accompagnamento. Il diritto all'assegno di accompagnamento viene poi precisato dalla L.508/88, che determina le condizioni specifiche in cui si può accedere a questo beneficio¹⁶.

la definizione dell'ISTAT

In Italia vi sono due modalità non del tutto sovrapponibili di individuazione delle informazioni relative alla disabilità: una per i dati che riguardano la ricerca ed una per le informazioni volte all'erogazione dei benefici ed alla fruizione dei diritti.

Relativamente all'area della ricerca, il riferimento maggiormente autorevole a livello nazionale è l'ISTAT che da qualche anno sta lavorando per determinare un metodo di classificazione che permetta di integrare aspetti soggettivi e oggettivi della valutazione della disabilità, in modo da permettere una maggiore rigore e omogeneità¹⁷.

Per rilevare il fenomeno della disabilità l'ISTAT, fa riferimento all'*indagine campionaria sulle Condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari*, l'istituto non ha infatti ritenuto opportuno inserire domande sulla disabilità nel censimento decennale della popolazione per ragioni di lunghezza del questionario e di delicatezza delle domande. Nell'indagine sulle condizioni di salute vi sono una batteria di quesiti, predisposti da un gruppo di lavoro dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) sulla base della classificazione ICIDH che riguardano la dimensione fisica, riferibile alle funzioni della mobilità e della locomozione; la sfera di autonomia nelle funzioni quotidiane che si riferisce alle attività di cura di sé e la dimensione della comunicazione (vista, udito e parola)¹⁸. La classificazione ISTAT si riferisce dunque congiuntamente ad abilità di base (atti elementari o ADL) e strumentali (o IADL).

Ad ogni tipo di disabilità corrisponde una batteria di quesiti con modalità di risposta che prevedono diversi gradi di difficoltà (da una parziale autonomia ad una difficoltà maggiore fino ad arrivare all'impossibilità di adempiere la funzione senza l'aiuto di altre persone).

Questo tipo di questionario tuttavia contiene un elemento di forte soggettività in quanto l'intervistato risponde secondo la valutazione soggettiva del proprio livello di autonomia. Questo elemento può costituire un bias consistente se si ipotizza, ad esempio, che la situazione di difficoltà socioeconomica sia correlata ad una peggiore percezione del proprio stato di salute. Entrano in gioco nella valutazione soggettiva della disabilità anche differenze culturali e cognitive, possibilità nel disporre di sostegno materiale o relazionale e, non da ultimo, le caratteristiche del territorio e dei servizi sociosanitari del territorio di residenza.

Sembra che questo tipo di raccolta di informazioni sia maggiormente orientata a rilevare l'handicap, strettamente inteso come possibilità di partecipazione sociale, ma sia scarsamente adatto a distinguere le cause che favoriscono o limitano questo handicap tra quelle legate alla menomazione e quelle relative all'ambiente. Proseguendo nella descrizione questo appare ancora più evidente.

Sempre sulla base del questionario, l'ISTAT definisce disabile la persona che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, dichiara il massimo grado di difficoltà in almeno una delle funzioni rilevate con ciascuna domanda, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.). A seconda della sfera di autonomia funzionale compromessa, la disabilità può riguardare quattro aree: *confinamento*, *difficoltà nel movimento*, *difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana*, *difficoltà della comunicazione*.

Per *confinamento* si intende costrizione permanente a letto, su una sedia, o nella propria abitazione per motivi fisici o psichici; le persone con *difficoltà nel movimento* hanno invece problemi nel camminare (riescono solo a fare qualche passo senza aver bisogno di fare soste), non sono in grado di salire e scendere da soli una rampa di scale senza fermarsi, non riescono a chinarsi per raccogliere oggetti da terra. Le *difficoltà nelle funzioni della vita quotidiana* riguardano la completa assenza di

¹⁶ Per le definizioni delle provvidenze economiche per l'invalidità si veda il capitolo 2.

¹⁷ Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità (2009), *Studio sulla tematica della non autosufficienza*, epub www.disabilitaincifre.it

¹⁸ ISTAT (2001) Condizioni di salute della popolazione, anni 1999-2000. Collana Informazioni. Stima su dati dell'Indagine Multiscopo sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari

autonomia nello svolgimento delle essenziali attività quotidiane o di cura della persona, quali mettersi a letto o sedersi da soli, vestirsi da soli, lavarsi o farsi il bagno o la doccia da soli, mangiare da soli anche tagliando il cibo. Nelle *difficoltà della comunicazione* sono infine comprese le limitazioni nel sentire (non riuscire a seguire una trasmissione televisiva anche alzando il volume e nonostante l'uso di apparecchi acustici); limitazioni nel vedere (non riconoscere un amico ad un metro di distanza); difficoltà nella parola (non essere in grado di parlare senza difficoltà).

Due limiti di questo tipo di misurazione sono la parziale esclusione delle persone con disturbo mentale e l'inapplicabilità ai bambini sotto i 6 anni (a causa del fatto che la scala è basata sulle ADL, che non sono applicabili a bambini così piccoli). Inoltre, è necessario notare che la stima derivante dal questionario sulle condizioni di salute esclude le persone che non vivono in famiglia.

L'indagine comunque, pur tenendo conto dei limiti degli strumenti utilizzati e della complessità ed eterogeneità del fenomeno, rappresenta la principale fonte statistica a livello nazionale per lo studio delle caratteristiche socio-demografiche, degli stili di vita e dello stato di salute delle persone disabili.

In maniera distinta sebbene parzialmente sovrapponibile con il fenomeno delle disabilità, l'ISTAT indaga anche l'invalidità. Anche qui le cose sono abbastanza confuse: sebbene appaiano in parte sovrapponibili a quelle individuate per la disabilità, le categorie relative all'invalidità (di tipo motorio, insufficienza mentale, cecità, sordomutismo, sordità¹⁹) hanno caratteristiche leggermente differenti.

La differenza sta nel fatto che

“rilevare la disabilità significa valutare il livello di riduzione dell'autonomia nello svolgere le principali funzioni, conseguente al deficit o menomazione dovuta alla malattia, tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi. L'invalidità, invece, è riferita alla menomazione che colpisce un organo ed è quindi indipendente dalla valutazione complessiva di autosufficienza.”²⁰

Inoltre nel caso dell'invalidità vengono inclusi nel conteggio anche i bambini fino a 6 anni. E' l'ISTAT stessa a dichiarare che gli strumenti utilizzati per misurare la disabilità e quelli utilizzati per misurare l'invalidità non sono confrontabili: trattandosi nel primo caso della sintesi delle risposte a diversi quesiti e nel secondo della rilevazione di presenza o assenza della menomazione, indipendentemente dal grado di necessità assistenziale.

¹⁹ Invalidità di tipo motorio: grave limitazione o impedimento delle capacità di movimento di uno o più parti del corpo per mancanza o perdita di uno o più arti. Insufficienza mentale: Insufficienze mentali congenite (down, microcefalia, ecc.), perinatali (incompatibilità del gruppo sanguigno materno/fetale, ecc.), o acquisite (meningiti, encefaliti, tumori ecc.); la frenastenia, o l'oligofrenia (difetti permanenti dell'intelligenza). Cecità: parziale o totale assenza della vista sino a meno di un ventesimo con eventuale correzione. Sordomutismo: Incapacità o grave difficoltà nell'esprimersi tramite il linguaggio. sordità: parziale o completa mancanza della capacità di udito anche se corretta con apparecchi acustici.

²⁰ <http://www.disabilita.ncifre.it/documenti/concettodisabilit%C3%A0.asp>

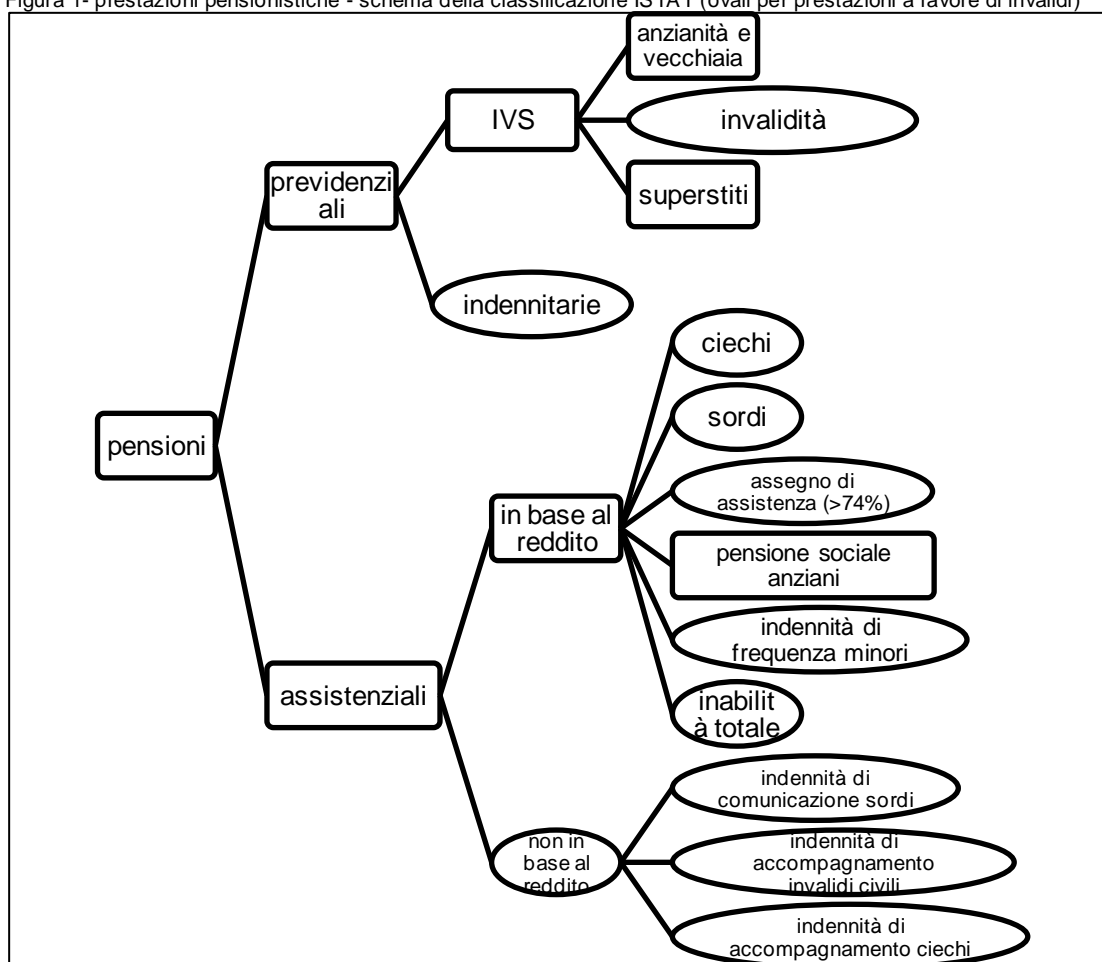
2. invalidi e pensioni in Italia

definizioni

Nel classificare le pensioni di invalidità l'ISTAT ha predisposto un Sistema di Classificazione delle Prestazioni Pensionistiche (SCPP), in accordo ai criteri stabiliti nel Sistema europeo di classificazione delle prestazioni sociali (SESPROS)²¹. Sembra opportuno rifarsi alla classificazione ISTAT in quanto i dati sono disponibili in base alle categorie da questa determinate.

In generale, la pensione si può definire come una *prestazione periodica e continuativa in denaro erogata individualmente da Amministrazioni pubbliche ed Enti pubblici e privati in seguito a: raggiungimento* requisiti di età o invalidità che determinino *manca*za o *riduzione di capacità lavorativa*. Il numero delle pensioni, è da notare, non coincide con quello dei pensionati in quanto ogni individuo può beneficiare di più prestazioni.

Figura 1- prestazioni pensionistiche - schema della classificazione ISTAT (ovali per prestazioni a favore di invalidi)



La prima distinzione viene fatta tra prestazioni previdenziali e prestazioni assistenziali. Nella categoria di "previdenza" ricadono *le prestazioni pensionistiche che presuppongono la costituzione in tempi precedenti di una posizione contributiva*²². Le prestazioni assistenziali al contrario sono quelle *che non presuppongono la costituzione in tempi precedenti di una posizione contributiva*. Le pensioni assistenziali si distinguono poi in quelle che richiedono un livello di reddito insufficiente (tab.1) e quelle che sono indipendenti dal reddito.

²¹ Istat "I beneficiari delle prestazioni pensionistiche" anno 2003

²² Istat, Trattamenti pensionistici e beneficiari al 31 dicembre 2009, 21 giugno 2011

Tabella 1- provvidenze per l'invalidità anno 2009 con importi mensili e limiti di reddito (fonte INPS circolare 1/2009)

TIPO DI PRESTAZIONE		IMPORTO MENSILE	LIMITE REDDITO PERSONALE ANNUO
Invalidi civili	Assegno di assistenza	255,13 €	4.382,43 €
	Indennità di frequenza minori	255,13 €	4.382,43 €
	Pensione di inabilità	255,13 €	14.886,28 €
	Indennità di accompagnamento	472,04 €	Senza limite
Sordomuti	Pensione	255,13 €	14.886,28 €
	Indennità di comunicazione	236,15 €	Senza limite
Ciechi civili	Pensione ciechi assoluti (*)	275,91 €	14.886,28 €
	Assegno decimisti	189,33 €	7.156,90 €
	Indennità ventesimisti	180,11 €	14.886,28 €
	Indennità di accompagnamento	755,71 €	Senza limite
(*) In caso di ricovero la pensione è di 255,13 €			

All'interno delle pensioni previdenziali, l'ISTAT distingue le pensioni IVS (invalidità, vecchiaia, superstiti) dalle pensioni indennitarie. Nelle pensioni IVS sono comprese: anzianità e vecchiaia, superstiti (la cosiddetta "reversibilità") e invalidità. Per quanto riguarda l'invalidità vengono ricomprese in questa categoria le pensioni di inabilità totale (legate al versamento di contributi per almeno cinque anni dei quali tre nell'ultimo quinquennio, e il riconoscimento di un'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa) e l'assegno ordinario di invalidità (legato al versamento di contributi per almeno cinque anni dei quali tre nell'ultimo quinquennio e al riconoscimento della riduzione permanente della capacità di lavoro dell'assicurato *a meno di un terzo*). Nelle pensioni indennitarie sono invece comprese quelle per invalidità in seguito a infortuni o malattie professionali. Nell'ambito delle prestazioni assistenziali, un'ulteriore distinzione viene fatta in base alla necessità di requisiti di reddito.

Le pensioni che intendono integrare un reddito insufficiente, quindi richiedono requisiti di reddito, sono: l'assegno assistenziale per gli invalidi civili (invalidità >74%), la pensione per i ciechi (distinti in ciechi assoluti e due categorie di ciechi parziali), la pensione per i sordi²³, la pensione sociale per gli anziani²⁴, l'indennità di frequenza (scolastica) per i minori con disabilità, la pensione di inabilità totale (100%). Le indennità di accompagnamento sono invece esenti da requisiti di reddito in quanto, come precisato precedentemente, la ratio è quella di supportare la partecipazione sociale.

*le dimensioni del fenomeno*²⁵

La fonte principale per studiare il fenomeno della disabilità in Italia è l'indagine Istat sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Nell'indagine, svolta presso le famiglie, si rilevano le informazioni sullo stato di salute, il ricorso ai principali servizi sanitari, reti sociali, strutture, alcuni fattori di rischio per la salute e i comportamenti di prevenzione. Le domande rilevano la percezione delle persone rispetto allo stato di disabilità, concentrandosi sugli aspetti di limitazione nella vita quotidiana. L'indagine, pur costituendo la fonte di dati più consistente e meglio strutturata disponibile, non raccoglie dati relativi a molti aspetti della disabilità mentale, non comprende i bambini sotto i 6 anni di età ed esclude anche le persone istituzionalizzate. Per integrare quest'ultimo aspetto l'ISTAT utilizza i dati dell'indagine sui "Presidi residenziali socio-assistenziali". Tuttavia l'indagine sui presidi residenziali raccoglie i dati relativi a tutte le tipologie di persone che vi trovano alloggio quindi disabili ma anche anziani, minori sprovvisti di tutela, giovani donne in difficoltà, stranieri o cittadini italiani con problemi economici e in condizioni di disagio sociale.

Riguardo alle pensioni di invalidità, sia i dati ISTAT sia quelli diffusi dall'INPS fanno riferimento al Casellario pensionistico nazionale. E' da notare tuttavia in via preliminare che i dati contenuti in questo paragrafo hanno due nature diverse: i dati che si riferiscono all'indagine ISTAT sulle condizioni di salute sono, infatti, auto dichiarati, mentre quelli relativi alle pensioni si riferiscono alle persone che

²³ si opera una distinzione tra le tre categorie di disabili in sede di classificazione in quanto gli importi delle pensioni sono differenti (tab.1)

²⁴ l'importo mensile dell'assegno sociale è di 409,05 €, pari a 5.317,65 € annui. I limiti di reddito per il riconoscimento del diritto sono di 5.317,65 € annui se il richiedente non è sposato e di 10.635,30 € annui (cioè 5.317,30 x 2) se il richiedente è coniugato (circolare 1/2009 inps)

²⁵ I dati contenuti in questo paragrafo dove non altrimenti specificato sono tratti dal rapporto annuale sulla disabilità dell'ISTAT: la disabilità in Italia, il quadro della statistica ufficiale, Argomenti n.37, 2009

hanno ottenuto la provvidenza a seguito di una visita. Inoltre, i dati sui disabili in generale non comprendono la popolazione sotto i 6 anni, mentre quelli sulle pensioni la includono.

Nonostante le criticità rilevate nel set di dati, si può ugualmente provare a realizzare un quadro relativo alla situazione di disabilità e pensioni di invalidità in Italia.

Nel 2004 in Italia vi erano 2milioni e 600mila persone con disabilità sopra i 6 anni che vivevano in casa, ed altre 190.000 residenti in istituto. Si tratta dunque di circa 2milioni e 790mila persone, pari a circa il 5,2% della popolazione totale. Stime UE indicano il numero di persone con disabilità nell'unione (Europa 25) in 45milioni di persone, circa il 15-20% della popolazione di ciascun paese "con problemi di salute a lungo termine o disabilità"²⁶. I confronti a livello europeo sono tuttavia da considerare con le necessarie precauzioni in quanto ciascun paese definisce la disabilità in maniera differente quindi in molti casi il confronto risulta improprio.

Tra le persone con disabilità in Italia, l'80% ha più di 65 anni (si passa all'83% nella popolazione istituzionalizzata) e poco meno della metà (1.200.000) ha più di 80 anni.

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale, la maggiore concentrazione di persone con disabilità (abitanti disabili/totale abitanti) si ha al sud e nelle isole (attorno al 5%) mentre al nord si assesta tra il 2 e il 4%.

Tabella 2- numero di pensioni di invalidità assistenziali e previdenziali per regione- dati ISTAT 2008

regione	assistenziali	previdenziali	totale	% sul totale
<i>Piemonte</i>	77.119	40.486	117.605	5,2%
<i>Valle d'Aosta - Vallée d'Aoste</i>	1.590	1.986	3.576	0,2%
<i>Lombardia</i>	175.669	88.530	264.199	11,7%
<i>Trentino-Alto Adige</i>	14.087	11.293	25.380	1,1%
<i>Bolzano-Bozen</i>	7.795	5.744	13.539	0,6%
<i>Trento</i>	6.292	5.549	11.841	0,5%
<i>Veneto</i>	87.823	47.200	135.023	6,0%
<i>Friuli-Venezia Giulia</i>	22.881	13.793	36.674	1,6%
<i>Liguria</i>	35.523	19.645	55.168	2,4%
<i>Emilia-Romagna</i>	77.106	60.694	137.800	6,1%
<i>Toscana</i>	70.815	49.914	120.729	5,3%
<i>Umbria</i>	23.553	18.771	42.324	1,9%
<i>Marche</i>	35.757	26.324	62.081	2,7%
<i>Lazio</i>	153.472	48.679	202.151	8,9%
<i>Abruzzo</i>	41.180	19.889	61.069	2,7%
<i>Molise</i>	9.840	5.126	14.966	0,7%
<i>Campania</i>	237.172	70.196	307.368	13,6%
<i>Puglia</i>	149.740	57.992	207.732	9,2%
<i>Basilicata</i>	17.802	9.358	27.160	1,2%
<i>Calabria</i>	80.633	32.983	113.616	5,0%
<i>Sicilia</i>	183.494	56.108	239.602	10,6%
<i>Sardegna</i>	71.820	21.086	92.906	4,1%
<i>Italia</i>	1.567.076	700.053	2.267.129	

La distribuzione territoriale delle persone che percepiscono pensioni di invalidità è leggermente sbilanciata verso le regioni del sud. In assoluto, senza cioè fare le proporzioni rispetto al numero di abitanti, il 34% delle pensioni vengono erogate al nord, il 18% al centro e il 47% al sud.

Una difformità territoriale si ritrova anche nei tassi di istituzionalizzazione²⁷: nelle zone in cui vi è un maggior numero di persone con disabilità (sud e isole) i tassi di istituzionalizzazione sono inferiori. La

²⁶ Eurostat, "Disabled Persons. Statistical Data", secondo rapporto, 2003

²⁷ ISTAT, indagine l'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia, pubblicata 11 febbraio 2010, dati 2008.

percentuale di persone istituzionalizzate sul totale degli abitanti varia dall'1% circa delle regioni del nord (Piemonte, Lombardia, Veneto) a percentuali che si assestano attorno allo 0,1-0,2% nelle regioni del sud (Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia).

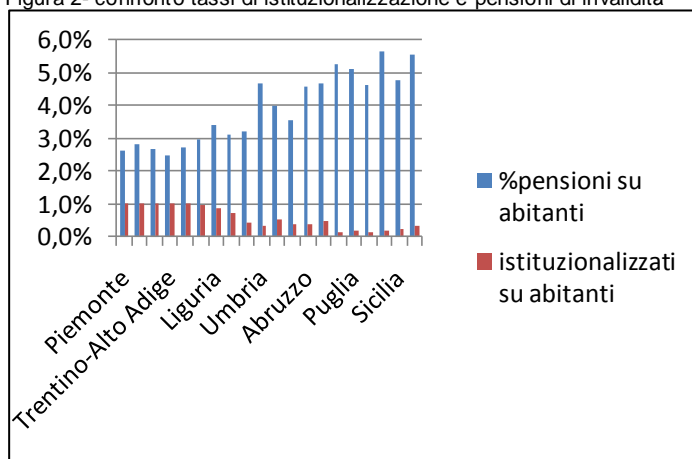
Tabella 3-pensioni di invalidità e abitanti istituzionalizzati-percentuale sul totale abitanti

regione	% pensioni/abitanti	% abitanti/istituzionalizzati
Piemonte	2,6%	1,0%
Valle d'Aosta - Vallée d'Aoste		1,0%
Lombardia	2,7%	1,0%
Trentino- Alto Adige	2,4%	1,0%
Veneto	2,7%	1,0%
Friuli- Venezia Giulia	3,0%	0,9%
Liguria	3,4%	0,9%
Emilia- Romagna	3,1%	0,7%
Toscana	3,2%	0,4%
Umbria	4,7%	0,3%
Marche	4,0%	0,5%
Lazio	3,5%	0,4%
Abruzzo	4,5%	0,4%
Molise	4,7%	0,5%
Campania	5,3%	0,1%
Puglia	5,1%	0,2%
Basilicata	4,6%	0,1%
Calabria	5,6%	0,2%
Sicilia	4,7%	0,2%
Sardegna	5,5%	0,3%

Se si guarda agli anziani, i tassi di istituzionalizzazione al nord arrivano al 23 per mille mentre nel mezzogiorno si assestano attorno al 4 per mille (ISTAT, dati 2008²⁸). Questo dato può essere connesso con aspetti culturali, legati all'ingresso delle donne nel mercato del lavoro ed alla minore offerta di servizi residenziali, o più probabilmente all'interazione di questi tre fattori. La propensione marcatamente maggiore ad assistere le persone non autosufficienti a domicilio, al di là delle cause che la determinano, può in parte spiegare le percentuali di pensioni e assegni di accompagnamento che risultano sbilanciate verso le regioni del sud.

²⁸ ibidem

Figura 2- confronto tassi di istituzionalizzazione e pensioni di invalidità



Come si vede infatti le regioni in cui vi è una maggiore richiesta di pensioni di invalidità sono quelle in cui i tassi di istituzionalizzazione sono inferiori. Il dato ha molto probabilmente a che fare anche con l'offerta di servizi residenziali, che in certe zone del paese è più diffusa.

In totale, le pensioni di invalidità erogate sono circa 2 milioni e 200 mila, di cui 700 mila previdenziali e le restanti di tipo assistenziale. Le fonti sono concordi nel ritenere il dato in crescita: l'INPS dichiara che nel solo 2010 ha ricevuto 1 milione 200 mila nuove domande di invalidità²⁹.

La spesa totale è attorno ai 10 miliardi (si arriva a 12 se si sommano anche assegni di accompagnamento), distribuita per il 44% nel mezzogiorno, per il 36% al nord e per 19% al centro, si spendono dunque in pensioni di invalidità circa 3 miliardi e 800 milioni per il nord, 2 miliardi per il centro e 4 miliardi e 700 milioni per il sud.

Il numero di assegni di accompagnamento è di circa 2 milioni, la maggioranza dei quali sono percepiti da anziani oltre i 70 anni come si vede in tabella 4. Il 91% di coloro che ricevono l'assegno di accompagnamento sono invalidi civili, il 6% ciechi e i restanti sordi. Il 38% degli assegni di accompagnamento è erogato a favore di abitanti del nord, il 21% circa per abitanti del centro e il restante 40% per quelli del sud.

Tabella 6- numero assegni di accompagnamento per classe d'età (dati ISTAT 2008)

classi d'età	n. di assegni
Meno di 5	18.913
5-9	48.178
10-14	55.448
15-19	40.513
20-24	17.555
25-29	19.774
30-34	25.863
35-39	32.429
40-44	37.726
45-49	40.779
50-54	43.057
55-59	49.096
60-64	63.379
65-69	86.538
70-74	139.543
75-79	230.765
80-84	338.151
85-89	350.158
90-94	176.252
95 +	89.992
Non ripartibili	172
Totale	1.904.281

²⁹ Comunicato stampa inps 28 gennaio 2011 www.inps.it

Questa distribuzione tiene conto del numero di assegni in rapporto al totale di quelli erogati, senza prendere in considerazione la differenza di popolazione tra nord e sud. Sembra comunque che la spesa per gli assegni di accompagnamento non mostri particolari disparità territoriali.

Visto che la condizione di disabilità nel nostro paese è collegata per un così consistente numero di persone all'invecchiamento, è possibile stimare i termini dell'aumento delle persone con disabilità. L'ISTAT infatti, considerando le due indagini multiscopo fatte a distanza di 15 anni, stima che nel 2035 le persone disabili in Italia saranno tra il 65 e il 75% in più rispetto ad oggi.

Riassumendo, in Italia vi sono tra i 2 e i 3 milioni di persone disabili che percepiscono provvidenze economiche per una spesa di circa 12 miliardi di euro l'anno. La maggioranza di queste persone sono anziani che vivono presso il loro domicilio (non istituzionalizzati), assistiti da familiari o assistenti personali. La distribuzione territoriale vede una presenza lievemente maggiore di persone che percepiscono la pensione di invalidità nelle regioni del sud, anche a fronte di un minore tasso di istituzionalizzazione.

PARTE SECONDA

Falsi invalidi tra media e realtà

3. le verifiche straordinarie in materia di invalidità

La partenza: il ddl 112/08

La prima indicazione all'INPS di effettuare controlli straordinari per verificare la permanenza dei requisiti sanitari e di reddito nelle persone che percepivano pensioni di invalidità viene dal Ministero nell'ambito del d.l. 112/08, diventato poi legge 133/08 ("disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria") ad agosto 2008.

Precisamente, l'Istituto veniva incaricato di effettuare, nell'anno 2009, 200.000 controlli straordinari nei confronti di titolari di "benefici economici di invalidità civile" e di disporre la sospensione dei pagamenti nel caso in cui ne verificasse l'insussistenza³⁰.

L'inserimento nella manovra economica del progetto di revisione degli assegni di invalidità sembra indicare l'individuazione di consistenti inefficienze in quell'ambito. Benché il tema dei cosiddetti "falsi invalidi" non sia nuovo nel dibattito pubblico del paese, anzi ritorni periodicamente all'attenzione dei media, in questo momento la legge non contiene ancora indicazioni esplicite in riferimento a truffe ai danni dello Stato. L'obiettivo del legislatore, per ora, sembra quello di individuare errori e inefficienze. Sono chiamati mediaticamente "falsi invalidi" coloro che, pur non possedendo i requisiti sanitari o reddituali necessari, percepiscono una pensione di invalidità o un assegno di accompagnamento. Il Ministero dell'economia si aspetta di trovare un numero ingente di queste situazioni tra i controlli che commissiona all'INPS in quanto ente preposto all'erogazione dei sussidi.

I controlli 2009

In questa prima fase, le provvidenze di invalidità civile oggetto di controlli saranno le pensioni, gli assegni e le indennità di accompagnamento: tutte le provvidenze assistenziali, dunque (quelle cioè non contributive, non finanziate con i contributi versati dai lavoratori). Questa scelta non è precisata esplicitamente nel decreto- che riporta la dicitura "benefici economici di invalidità civile"- ma viene stabilita nei momenti immediatamente successivi. Queste provvidenze costituiscono circa l'8% della spesa totale annua se si considerano le pensioni assistenziali nella loro totalità (comprendendo quindi anche le pensioni sociali, dedicate agli anziani indigenti) e il 4,3% se si considerano le pensioni di invalidità (dati ISTAT 2008).

Per la definizione del campione su cui effettuare i controlli, la 133/08 prevede un Decreto Interministeriale che fissi, come poi avviene con il decreto del 4/03/2009, i criteri per la verifica straordinaria. Contemporaneamente al decreto interministeriale (che viene pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 4 marzo), l'INPS emette la circolare n.26 del 23 febbraio 2009³¹, che contiene le indicazioni relative al campione ed alla procedura di controllo.

A fronte dell'ingente operazione di controllo straordinario che si sta preparando, la definizione del campione e della procedura costituiscono passaggi molto delicati: è infatti evidente che da come viene definito il campione dipende in gran parte l'esito delle operazioni di verifica. L'INPS sceglie di non operare un campionamento statistico, ma di circoscrivere i controlli in base ad altri criteri volti a rilevare un numero elevato di pensioni da revocare individuando i casi sospetti. Nella circolare 26/09 questi due passaggi sono illustrati dettagliatamente.

Sia nel decreto interministeriale del 4 marzo che nella circolare 26/09 dell'INPS, vi sono alcune indicazioni sulla definizione del primo campione, quello che sarà sottoposto a verifica nel 2009. Per effettuare i primi 200.000 controlli l'INPS ha scelto un campione di 400.000 beneficiari di prestazioni di invalidità civile tra i 18 e i 78 anni³². Il campione è così numeroso rispetto ai controlli richiesti dal decreto in quanto si prevede che conterrà un alto numero di beneficiari esenti dal controllo per il DM 2.8.2007³³. Inoltre, il campione viene estratto solo tra chi percepisce l'assegno o l'indennità a partire dal 1° aprile 2007, data in cui la gestione è passata interamente all'INPS.

A questi criteri sia il Ministero sia l'INPS ne aggiungono altri tre che costituiscono elementi prioritari di scelta: il fatto che le persone svolgano un'attività lavorativa, il fatto che riscuotano direttamente la

³⁰ L'art.80 l.133/08 recita al comma 1: "L'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) attua, dal 1° gennaio 2009 al 31 dicembre 2009, un piano straordinario di 200.000 accertamenti di verifica nei confronti dei titolari di benefici economici di invalidità civile"

³¹ Tutte le circolari e i comunicati stampa INPS citati sono disponibili sul sito www.inps.it

³² <http://www.inps.it/portale/default.aspx?itemdir=6135>

³³ Ovvero persone colpite da patologie stabilizzate o ingravescenti, ma l'INPS non conosce la sussistenza di questa condizione a priori

pensione e il fatto che siano titolari di patente di guida (in alcune note viene specificato “normale” in altre invece sembra che i controlli riguardino anche i titolari di patenti speciali). Per la verifica delle patenti di guida è stato stipulato un accordo specifico con la Motorizzazione Civile.

Già in questi primi passaggi si può individuare un elemento che caratterizzerà tutta la vicenda dei cosiddetti “falsi invalidi” dal 2008 ad oggi. Da una parte l'INPS sembra farsi carico in maniera molto attiva dell'incarico attribuitogli dal Ministero, riprendendone e precisandone le indicazioni nella circolare. Dall'altra le indicazioni risultano sempre un po' confuse nei modi e nei termini di applicazione. Si può notare come fin dai primi momenti le decisioni politiche e pragmatiche siano strettamente connesse con la rappresentazione mediatica della vicenda. In merito alla convezione con la Motorizzazione Civile proposta dal Ministero e attuata dall'INPS, è significativo come questa richiami l'immagine del “falso invalido tipico” che fa parte del luogo comune nel nostro paese: il cieco che guida. Il cittadino titolare contemporaneamente di assegno di invalidità e patente di guida costituisce infatti da sempre una delle immagini preferite dei media per rappresentare il fenomeno dei falsi invalidi. Di fatto, accade relativamente spesso che persone anziane ora invalide o persone colpite da traumi o ictus restino titolari di patente di guida sebbene non possano più guidare. In questi casi non si tratta di falsi invalidi quanto piuttosto di “falsi patentati”, quasi mai “sorpresi alla guida” quanto piuttosto risultanti titolari di patente, i cui controlli riguardano più da vicino la Motorizzazione Civile (la patente è nella maggior parte dei casi da ritirare) e non sembrano connessi con alcun risparmio nella spesa pubblica.

Nella circolare 26/09 l'INPS definisce anche la procedura di accertamento straordinario con cui si svolgeranno i controlli.

Dapprima, l'INPS richiede alla ASL di competenza la documentazione sanitaria dell'interessato, al fine di effettuare una prima verifica ed in particolare di verificare se la persona estratta appartenga ad una delle categorie esentate dai controlli, in altre parole i cittadini con disabilità permanenti o ingravescenti che sono, per verbale ASL, esenti da successive revisioni (DM 2 agosto 2007). Questo al fine sia di evitare ai cittadini con disabilità permanenti inutili disagi, sia di evitare controlli dallo scontato esito di conferma. In seguito, l'INPS invia una raccomandata al cittadino, con invito a far pervenire entro 15 giorni al Centro Medico Legale la documentazione sanitaria di cui si è in possesso. La Commissione Medica sulla base della documentazione potrà confermare o sospendere la prestazione oppure convocare a visita l'interessato. Dal momento del ricevimento della raccomandata per la convocazione a visita, iniziano a decorrere 90 giorni, scaduti i quali la prestazione viene sospesa, anche in caso di Compiuta Giacenza della missiva.

Gli accertamenti di verifica relativi alla permanenza dei requisiti reddituali vengono effettuati nei confronti dei titolari di benefici economici di invalidità civile a mezzo di controlli incrociati tra le informazioni contenute nel Casellario centrale dei pensionati e quelle afferenti alle banche dati dell'Agenzia delle Entrate.

Nel decreto interministeriale è previsto che le ASL trasmettano alla Commissione Medica Superiore presso il Centro Medico Legale provinciale INPS competente la documentazione in loro possesso entro 30 giorni dalla data di richiesta. Questi termini sono ribaditi dalla circolare 26 INPS ed hanno costituito uno snodo rilevante della procedura. Entrando in possesso della documentazione ASL, la Commissione Medica poteva evitare di inviare la lettera di richiesta di certificati alle persone in stato di disabilità stabilizzato o ingravescente. Tuttavia, la collaborazione con le ASL sembra non aver funzionato come era previsto: l'invio di richiesta di documentazione a persone con patologie irreversibili è stata molto frequente e, come dichiarato dalla stessa INPS, solo circa il 9% delle richieste di documentazione sono state evase in tempo utile dalle ASL. La procedura infatti prevede come primo passaggio la richiesta della documentazione, ma non prevede la risposta della ASL come requisito per passare al punto successivo (la richiesta al cittadino). Inoltre, la richiesta di da parte dell'INPS è al limite della liceità: l'INPS non potrebbe infatti richiedere la documentazione “che ha dato luogo a riconoscimento dell'invalidità” agli interessati in quanto quella documentazione è già in possesso della Pubblica Amministrazione. Alla mancata collaborazione delle ASL, l'INPS attribuisce molte delle difficoltà che si sono verificate nel corso dei controlli.

Nello svolgersi delle verifiche straordinarie la procedura ha rivelato numerosi punti critici. Innanzi tutto, come già accennato, molte persone con disabilità stabilizzate o ingravescenti hanno ricevuto la richiesta di invio della documentazione. Questo ha costituito sia un disagio per i cittadini, sia uno spreco di risorse, in quanto una parte di controlli sono avvenuti su persone per cui non erano necessari (né consentiti). Non sono disponibili dati ufficiali su questo elemento, le associazioni di persone con disabilità stanno tuttavia raccogliendo numerose segnalazioni.

Nella lettera poi non veniva precisato esattamente quali documenti inviare, ma veniva fatto un generico riferimento ai *documenti che danno diritto alla prestazione* ed eventuali successivi verbali. Le persone avrebbero dovuto inviare i verbali di invalidità, quelli di handicap (cioè quelli della delle

104/92) e quelli di disabilità ai fini lavorativi (cioè quelli della legge 68/99) in quanto l'INPS, sebbene sia l'ente che eroga la prestazione, non ne è in possesso.

Inoltre l'INPS valutava di diverso "valore" le relazioni redatte dal medico di famiglia (che valevano meno in quanto il medico di base è considerato "compiacente") rispetto a quelle di centri specialistici. Tutte queste "finezze" sono evidentemente non alla portata di tutti i cittadini ma solo di quelli più informati o che hanno deliberata intenzione di frodare.

La procedura, oltre che per alcuni tratti poco equa perché penalizza i cittadini più fragili che non hanno gli strumenti per comporre la documentazione adeguatamente né la disponibilità economica per portare con sé un medico privato, è di per sé farraginosa e presenta quello che probabilmente si rivelerà con le prime sentenze dei ricorsi un grave vizio di forma. La revoca delle prestazioni avviene infatti sulla base della sola documentazione inviata, senza alcuna visita. In questi casi i cittadini possono fare ricorso anche per forma oltre che per sostanza (se ne hanno i requisiti), ed è probabile che l'Istituto perda.

Ci si domanda come mai, a fronte di un impegno così solerte nel redigere le procedure, l'Istituto abbia inserito un vizio di forma così grossolano, che potrebbe portare a dover risarcire migliaia di cittadini.

Anche in merito ai ricorsi, tuttavia, i cittadini più fragili risultano penalizzati in quanto meno al corrente di procedure per il ricorso e spesso non in grado di sostenere il costo di un legale, visti i requisiti economici per percepire l'assegno di invalidità (15.000 euro l'anno circa).

Infine, nella procedura di accertamento vi è un'ulteriore criticità che, a detta di molti commentatori sebbene anche in questo caso si attendano le prime sentenze che lo confermino, è un elemento del tutto illegittimo. L'INPS afferma infatti che "secondo le vigenti disposizioni normative, in occasione delle verifiche straordinarie sulla permanenza dei requisiti nei confronti dei titolari di prestazioni di invalidità civile, non è possibile riconoscere una condizione di invalidità superiore a quella in precedenza determinata"³⁴. L'Istituto non precisa a quali disposizioni normative faccia riferimento, tuttavia l'impossibilità di riconoscere l'aggravamento in contesto di visita non sembra avere una ratio accettabile e risulta anche particolarmente farraginoso in quanto il cittadino, appena visitato, che ritenesse di avere diritto all'aggravamento dovrebbe riattivare una nuova procedura per essere nuovamente visitato, raddoppiando di fatto anche la spesa per la stessa INPS.

I risultati delle verifiche 2009

Se la procedura era apparsa molto confusa e farraginosa, le modalità di comunicazione dei risultati sembrano confermare il sospetto che fosse interesse primario dell'INPS diffondere dati eclatanti sulle revoche prima ancora che contrastarle frodi.

I primi risultati ufficiali dei controlli 2009 vengono resi noti dall'INPS con un comunicato stampa il 26 maggio 2009. Il comunicato "L'Inps contro i falsi invalidi: cancellato oltre il 13 per cento degli assegni" riporta il dato parziale- i controlli sono iniziati a marzo e siamo a maggio- del 13% di revoche:

"sono stati chiamati a visita di controllo oltre il 30% dei beneficiari di assegni, pensioni e indennità di accompagnamento: l'esito di queste prime verifiche è stata la cancellazione del 13,26% dei sussidi in vigore."

Due punti di questo comunicato sono poco chiari. Per prima cosa, il fatto che siano stati "chiamati a visita di controllo" i beneficiari è falso, in quanto i controlli avvengono sulla documentazione. Inoltre, si suppone che l'INPS dicendo "il 30% dei beneficiari" intenda il 30% del campione previsto (di 400.000 o di 200.000 non è dato sapere). Se si trattasse del 30% dei beneficiari, infatti, sarebbero più di 600.000 persone e l'INPS avrebbe già terminato in due mesi i controlli anche per l'anno successivo. Allo stesso modo, la "cancellazione del 13% dei sussidi in vigore" si immagina sia la cancellazione del 13% dei sussidi controllati, salvo aver cancellato in poco più di due mesi più di 270.000 sussidi (il campione previsto dal ministero era 200.000 controlli in 12 mesi). Avendo controllato il 30% di 400.000, si tratterebbe di 120.000 controlli, con 15600 revoche (il 13% è verosimile che sia dei controllati, non del totale). Ma questo dato è una mera deduzione, mentre il comunicato risulta a dir poco confuso.

Nello stesso comunicato si procede ad elencare quali saranno i benefici che verranno dai controlli. Si tenta anche una previsione di risparmio:

"Il piano straordinario di verifica, oltre a risultati immediati sul piano del ripristino delle situazioni di rispetto della legalità, porterà a notevoli risparmi sulla spesa previdenziale, che si annunciano superiori a quelli inizialmente previsti di 100 milioni di euro già a partire dal 2009, dopo le 200 mila verifiche programmate."

³⁴ Messaggio INPS - Ufficio di Segreteria del Direttore Generale, 16 marzo 2011, n. 6763, "Invalidità civile - accertamento sanitario delle prestazioni a scadenza. Nuove modalità gestionali ed operative."

Si noti che in questo momento il campione citato è 200.000 (che significherebbe 60.000 controlli e 7800 revoche) e non più di 400.000. Inoltre i controlli porterebbero- non si capisce bene come- anche ad una “decisa riduzione del numero delle controversie giudiziarie” che l’INPS stessa ammette essere molto numerose (circa 400mila) e spesso vedono la vittoria del ricorrente, a detta dell’INPS, *solo perché i fascicoli delle Asl, tenuti solo su supporti cartaceo, non vengono esibiti tempestivamente.*

A questo comunicato ne segue un altro, il 28 dicembre, che contiene i risultati quasi definitivi dei controlli (che termineranno il 31) e titola “dalle verifiche straordinarie l’11% di mancate conferme e un altro 10% a rischio³⁵”. Il comunicato recita:

“con le verifiche straordinarie che stiamo completando, stiamo combattendo la piaga dei falsi invalidi, con risultati importanti: l’11% delle invalidità non sono state confermate, e un altro 10% di soggetti non si è ancora disposto a visita e quindi rischia la revoca della prestazione.”

Anche qui vi sono alcune annotazioni da fare. La prima, sul linguaggio utilizzato: appare infatti improprio ricondurre tutte le mancate conferme alla *piaga dei falsi invalidi*, visto che, come si vedrà, le revoche comprendono numerose tipologie di persone molte delle quali veri invalidi³⁶ a cui mancano altri requisiti. Inoltre, non si può non notare quantomeno il cattivo gusto nell’utilizzo di questi termini da parte di un soggetto istituzionale. Da ultimo, in merito ai dati, appare un po’ affrettato considerare revoche coloro che non sono ancora stati controllati (il 10% da sommare).

Al termine dei controlli straordinari 2009 le revoche sembrano essere dunque il 10% di 200.000, cioè 20.000. Ogni successivo tentativo di generalizzazione del campione è improprio, non trattandosi di un campione statistico, inoltre il campione tende a sovrastimare il fenomeno in quanto è stato ritagliato in modo da identificare il numero maggiore possibile di frodi.

Il dl 78/10 e la responsabilizzazione dei medici

A fronte di risultati modesti dei controlli 2009 (il 10% circa di provvidenze ritirate, sommando quelle illegittime per requisiti sanitari, di reddito e le provvidenze ridotte stante il riconoscimento della sussistenza dell’invalidità³⁷), il d.l. 78/10 costituisce un’ulteriore accelerata sul piano di quella che si va configurando come una campagna “falsi invalidi” portata avanti dal media, INPS e Ministero.

Con il d.l. 78/10 il legislatore incarica l’INPS dei controlli 2010 (100.000), 2011 (250.000) e 2012 (250.000) che hanno come obiettivo la “riduzione della spesa in materia di invalidità”:

“Per il triennio 2010-2012 l’INPS effettua, con le risorse umane e finanziarie previste a legislazione vigente, in via aggiuntiva all’ordinaria attività di accertamento della permanenza dei requisiti sanitari e reddituali, un programma di 100.000 verifiche per l’anno 2010 e di 250.000 verifiche annue per ciascuno degli anni 2011 e 2012 nei confronti dei titolari di benefici economici di invalidità civile.”

Il d.l., ancora meglio della legge in cui poi è stato trasformato, permette di focalizzare i punti chiave della campagna e la nuova spinta che si intende dare all’idea che vi sia una popolazione consistente di invalidi truffatori che sono tra le cause principali delle condizioni a dir poco difficili in cui versano le casse dello Stato.

Innanzitutto, dopo più di un anno di campagna mediatica, il dl 78 può permettersi, primo tra gli atti ufficiali, di mettere l’accento sul fatto che i controlli sono volti alla ricerca di veri e propri truffatori. Non si parla più infatti di “accertamenti volti a verificare la permanenza dei requisiti” ma di “contrasto *alle frodi* in materia di invalidità”.

Il cambiamento non è da poco: non si tratta più di verificare se vi sono situazioni di assegni e pensioni non più spettanti ma di “contrastare” delle “frodi” che è già dato per scontato che avvengano in maniera consistente. Anche qui, come per il cieco alla guida, il luogo comune sembra essere stato assorbito dalla legge. Il d.l. 78 contiene poi due elementi assolutamente fondamentali nell’ambito di una lettura della legge come espressione del momento storico e culturale che il paese attraversa. I provvedimenti sono volti, neanche troppo velatamente, a diminuire le spese relative al sostegno al reddito dei cittadini disabili, a prescindere dal possesso o meno dei requisiti.

Il primo di questi elementi è un emendamento (presentato dal Governo) che prevede una serie di proposte di “revisione” in senso restrittivo dei criteri per l’attribuzione dell’assegno di accompagnamento che contrastano con praticamente tutte le affermazioni dell’ONU, dell’OMS e del Legislatore Italiano degli ultimi 20 anni. L’emendamento in questione, infatti, è stato poi stralciato dal

³⁵ Comunicato stampa del 28 dicembre 2009 “parte la nuova invalidità civile: la riforma dal primo gennaio dalle verifiche straordinarie l’11% di mancate conferme e un altro 10% a rischio” disponibile sul sito www.inps.it

³⁶ si veda capitolo 4

³⁷ sulle tipologie di revoche si veda capitolo 4

testo di legge in seguito anche ad una protesta da parte delle Federazioni delle persone con disabilità (FISH e FAND) e ad un'accesa discussione in Commissione Bilancio, tuttavia in seguito se ne vedrà l'interesse ai fini della questione dei controlli straordinari.

Il secondo elemento, confermato poi nella legge, è l'affermazione della "responsabilità" dei medici in merito alla certificazione di invalidità, con relativo risarcimento in caso di revoca successiva sia allo stato nel caso di pensioni sia alle compagnie assicurative nel caso di incidenti.

Oltre all'attribuzione del compito di verifica, in tre punti della legge (art.10 commi 3 e 5 e art 10 bis comma 1) viene stabilito che i medici di medicina legale che accertano uno stato di invalidità o di handicap a cui segue l'erogazione di una provvidenza economica, l'attivazione delle facilitazioni relative al diritto allo studio (nel caso dell'accertamento di alunno con handicap) o il diritto da parte del cittadino coinvolto in incidente ad un risarcimento sono tenuti, nel caso di revoca del provvedimento, a risarcire lo stato o la compagnia assicurativa di quanto speso fino a quel momento per l'invalidità certificata.

"Nei casi di cui al presente comma il medico, ferme la responsabilità penale e disciplinare e le relative sanzioni, è obbligato a risarcire il danno patrimoniale, pari al compenso corrisposto a titolo di trattamenti economici di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità nei periodi per i quali sia accertato il godimento da parte del relativo beneficiario, nonché il danno all'immagine subito dall'amministrazione. " (art 10- riduzione della spesa in materia di invalidità. Comma 2 l. 122/10).

Questa "responsabilizzazione" dei medici legali, che sembra insinuare una cattiva fede dei medici che accertano l'invalidità, più che disincentivare i medici che certificano il falso – che già sapevano di assumersi il rischio di incorrere in un reato penale- può andare a creare un clima di "terrore" che induce i medici ad un approccio difensivo alla certificazione dell'invalidità, il che potrebbe finire per ledere l'accesso delle persone con disabilità ai diritti che la legge 104/92 garantisce loro, ancora prima che avere un effetto sulla diminuzione delle pensioni di invalidità erogate indebitamente. Il messaggio più che di pragmatismo economico votato al risparmio sembra avere una connotazione ideologica, nel senso di individuare le inefficienze non all'interno di meccanismi di gestione quanto nella colpa dei "soliti imbroglioni".

Le leggi rispecchiano il clima culturale di un paese, e inserire nella legge "recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e competitività economica" un articolo che titola "riduzione della spesa in materia di invalidità" non costituisce un passaggio neutrale. Un'operazione come questa, con un articolo che colpisce esplicitamente e candidamente la fascia più debole della popolazione, avrebbe ricevuto molto più critiche dall'opinione pubblica se non si fosse preparato il campo con mesi di campagna mediatica sui "falsi invalidi". Il procedimento è avvenuto in due passaggi: il primo, associa le persone che percepiscono non meglio definite forme di "pensioni di invalidità" a imbroglioni, iniziano a comparire conteggi sempre un po' confusi su quanto "ci costano" i falsi invalidi, cioè le persone che percepirebbero contributi statali senza averne diritto. Si procede su un doppio binario: da una parte si afferma che questi "invalidi" costano troppo, dall'altra si inizia prima a ripetere sempre più insistentemente che queste persone sono degli imbroglioni, che si accaparrano dei soldi a cui non hanno diritto. La "fetta" degli imbroglioni si ingrandisce sempre di più fino a finire per coincidere- i media si scatenano su questo a febbraio/marzo 2011- con tutte le persone disabili.

le verifiche straordinarie 2010

Per quanto riguarda i controlli 2010, il campione viene ridefinito soprattutto per quanto riguarda l'età. Vengono infatti questa volta controllate 100.000 persone tra titolari di indennità di accompagnamento e di comunicazione, di età compresa tra i 18 e i 67 anni e titolari di assegno mensile di assistenza, di età compresa tra i 40 e i 60 anni.

È da notare che contemporaneamente vengono apportate due modifiche sostanziali ai criteri di assegnazione dell'invalidità. A partire dal 1 gennaio 2010 infatti vengono aggiornate le tabelle relative all'invalidità civile³⁸. La revisione delle tabelle, auspicata in quanto le precedenti erano vecchie di vent'anni, porterà verosimilmente ad una riduzione delle percentuali di molti invalidi civili. Le tabelle precedenti infatti, erano pensate in un contesto in cui- a fronte di un mercato del lavoro che prevedeva per lo più lavori manuali- l'inabilità al lavoro era possibile anche con percentuali limitate di invalidità.

La seconda novità è che l'INPS diffonde le nuove linee guida, descritte dettagliatamente nel paragrafo successivo, che modificano in senso restrittivo la concessione dell'invalidità e in particolare dell'accompagnamento.

La rilevanza di questi due elementi nell'ambito dei controlli 2010 è sostanziale: è scontato infatti attendersi la revoca di numerose prestazioni in virtù delle nuove regole piuttosto che della scoperta di

³⁸ Inps comunicato stampa 14 agosto 2009 "la rivoluzione dell'invalidità civile"

frodi. Purtroppo nell'ambito dei risultati ufficiali non è dato sapere le motivazioni delle revoche per avere dati certi su questo punto.

Tuttavia non è difficile rilevare l'intenzione di confondere le informazioni nel momento in cui le revoche accertate a causa dei criteri cambiati vengono diffuse sotto forma di esiti alla lotta ai falsi invalidi.

le linee guida dell'INPS

Al di là delle revoche dovute alla revisione delle tabelle di invalidità, le linee guida dell'INPS costituiscono un passaggio fondamentale che merita un approfondimento.

All'inizio di agosto del 2010 è stata approvata la Legge 122/2010 di conversione del Decreto-legge 78/2010. Poco meno di due mesi dopo l'INPS diffonde una comunicazione interna del Direttore Generale rivolta a tutti i Dirigenti regionali in cui fornisce le "Linee Guida operative in invalidità civile"³⁹. Lo scopo di queste linee guida è dichiaratamente duplice: da una parte garantire una maggiore uniformità sul territorio nazionale rispetto all'accertamento dell'invalidità, dall'altra offrire uno strumento difensivo ai medici legali che dall'approvazione della legge 122 sono tenuti al risarcimento in caso di certificazioni che poi vengano ritirate. Per questo motivo, le linee guida sono redatte in collaborazione con il Coordinamento Medico Legale e forniscono le indicazioni per il riconoscimento dei requisiti sanitari necessari ad ottenere il diritto all'indennità di accompagnamento.

I criteri per l'attribuzione dell'assegno di accompagnamento erano già stati oggetto di una proposta di revisione nell'ambito della discussione alla Camera del dl 78/10. Un emendamento, proposto dal Governo, intendeva infatti modificare i requisiti per ottenere il riconoscimento dell'invalidità, che ad oggi fanno riferimento alla legge 508/88 che recita

"b) ai cittadini nei cui confronti sia stata accertata un'inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e che si trovino nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua." (art.1 comma b)

in

"b) ai cittadini nei cui confronti sia stata accertata un'inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e che si trovino nella impossibilità permanente di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore, o, non essendo in grado di compiere il complesso degli atti elementari della vita, abbisognano di un'assistenza continuativa".

Ad una prima lettura le modifiche possono sembrare innocue, ma ad un'analisi più accurata si rivelano di enorme portata.

Si ricorda rapidamente che l'indennità di accompagnamento viene concessa alle persone con invalidità 100% con uno di questi requisiti:

- si trovino nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore
- non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua.

Per quanto riguarda il primo requisito, l'emendamento spostando il termine "permanente" rendeva permanente l'impossibilità e non più la necessità di un accompagnatore. Questo avrebbe significato, come spiegava lo stesso relatore nella presentazione dell'emendamento:

"che il deficit della deambulazione debba essere permanente ed assoluto, tale da rendere siffatta funzione del tutto impossibile senza l'aiuto di un accompagnatore. Ai fini della costituzione dei requisiti medico-legali per il beneficio in parola non rilevano, perciò, deficit della deambulazione compensabili, anche parzialmente, con ausili quali mezzi di appoggio, protesi o ortesi".

Sarebbero rimasti esclusi dal diritto all'indennità di accompagnamento tutti coloro che sono in grado di camminare, anche lentamente o per pochi metri, con l'aiuto di un tripode o delle stampelle. Questa condizione è molto diffusa e può caratterizzare patologie gravi come la tetraparesi spastica, la spina bifida, l'osteogenesi imperfetta o esiti di lesioni cervicali, solo per citarne alcune.

Le modifiche all'altro requisito risultavano ancora più consistenti e riguardavano la necessità di assistenza continua.

Ad oggi, hanno diritto all'assegno di accompagnamento le persone che "necessitano di assistenza continua in quanto non sono in grado di compiere gli atti quotidiani della vita"; la modifica intendeva trasformare la dicitura nel "complesso degli atti elementari".

Si fa qui riferimento alla distinzione degli atti quotidiani (ADL, descritti nel capitolo 1) in atti elementari ed atti strumentali.

³⁹ http://www.handylex.org/gun/linee_guida_invalidita_INPS.shtml#linee

L'emendamento proposto intendeva porre come requisito per l'assegno di accompagnamento che la persona non fosse in grado di svolgere il *complesso* degli *atti elementari* (cioè tutti, la persona non doveva essere in grado di lavarsi, vestirsi, alzarsi da una sedia, alimentarsi e controllare gli sfinteri), senza alcuna rilevanza per gli atti strumentali.

Le conseguenze sono evidenti: il riferimento al complesso degli atti tagliava fuori dal diritto all'assegno di accompagnamento la grande maggioranza delle persone con disabilità anche gravi, considerando che l'impossibilità di svolgere tutti gli atti elementari della vita costituisce una condizione gravissima, e considerando che alcuni degli atti elementari (ad esempio la continenza) sono spesso per fortuna conservati anche in caso di grave disabilità. Inoltre l'esclusione degli atti strumentali, come pure delle difficoltà relazionali (si pensi alle condizioni di autismo, di disturbo mentale, di demenza senile) o di comunicazione (si pensi ad esempio alle persone sordocieche), avrebbe escluso dal diritto all'assegno di accompagnamento moltissime persone anziane, con pluriminorazioni sensoriali o con disabilità intellettiva e relazionale anche grave, il cui grado di autonomia personale risulta consistentemente ridotto, pur essendo queste persone in grado di compiere alcuni degli atti elementari.

L'emendamento, considerato eccessivamente restrittivo, è stato poi ritirato e non fa parte della legge 122/10 in cui il dl 78 è stato convertito. Diversi commentatori hanno individuato nelle linee guida alcune similitudini con quanto si cercava di affermare nell'emendamento.

Sebbene non si tratti di legge dello Stato, le indicazioni interne ai medici INPS possono avere consistenti conseguenze in termini di definizione dei criteri per il diritto all'assegno di accompagnamento, in quanto sono gli stessi medici che operano gli accertamenti delle condizioni di invalidità.

Le linee guida si soffermano su entrambi gli aspetti del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento: l'impossibilità di deambulare e la necessità di assistenza per compiere gli atti quotidiani della vita.

Relativamente alla possibilità di deambulare, l'INPS precisa che

“È opportuno sottolineare alcuni requisiti di legge quali l'impossibilità a deambulare, non la semplice difficoltà, il carattere di permanenza dell'aiuto dell'accompagnatore, non di saltuarietà. Va da sé che presidi ortopedici e protesici che rendano il soggetto autonomo nella deambulazione escludono il diritto all'indennità. Il requisito della permanenza implica la sussistenza di menomazioni anatomo-funzionali irreversibili e immodificabili da qualsiasi presidio”.

(la relazione all'emendamento ritirato recitava *“Si prevede che il deficit della deambulazione debba essere permanente ed assoluto, tale da rendere siffatta funzione del tutto impossibile senza l'aiuto di un accompagnatore. Ai fini della costituzione dei requisiti medico-legali per il beneficio in parola non rilevano, perciò, deficit della deambulazione compensabili, anche parzialmente, con ausili quali mezzi di appoggio, protesi o ortesi”.*)

Le conseguenze di queste linee guida sono negli effetti le stesse che avrebbe avuto l'emendamento ritirato, cioè di escludere dal diritto all'assegno di accompagnamento chi è in grado, con il supporto di ausili, di muovere anche pochi passi.

L'assegno di accompagnamento è un diritto per le persone che necessitano di un supporto consistente nella vita quotidiana. Chi si occupa di disabilità o ne ha avuto esperienza diretta sa bene che l'autonomia non è una condizione on/off, che è presente o assente in toto, quanto piuttosto un sistema complesso di barriere, difficoltà e potenzialità, fisiche, psichiche ed ambientali. Le linee guida dell'INPS costituiscono un vero e proprio attacco alla possibilità di accedere ai diritti civili e sociali per tutte quelle persone che faticosamente raggiungono o mantengono alcune condizioni di autonomia parziale. L'assegno di accompagnamento, inoltre, spesso costituisce un aiuto economico per quelle famiglie in cui uno dei membri ha rinunciato del tutto o parzialmente al lavoro per occuparsi del familiare non autosufficiente. Questa condizione di caregiving familiare costituisce per molte persone con disabilità l'unica alternativa all'istituzionalizzazione. Da ultimo, queste linee guida, lungi dal fare chiarezza e stabilire uniformità, aprono scenari di preoccupante discrezionalità alle valutazioni di invalidità.

Inoltre l'indicazione della necessità della permanenza dell'accompagnatore potrebbe aprire la strada all'esclusione di persone che, utilizzando la carrozzina manuale o elettrica, possono muoversi per alcuni tratti senza l'aiuto di terzi. Vi sono persone con patologie molto gravi che sono in grado con la carrozzina elettrica di uscire autonomamente da casa. Con i moderni ausili, per fortuna, è possibile avere dei momenti di autonomia completa anche se si conserva, ad esempio, la possibilità di muovere solo un dito.

Il secondo elemento su cui le linee guida pongono l'accento sono gli atti quotidiani della vita, altro requisito per ottenere l'accompagnamento. L'INPS precisa che

“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”.

L'introduzione della dicitura “livello basale di autonomia personale” richiama fin troppo chiaramente gli “atti elementari” a cui faceva riferimento l'emendamento.

Si torna a indicare come rilevanti solo gli atti “basali” (lavarsi, vestirsi, continenza, alimentazione), e in più, limitati alla propria abitazione.

Il riferimento agli atti “elementari” e non strumentali viene poi ribadito dall'indicazione sull'uso delle scale di valutazione: indicando di utilizzare le scale ADL (che valutano appunto gli atti elementari) e non “eccedere in automatismi” con le scale IADL (che valutano gli atti strumentali), così come segnalando come appropriate le scale di Barthel e Katz (che valutano ancora una volta solo gli atti elementari), le linee guida finiscono per riprendere fedelmente l'impianto dell'emendamento stralciato. Queste precisazioni suonano quasi surreali agli addetti ai lavori del mondo della disabilità per quanto sono in contrasto con le indicazioni internazionali (si pensi alla Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità ratificata dall'Italia nel 2009) e nazionali (si pensi alla legge 104/92). Non prendere in considerazione le attività extradomiciliare appare poi del tutto insensato a livello della valutazione delle autonomie personali, nonché penalizzante per tutte le persone con disabilità intellettiva e relazionale che resterebbero in gran parte esclusi dal diritto all'indennità di accompagnamento. Inoltre, risulta dubbia la legittimità da parte dell'Istituto ad una “reinterpretazione” così sostanziale dei termini di legge, peraltro sulla falsariga di quanto bocciato in Parlamento un mese prima.

Da ultimo, l'INPS non omette di riprendere la precisazione in merito alla valutazione del complesso delle autonomie:

“Si ricorda che il dettato legislativo prevede la necessita di un'assistenza continuativa da parte di terzi per il concretizzarsi del requisito medico legale; si intende che la dizione “continuativa” rimanda ad un'assistenza che si esplica nell'arco della intera giornata e non solo in saltuari momenti”.

Nuovamente, ci si trova di fronte ad indicazioni tanto restrittive da limitare fortemente il sostegno a persone che si trovano in condizioni di disabilità anche grave, specie se intellettiva o relazionale.

Le linee guida dell'INPS mettono di fatto a rischio il diritto all'assegno di accompagnamento per moltissime persone con disabilità, oltre ad aprire il campo a un altissimo numero di contenziosi, vista la scarsa base normativa e giurisprudenziale delle stesse, unita alla dubbia legittimità dell'istituto nell'ambito di interpretazioni di legge così consistenti. I medici saranno indotti a seguirle, anche alla luce dell'obbligo di risarcimento recentemente introdotto.

I risultati dei controlli 2010 e campione 2011

“Alla data del 31 dicembre 2010 - relativamente alle verifiche del contingente 2010 - la percentuale delle revoche si è attestata a circa l'11% delle pensioni sottoposte a verifica⁴⁰”

Questa la smentita, nonché il primo comunicato ufficiale dell'INPS sui dati dei controlli 2010. La smentita si è resa necessaria in quanto l'istituto aveva diffuso attraverso la stampa una percentuale del 23% di revoche. Al 23% precedentemente diffusi si arriva, precisa il comunicato, sommando anche le revoche disposte dai centri territoriali e non ancora confermate e le persone la cui condizione non è ancora stata verificata attraverso la visita. L'INPS aveva diffuso la percentuale del 23% di revoche indicandola come la percentuale di “falsi invalidi” (per i dati diffusi dalla stampa si veda capitolo 3).

Nel rapporto annuale INPS 2010 non sono contenuti dati relativi ai controlli straordinari, ma nel paragrafo dedicato⁴¹ viene annotato che “È stato predisposto un calendario di visite mediche, per le quali sono stati convocati i titolari di prestazioni di invalidità con congruo anticipo, almeno un mese, per dare al cittadino la possibilità di essere sottoposto al controllo in presenza del proprio medico di fiducia.”

Si nota che nuovamente la procedura descritta non corrisponde esattamente a quella messa in atto, in quanto è vero che chi viene convocato a visita riceve la comunicazione con un mese di anticipo, ma si omette di dire che non tutti vengono convocati a visita.

Sia nell'ambito dei controlli 2009 che 2010, l'INPS sceglie dunque di alimentare l'allarme sui falsi invalidi con comunicati stampa che, piuttosto che diffondere dati chiari, tendono a evidenziare l'efficienza dell'istituto nei controlli e screditare le ASL.

⁴⁰ 2 marzo 2011 “Verifiche straordinarie delle pensioni di invalidità civile” comunicato stampa inps

⁴¹ Rapporto annuale 2010 inps disponibile al link <http://www.inps.it/portale/default.aspx?itemdir=7538>

Ripercorrendo la posizione dell'INPS del 2008 ad oggi, sembra di assistere ad un'escalation: ad uno "zelo" sempre maggiore nel rendere "severi i controlli" (e restrittivi i criteri) corrisponde un sempre minore pragmatismo sul fronte del risparmio della spesa per le pensioni illegittime. Il campione del 2009 aveva portato ad una percentuale di revoche del 10%, così come quello del 2010 che, dopo un balletto di cifre durato qualche mese tra media approssimativi, querele e smentite, si è assestata nuovamente attorno all'11%.

Al momento di effettuale la nuova tornata di controlli del 2011, l'INPS ha dichiarato di aver affinato nuovamente il campione in modo da centrare meglio la popolazione in cui si "annidavano" i falsi invalidi. In realtà, il nuovo campione prevede di controllare le persone in possesso di verbali con la dicitura "rivedibile", che sarebbero (e saranno!) stati comunque rivisti dalla ASL di competenza tra il marzo e il dicembre 2011⁴². Questa scelta è stata motivata dall'Istituto come a favore del cittadino, che in questo modo avrebbe evitato di incorrere nella sospensione dell'assegno prevista in caso di ritardo nella revisione (spesso infatti sono i cittadini stessi che devono attivarsi per ottenere la visita di controllo, perché in caso di scadenza dei termini di revisione e ritardi nella convocazione a visita l'assegno viene sospeso).

Il campione così ritagliato tuttavia va a pescare in un bacino di persone le cui provvidenze sarebbero state ugualmente riviste dalle ASL entro il 2011 e, se venuti meno i requisiti, comunque ritirate. Facendo questa scelta l'INPS si è attribuita numerose revoche, che altrimenti sarebbero state frutto dell'attività ordinaria della ASL. Probabilmente l'INPS potrà diffondere questa volta percentuali del 30% di revoche che verranno presumibilmente riprese dalla stampa come truffe. Questo "ricampionamento" infatti porterà prevedibilmente ad una percentuale più alta del 10% di pensioni revocate in seguito a questa tornata di controlli: più che di falsi invalidi si tratterà di persone che avevano condizioni di invalidità rivedibili (del resto la rivedibilità è una delle caratteristiche del campione), le cui provvigioni erano di per sé temporanee e che sarebbero state in ogni caso dichiarate non più da erogare nell'ambito delle normali procedure di rinnovo in capo alle ASL. Minore spesa per l'INPS, minore disagio per il cittadino ma difficoltà per l'istituto ad andare incontro ai numeri richiesti dal Ministero e diffusi senza criterio dai media.

Inoltre, il controllo "straordinario" sostituisce quello ordinario previsto entro dicembre solo per quanto riguarda la minorazione civile, mentre l'INPS non ha competenza per verificare il correlato stato di handicap: il cittadino dunque dovrà sottoporsi a doppia visita (il controllo straordinario INPS e la verifica di handicap in ASL) nel 2011. Per invalidità e handicap in realtà sarebbe prevista una contemporanea rivedibilità, in capo all'ASL però e non all'INPS. In questo modo i controlli porteranno doppio disagio e doppia spesa per l'erario.

Ripercorrendo i controlli 2009 e 2010, la priorità dell'INPS sembra quella di costruirsi una buona reputazione, autodeclamandosi (nei comunicati stampa) difensore della legalità. La diffusione di cifre così imprecise (il doppio del reale) non sembra poter essere imputato ad una semplice distrazione. Contemporaneamente, sul fronte del risparmio, l'INPS prepara il terreno ad una drastica riduzione dell'accesso all'assegno di accompagnamento per le persone con disabilità. Questa mossa avviene nel contesto di un allarme sociale che la stampa ha alimentato (ma nei confronti del quale INPS e Ministero non sono di certo estranei) in merito alla vicenda dei falsi invalidi.

⁴² Roma, 08-07-2011 Messaggio n. 14337 OGGETTO: Programma di verifiche straordinarie da effettuare nell'anno 2011 nei confronti dei titolari di benefici economici di invalidità civile, sordità e cecità civile.

4. falsi invalidi tra rappresentazione mediatica e realtà

Il dibattito politico e mediatico

Se relativamente ai dati ufficiali ed alle ipotesi di risparmio grazie al “contrasto alle frodi in materia di invalidità civile” la situazione risulta ad oggi ancora confusa, il dibattito sul tema e la rilevanza mediatica dell’argomento è stata fin dal primo momento molto marcata.

Il dibattito coinvolge diversi soggetti che prendono parola in contesti più o meno ufficiali. Se i media si sono occupati da subito della questione, con un approccio più improntato al sensazionalismo che alla chiarezza, l’INPS da parte sua ha scelto di affidare la sua posizione ufficiale agli stessi mezzi di informazione: il presidente Mastrapasqua è comparso più e più volte in televisione per spiegare la situazione relativa ai controlli e sul sito dell’Istituto la sezione comunicazione è affidata per lo più ai servizi dei telegiornali⁴³ (vi sono anche quelli che riportano i dati poi smentiti). All’interno dell’INPS tuttavia le posizioni non sembrano essere unitarie: la posizione espressa attraverso i media rispecchia quella della presidenza, mentre le sezioni regionali (su tutte Sardegna e Umbria) si sono ufficialmente contrapposte, in occasione della smentita dei dati relativi agli esiti dei controlli 2010. Anche i medici INPS hanno preso le distanze dalla dirigenza, attraverso una lettera aperta in cui mettono in discussione dati ufficiali e lamentano inefficienza nelle procedure. La politica pure si è interessata del dibattito, sia naturalmente il Ministero, da cui sono partite le indicazioni, che ha preso una posizione molto chiara in merito all’eccessivo peso delle pensioni di invalidità e alla necessità della riduzione della spesa in quest’ambito, sia da parte dell’opposizione sia ha presentato alcune mozioni⁴⁴ nel corso del dibattito alla Camera. Altra voce importante del dibattito, che in questi anni ha fatto da contraltare all’INPS sono le associazioni di persone con disabilità, in particolare la Federazione Italiana Superamento Handicap (FISH).

Già da prima di diffondere i dati relativi ai controlli, l’INPS aveva precisato più volte che il fenomeno delle pensioni illegittime era colpa delle ASL⁴⁵ (incaricate fino ad allora degli accertamenti) che erano state “generose” e inefficienti. I dati diffusi, poi, si rincorrono senza riuscire quasi a venirne capo. Prima viene diffuso il 10% dei controlli 2009, poi relativamente ai secondi controlli viene diffuso un 23% con punte del 53% di falsi invalidi in Sardegna (addirittura viene fuori un 76% a Sassari!). A quel punto l’INPS della Sardegna inizia a smentire ufficialmente⁴⁶, seguono le smentite dell’INPS dell’Umbria. A quel punto anche l’INPS nazionale smentisce il 23%, dimezzando le percentuali fino ad arrivare all’11%⁴⁷ (senza tuttavia dare rettifica ufficiale dei dati regionali).

Il presidente Mastrapasqua compare ripetutamente in televisione⁴⁸, dichiarando a più riprese i dati catastrofici che verranno smentiti, unitamente al fatto che lo scopo dei controlli è favorire i veri invalidi, e che tutte le inefficienze sono colpa delle ASL. Mentre la comunicazione ufficiale da parte dell’istituto avviene per mezzo dei telegiornali (riportati anche sul sito, specialmente il TG5), nei rapporti ufficiali le informazioni sono meno dettagliate. In quello del 2009, vengono riportati su 200.000 verifiche effettuate il 15% di “irregolari”⁴⁹ (senza spiegare perché irregolari, se per reddito o per requisiti sanitari) e viene segnalato un risparmio di 100 milioni. Anche in sede di rapporto viene ribadito che le ASL sono inadempienti e solo il 9% dei fascicoli sono stati consegnati (dichiarando di fatto in questo modo di aver richiesto la documentazione e controllato un alto numero persone con invalidità ingravescenti o permanenti, cosa non consentita dalla legge). Nel rapporto 2010 non sono invece riportati gli esiti dei controlli, ma viene ripetuta la procedura, omettendo tuttavia che la revoca può avvenire anche solo controllando i documenti e parlando di convocazione a visita per tutti.

Un altro punto che l’INPS tiene a precisare sono le differenze territoriali: Mastrapasqua dichiara il 30 marzo 2011 a Rai tre che l’80% di tutte le pensioni sono concentrate in 5 regioni del sud (la conduttrice commenta “e già questo fa pensare...” e Mastrapasqua riprende “si fa riflettere...”⁵⁰). Dati ISTAT 2008 indicano che la spesa per le pensioni di invalidità è ripartita 38% al nord, 21% al centro e 40% al sud, non è chiaro a quali dati si riferisca l’80% citato.

⁴³ Si consiglia la visione integrale dei filmati riportati sul sito www.inps.it, sezione multimedia-video.

⁴⁴ Tra tutte la mozione Miotto 1/00626 del 18 aprile 2011 che chiedeva entro 30 giorni una **relazione esaustiva** sulla situazione attuale effettiva sia sui controlli che sulle nuove procedure di riconoscimento delle invalidità

⁴⁵ Come del resto erano colpa delle asl anche le inefficienze della procedura di accertamento (Comunicato stampa Roma, 18 gennaio 2010 INVALIDITA' CIVILE: SOLO IL 9% DELLE ASL INVIA I FASCICOLI SANITARI PER LE VERIFICHE)come pure l’alto numero di ricorsi che l’inps perde (come si legge nel comunicato Comunicato stampa Roma, 26 maggio 2009, L’Inps contro i falsi invalidi:cancellato oltre il 13 per cento degli assegni

⁴⁶ <http://www.superando.it/content/view/7026/112/>

⁴⁷ Comunicato stampa Roma, 2 marzo 2011 “Verifiche straordinarie delle pensioni di invalidità civile”

⁴⁸ Vedi quadro sinottico all’interno di questo paragrafo

⁴⁹ Rapporto annuale 2009, disponibile al link <http://www.inps.it/portale/default.aspx?itemdir=7538>

⁵⁰ Si consiglia la visione del filmato integrale al link :

<http://www.inps.it/portale/default.aspx?sID=0:6749:6750:6751:&lastmenu=6751&GoAudioVideo=407>

La controparte dell'INPS in questo dibattito sono le associazioni di persone con disabilità, che si sono organizzate per smentire e chiedere verifiche dei dati ufficiali e per tentare una contro campagna. Attraverso il sito della FISH⁵¹, il blog Francamente⁵² del giornalista Bomprezzi e l'opuscolo "raccontiamocela giusta"⁵³ le associazioni hanno risposto, querelato, chiesto rettifiche e cercato di fare un po' di chiarezza.

La FISH ha anche presentato un'interrogazione parlamentare richiedendo precisazioni in merito allo stato della nuova procedura di accertamento di invalidità. Le associazioni infatti sostengono che l'attenzione dedicata ai cosiddetti "falsi invalidi" sia stata utilizzata dall'INPS in maniera strumentale per coprire le inefficienze nelle procedure di accertamento.

Coinvolti in prima persona nel lavoro straordinario relativo agli accertamenti, stretti tra le nuove regole di "responsabilizzazione" e le proteste dei cittadini, per di più spesso con contratti precari, anche i medici INPS prendono parola nel dibattito e lo fanno attraverso una lettera aperta firmata ANMI – Fe.M.E.P.A il 10 febbraio 2011 (una settimana dopo comparirà l'intervista di Mastrapasqua sul corriere con i dati eclatanti sui risultati dei controlli). In particolare, nella lettera i medici denunciano l'inefficienza della procedura informatica di accertamento dell'invalidità (la nuova procedura introdotta con la Comunicazione del 20 settembre 2010, la stessa delle linee guida) che, a detta dei medici "sta superando le più pessimistiche previsioni, così tradendo il sospirato obiettivo di snellimento. La mancata realizzazione del processo informatico, in più, determina grossi ostacoli rispetto alla garanzia di trasparenza che doveva essere soddisfatta e che trova oggi invece un ostacolo oggettivo".

I medici indicano difficoltà tecniche nella compilazione del verbale, dovute al malfunzionamento del programma, che allungano i tempi della visite (scandite dal programma ogni 15 minuti,) e costringono il medico ad una compilazione differita del verbale telematico che dovrebbe essere compilato in presenza del paziente, con maggiore possibilità di imprecisioni ed errori. Inoltre i medici notano come risulti di fatto impossibile per loro presenziare a tutte le commissioni, e come quindi i verbali siano tutti sospesi in via cautelativa.

In seguito alla diffusione dei dati (il famoso 23%, con il picco del 76% di falsi invalidi sassaresi) i medici si dissociano attraverso una comunicazione ufficiale

"L'ANMI – FeMEPA ha appreso dal Corriere della Sera dati di fonte INPS che riportano revoche di prestazioni in tema di invalidità civile che arrivano persino al 76% in alcune città d'Italia. L'Associazione si dissocia da tale lettura interpretativa dei dati che non reputa corrispondenti alla realtà, specie per i più eclatanti. Per l'allarme sociale che tale notizia sta generando tra i cittadini affetti da disabilità sarebbe opportuno effettuare ulteriori approfondimenti e verifiche numeriche⁵⁴."

Inutile precisare che la visibilità dei dati è stata di molto superiore a quella data alle successive rettifiche e smentite.

A fronte della complessità del dibattito che si è cercato di descrivere e della delicatezza di ragionare tra risparmio necessario e garanzia dei diritti civili e sociali per i cittadini, i media in questa vicenda si sono mossi con stupefacente superficialità. La campagna "falsi invalidi" ha occupato ampio spazio sui mezzi di informazione, sia sui giornali che in televisione (nei telegiornali e nelle trasmissioni cosiddette di "approfondimento").

Il fenomeno dei "falsi invalidi" descritto dai media ha solo delle vaghe somiglianze con quanto in realtà stava accadendo a livello dei controlli. La trattazione di tv e giornali è per lo più di tipo aneddotico: il servizio o l'articolo-tipo titola con frasi ad effetto⁵⁵ descrive nel dettaglio il caso del falso invalido "smascherato" (le due più tipiche e ripetute sono il cieco "sorpreso alla guida" e la signora "sorpresa a fare jogging col cagnolino"), per poi accennare qualche percentuale solo incidentalmente.

Anche in merito alle percentuali diffuse non vi è molta chiarezza, a partire dal fatto che nessuno cita il fatto che quello dell'INPS non è un campione statistico, quindi la percentuale non è utilizzabile per generalizzare. Viene invece fatto l'opposto, e più volte si nota quanto si risparmierebbe se "il controllo venisse esteso a tutti". In realtà quando si citano le percentuali di falsi invalidi non si fa cenno né all'origine dei dati, né ai criteri di controllo (ad esempio riferendosi al fatto che gli invalidi potrebbero essere veri, ma non in possesso dei requisiti di reddito) e si dichiara che tutte le provvidenze ritirate riguardano truffatori.

⁵¹ www.superando.it

⁵² <http://blog.vita.it/francamente/>

⁵³ <http://www.fishonlus.it/raccontiamola-giusta/>

⁵⁴ <http://digilander.libero.it/fadange/femepa/LETTERA%20APERTA%2017%20FEB%202011.pdf>

⁵⁵ esempi di titoli: "addio falsi invalidi: parte il piano per scovare 200.000abusivi" (il Giornale 23/02/2009); "falsi invalidi: il boom delle truffe ci costa un miliardo" (repubblica 23/02/2010); "ai falsi invalidi 10 miliardi l'anno" (la stampa, 17/02/2011); "falsi invalidi: storie di ordinarie sanguisughe" (panorama, 5/04/2011).

I dati ufficiali danno il 10% di revoche sul campione nei controlli 2009 e l'11% su quelli 2010. A fronte di questo, le percentuali diffuse vanno dal 17% (di cosa non si capisce mai bene) diffuso dal corriere della sera (8/08/10), al 30% diffuso da La Stampa (17/02/11). La Repubblica parla di 1 miliardo di risparmio per i falsi invalidi, di cui 1 milione e mezzo di euro solo in Puglia (24/02/2010). 10 miliardi il risparmio secondo La Stampa (17/02/11), 1 milione di euro solo a Napoli secondo Il Giornale. Altre testate meno autorevoli, e altri mezzi attraverso cui le informazioni circolano (ad esempio facebook) danno cifre all'impazzata tra i 100 milioni di euro al risparmio di 16,6 miliardi di euro.

Momenti apicali della trattazione mediatica sono l'intervista di Mastrapasqua al Corriere della Sera del 16 febbraio 2011 e l'inchiesta con relativa copertina di Panorama di marzo 2011. Nello stesso periodo, il capogruppo della Lega in Parlamento, l'on. Reguzzoni, presenta una mozione in base alla quale la cifra spesa per i falsi invalidi dallo Stato sarebbe pari a 12 miliardi di euro (cioè più della spesa totale per l'assistenza).

Il Corriere della sera del 16 febbraio 2011 dedica un'intera pagina all'intervista al Presidente dell'INPS Mastrapasqua (l'articolo titola "pensioni: revocate una su quattro") in cui il presidente dichiara che a fronte di 100 mila controlli nel 2010, l'INPS ha revocato il 23% delle indennità d'invalidità controllate. A livello regionale: Sardegna sono state revocate il 53% delle pensioni o delle indennità di accompagnamento verificate. Seguono l'Umbria con il 47%, la Campania con il 43%, la Sicilia con il 42% e la Calabria con il 35%. Tra le province, spiccano Sassari (con il 76% delle prestazioni controllate cancellate), Cagliari (64%), Napoli (55%), Perugia (53%), Benevento (52%). Viene sottolineato in questo contesto come la situazione sia molto più pesante al sud mentre nelle Marche e in Lombardia sono state revocate il 6% delle pensioni controllate (a Milano sono il 3%, 85 su 2532 verifiche), in Piemonte ed Emilia il 9%, in Abruzzo e Toscana il 10%. A Roma le cancellazioni sono il 26%. La media nazionale, come detto, viene dichiarata al 23%. Questo 23% si apprenderà poi in una nota dell'INPS già citata⁵⁶, comprende un 11% di revoche effettuate e un 10% di controlli ancora da fare quindi di revoche "potenziali".

Mastrapasqua nell'intervista ribadisce la scarsa collaborazione e le inefficienze delle ASL, si scusa con i cittadini convocati ingiustamente a visita (tra cui il vicepresidente del CONI Luca Pancalli, notoriamente in carrozzina, che tuttavia ha "capito perfettamente la situazione") e assicura che l'INPS è impegnato per garantire un servizio migliore ai veri invalidi.

Queste cifre sono state dopo qualche giorno smentite in una nota ufficiale dell'ufficio stampa INPS di Roma⁵⁷, comunicato al quale però i media non hanno dato nessuna visibilità. A fronte della smentita piuttosto, il mese successivo Panorama rincara la dose e parla del 37% di "finti pazzi" sul totale, come esito dei controlli 2010. La copertina con cui Panorama fa uscire il numero che contiene l'inchiesta

Figura 3- la copertina di panorama di marzo 2011



merita più che commenti una querela, che infatti ha ricevuto ad opera della FISH.

L'intento dei media in questa vicenda non sembra per nulla quello di fare chiarezza, quanto piuttosto di rafforzare l'immaginario del falso invalido. La trattazione avviene attraverso "storie curiose" (tg5) in cui vengono mostrati servizi che mostrano persone che corrono o guidano alternate a persone in

⁵⁶ 2 marzo 2011 "Verifiche straordinarie delle pensioni di invalidità civile" comunicato stampa inps

⁵⁷ <http://www.inps.it/docallegati/UfficioStampa/comunicatistampa/Lists/ComunicatiStampa/cs110302.pdf>

carrozzina mentre sotto scorre la scritta "la galleria dei furbi d'Italia". Le percentuali vengono poi citate in coda all'aneddoto senza precisare di che cosa siano la percentuale. I "falsi invalidi" così descritti vengono definiti una "spina nel fianco del sistema": si tratta - a detta dei media - di persone che poi al momento della visita si sono rivelate perfettamente sane (tg5) o sane come pesci (repubblica).

Figura 4- il corriere della sera del 16 febbraio 2011 con i dati poi smentiti in prima pagina



OTTAVI DI FINALE
Champions, Milan beffato
A San Siro vince il Tottenham

IL PROGETTO
L'«obitorio» sul Tevere
sogno (difficile) di Roma
di E. Menicucci e C. Ruggieri
a pagina 27

SU SETTE
Il lato segreto di Sciarmino
l'odio delle teenager
di Cavillo Baresani
Domani in edicola con il Corriere

TUTELARE L'ATTIVITA' DI GOVERNO
ACCETTARE IL GIUDIZIO
di SERGIO ROMANO

Scontro politico dopo la scelta di Milano. Il premier: non prevarranno, sto rafforzando la maggioranza
Berlusconi a processo. «Vado avanti»
Il gip decide: in Tribunale il 6 aprile. Gli avvocati: piena innocenza

L'Anselmi
Le prove, gli indizi e la sfida della difesa
di ALBERTO FERREARIELLA

Giannelli
LE CARTE PARLANO
NEL SUO PRIMO INTERVISTO DEL DOPO
di GIULIA QUARTA (LEGGI FINALE) DEL TRIBUNALE DI MILANO

In primo piano
Pronta una giuria con tre donne nate lo stesso anno
di V. PICCOLLO - G. GRASTELLA
di FRANCESCO VERDERANI

Voto alla Camera per tentare la via dell'improcedibilità
di FRANCESCO VERDERANI

Il duello tra il Cavaliere e Fini anche al Festival
di ENRICO MARRO

Verificate 100 mila posizioni su un totale di 2,9 milioni
Stretta sulle pensioni d'invalidità
L'Inps ne revoca una su quattro
A Sassari via il 76%, a Milano il 3%
di ENRICO MARRO

Il Pil salito dell'1,1%
Tremonti: fare di più, meno vincoli al Sud
di ENRICO MARRO

Sanremo, parodia d'Italia
di ALDO GRASSO

Aprì il Tuo Cuore alla Ricerca
12-20 Febbraio 2011
Sostieni la lotta contro le malattie cardiovascolari
dona 2€ inviando un SMS
45505
di PAOLO VALENTINO

A Francoforte il 60% della super Borsa
Da oggi Wall Street parlerà in tedesco
di PAOLO VALENTINO

Dagli Usa 30 milioni per le rivolte digitali
E Obama benedice il dissenso via Internet
di MASSIMO GAGGI

Il film sull'oligarca prigioniero
Khodorkovskij ha sconfitto Putin (al cinema)
di PAOLO MERIGHETTI

POGGIACASCO GONFIABILE di DUB PILOTS
A SOLO €699
di PAOLO VALENTINO

Tabella 7- quadro sinottico dello sviluppo politico e mediatico della vicenda dei falsi invalidi. Le apparizioni mediatiche di Mastrapasqua appaiono strategiche rispetto agli altri avvenimenti. Le apparizioni televisive ed i servizi fanno esclusivo riferimento a quelli riportati sul sito dell'inps.

data	In parlamento	Dall'INPS	Sui media¹
6 agosto 2008	Approvata 133/08		
23 febbraio 2009		Circolare 26 procedure di accertamento	
4 marzo 2009	Decreto interministeriale procedure di accertamento		
24 maggio 2009			Servizio TG5
5 agosto 2009			Mastrapasqua al TG5
29 novembre 2009			Mastrapasqua al TG5
21 gennaio 2010			Mastrapasqua a la vita in diretta
30 gennaio 2010			Mastrapasqua a rai parlamento
23 febbraio 2010			Mastrapasqua al TG5
26 febbraio 2010			Mastrapasqua a TV7
27 febbraio 2010			Mastrapasqua a unomattina
31 maggio 2010	Approvato d.l. 78/10		
3 giugno 2010			Mastrapasqua al TG5
26 giugno 2010			Mastrapasqua a rai parlamento
30 luglio 2010			Mastrapasqua a 10v10 (tv svizzera)
3 agosto 2010	dl 78 convertito in 122/10 (stralciato emendamento)		
15 settembre 2010			Servizio del TG3
20 settembre 2010		Linee guida	
6 ottobre 2010		Circolare 76	
10 febbraio 2011		Lettera dei medici inps che denunciano le inefficienze	
16 febbraio 2011			Intervista a Mastrapasqua sul corriere della sera (prima pagina)
18 febbraio 2011			Mastrapasqua a unomattina
Marzo 2011			Copertina e inchiesta di Panorama
30 marzo 2011			Mastrapasqua a Geo e geo
28 aprile 2011	On. Reguzzoni dichiara che la spesa per i falsi invalidi è 12 miliardi ⁱⁱ		

chi sono i falsi invalidi

A fronte della grande visibilità che la vicenda ha avuto negli ultimi anni, quantificare con precisione a carico quante persone e con quali modalità sia stata rilevata una frode in materia di invalidità civile risulta molto complicato con i dati disponibili.

Per fare un'ipotesi reale di risparmio derivante dalle revoche sarebbe necessario avere le informazioni relative a quali provvidenze siano state revocate. I dati ufficiali infatti citano il numero di revoche ma non entrano nel merito della tipologia, lasciando quindi indefiniti gli importi delle provvidenze revocate (gli importi delle provvidenze economiche vanno da circa 200 euro a circa 700).

I controlli sono stati eseguiti sia su pensioni sia su assegni, questo significa che ogni beneficiario controllato poteva portare potenzialmente a due revoche. Il dato diffuso (il 10% del campione di 100.000 controlli) riguarda le provvidenze revocate, non il numero di persone trovate in posizione irregolare, che risulta necessariamente inferiore. Inoltre, ogni ipotesi di generalizzazione deve fare i conti con il fatto che il campione è stato selezionato tra i casi in cui la truffa (o l'assegnazione impropria) risultava maggiormente probabile, dunque il campione sovrastima il fenomeno.

Il fenomeno delle frodi allo Stato in materia di invalidità sembra configurarsi come afferente in numerosi casi ad un sistema criminoso complesso e strutturato. Le truffe ai danni dello Stato sono in numerosi casi opera di organizzazioni criminali.

Per comprendere meglio il fenomeno delle frodi in materia di invalidità, anche attraverso i meccanismi clientelari e malavitosi che vi sono alla base, sarebbe necessario essere a conoscenza dei motivi delle revoche (sanitari, reddituali o altro). Inoltre, sarebbe forse indicato attendere le prime sentenze sui ricorsi, per capire che orientamento prenderà la giurisprudenza in merito alle interpretazioni della legge date dall'INPS, e farsi quindi un'idea di quante revoche saranno poi effettive e quante saranno oggetto - all'opposto- di risarcimento.

I dati ufficiali che sembrano maggiormente solidi in questo momento sono il 10% di revoche sui controlli del 2009 (200.000 controlli), reso pubblico all'inizio del 2010. 20.000 tra assegni e pensioni revocati dunque, in cui sono compresi a casi di assenza e di revoche solo sugli atti, le seconde probabilmente illegittime.

L'insistenza sull'illegittimità delle revoche è giustificata al fatto che l'INPS all'inizio del 2011 aveva 822.959 cause pendenti per ricorsi, nel 2009 ne aveva persi il 61% e nel 2010 il 46%. Le percentuali di vittoria dei ricorrenti sono così alte probabilmente anche per il vizio di forma dei controlli fatti solo sui documenti. L'Istituto non è nuovo a revoche e dinieghi che, andando contro la corrente giurisprudenza, offrono di fatto il fianco a ricorsi con esito favorevole ai ricorrenti. Si pensi su tutto alla considerazione nei requisiti di reddito anche del coniuge, che l'INPS ha continuato a portare avanti a fronte di numerose sentenze della Corte Costituzionale e di Cassazione che erano di segno contrario⁵⁸.

Nel 10% di controlli che hanno dato come esito il ritiro della provvidenza economica, vi è senz'altro una parte di casi che si configura come truffa o in cui il soggetto ha simulato la condizione di invalidità. All'interno di questi casi vi sono sia le truffe organizzate su larga scala da soggetti dediti ad attività criminali, sia casi di frode portati avanti da singoli cittadini che hanno agito in maniera illegittima e illecita per trarne beneficio. È il caso ad esempio delle persone che hanno continuato a riscuotere la pensione dei parenti invalidi deceduti, oppure di coloro che, mutate in meglio le condizioni che davano diritto all'invalidità, non hanno provveduto a darne opportuna comunicazione all'INPS, continuando a percepire indennità non più spettanti.

Parlare tuttavia di questo 10% come di "falsi invalidi" sembra assolutamente improprio in quanto è necessario precisare che a queste persone sono state revocate (del tutto o in parte) delle provvidenze economiche, non è detto che sia stata loro revocata l'invalidità. Vediamo le diverse possibilità di incorrere in una revoca.

a) Le persone che, convocate, non si sono presentate alla visita. Tra questi vi possono essere:

-persone decedute

-persone che frodavano consapevolmente lo Stato

⁵⁸ Per la determinazione dei requisiti di reddito è in corso una battaglia a colpi di sentenze della Cassazione tra l'INPS - che vorrebbe fosse tenuto in conto il reddito familiare - e le associazioni di persone con disabilità, in particolare la Federazione Italiana Superamento Handicap che sostiene la rilevanza del solo reddito della persona. L'ultima in ordine di tempo è la Sentenza della Corte di Cassazione n. 4677 del 25 febbraio 2011 sancisce la rilevanza anche del reddito del coniuge per raggiungere i 15.154,24 euro annui per la pensione di inabilità (invalidi totali). Questa sentenza è di segno contrario a quelle precedenti della Corte stessa (Sentenze 18825/2008, 7259/2009 e 20426/2010) in cui stabiliva che "ai fini dell'accertamento del requisito reddituale richiesto per la pensione d'inabilità va considerato il reddito dell'invalido assoggettabile all'imposta sul reddito delle persone fisiche". Inoltre la recente sentenza contrasta anche con alcuni pronunciamenti della Corte Costituzionale in merito agli invalidi parziali (80/1992 e 400/1999), che a detta della Corte di Cassazione non sono però pertinenti.

-persone che non hanno ricevuto la raccomandata. La revoca infatti avviene anche in caso di Compiuta Giacenza della raccomandata di convocazione, quindi nel caso di non effettivo recapito. Dunque sono finiti tra le sospensioni tutti coloro che per qualsiasi motivo (ad esempio lungodegenze, o trasferimenti a casa di parenti che li accudiscono) non abitano effettivamente nel luogo dove hanno la residenza.

b) Le persone che al controllo non avevano i requisiti di reddito. Tra questi:

-coloro che hanno deliberatamente frodato l'agenzia delle entrate, pur essendo veri invalidi.

-coloro che avevano per l'anno precedente i requisiti di reddito e li hanno perduti, anche in questo caso veri invalidi

-coloro per i quali l'INPS ha tenuto conto anche del reddito del coniuge. Questi ultimi casi sono tra quelli che in questi anni stanno dando luogo ai ricorsi che costruiscono la giurisprudenza in merito, attraverso le sentenze della cassazione che si citavano sopra. Anche tra chi si è visto revocare l'assegno per requisiti di reddito ci sono dunque casi in cui l'assegno verrà restituito con risarcimento, nuovamente veri invalidi.

c) veri invalidi al 100% a cui è stata confermata l'invalidità massima ma revocato l'assegno di accompagnamento.

d) coloro, sempre veri invalidi, a cui è stata confermata l'invalidità ma abbassata la percentuale al di sotto del 74%.

Al momento purtroppo è impossibile quantificare le categorie descritte, in quanto i dati sono in possesso dell'INPS e del Ministero ma non resi pubblici. E' difficile dunque dire a quanto ammonterà in complesso il risparmio a medio termine, considerando le spese per i controlli (tenendo conto anche di quelli doppiati con le ASL, che pure sono spesa pubblica), i risarcimenti, le spese legali e gli assegni infine riattivati a fronte del risparmio degli assegni legittimamente e definitivamente ritirati.

Quello che si può affermare è che i risultati ottenuti dai controlli non giustificano l'allarme sociale lanciato da INPS e media. Per quanto il contrasto alle frodi in materia di invalidità civile sia doveroso, la travisazione dei fatti appare non motivata dai dati disponibili e alimenta più di un sospetto su un utilizzo strumentale dei fatti.

Conclusioni

La vicenda dei falsi invalidi è stata ripercorsa al fine di dimostrare che è stata oggetto di esagerazioni ed allarmi assolutamente sproporzionati all'entità dei fatti.

Innanzitutto, con un procedimento tipicamente mediatico, vi sono alcuni elementi che vengono dati ripetutamente per scontati fino a divenire - per l'opinione pubblica - indiscutibilmente veri. Su tutti, il fatto che in Italia vi sia un consistente numero di persone che frodano lo Stato fingendosi invalide. Questo elemento è assunto come vero fin dal primo momento sebbene, a tre anni di distanza dal ddl 112/08, non siano ancora disponibili i dati sul numero effettivo delle frodi e sulla loro natura. Il fatto che la "piaga" dei falsi invalidi vi sia, e che incida pesantemente sulle casse dello Stato non viene mai messo in discussione né problematizzato. A corroborare l'assunzione aprioristica, vi sono commenti che parlano di "laute pensioni", rendendo in maniera quantomeno superficiale la realtà delle situazioni in cui si matura il diritto all'invalidità. L'accento non viene posto sul fatto che per la maggioranza delle provvidenze vi siano dei limiti di reddito (attorno ai 5000 e nel caso del più alto ai 15.000 euro l'anno) che fanno pensare a tenori di vita tutt'altro che elevati. Il fatto che le persone che percepiscono la pensione di invalidità stiano tra le fasce di reddito più basse della popolazione viene costantemente ommesso dalla rappresentazione mediatica.

Un altro "fatto" che viene suggerito, ricordato, rimarcato e ingigantito fino a quando non diventa vero è che i truffatori si trovano per la gran parte nelle regioni del sud. Una disomogenea distribuzione delle pensioni, che è oggettiva, non viene analizzata nelle possibili cause ma accostata sistematicamente ad affermazioni sulla maggiore presenza di truffatori al sud. I dati non sembrano supportare questa affermazione. Se vi sono dei dati che dimostrano che sono state scoperte un numero consistentemente maggiore di truffe al sud questi non sono stati resi pubblici (se si prescinde dall'80% di pensioni erogate in regioni del sud che Mastrapasqua trova sospetto ma che non pare trovi riscontro oltre la puntata di Geo&Geo). Il "fatto" è stato invece più volte affermato come un assunto, e sembra più che altro fondato sullo stereotipo che il nostro paese sia composto da un nord produttivo e lavoratore e da un sud improduttivo e fannullone che "pesa" economicamente su tutto il paese. Del resto questo stereotipo non è nuovo: è stato ed è uno dei principali argomenti politici di uno dei partiti attualmente al governo, la Lega Nord.

Lo spazio che i mezzi di informazione hanno dato ai controlli straordinari dell'INPS avrebbe consentito l'approfondimento necessario per fare chiarezza. Parimenti, l'INPS avrebbe avuto, anche solo attraverso il suo sito internet la possibilità di dare informazioni chiare e precise ai cittadini sull'andamento del contrasto alle frodi. Questo non è stato fatto. Al contrario, si è assistito ad uno stillicidio di "piccole imprecisioni" che hanno contribuito solo a creare maggiore confusione e quindi un terreno più fertile per lasciarsi convincere dai luoghi comuni.

Riguardo agli atti ufficiali dell'INPS, si possono citare ad esempio l'indicazione ripetuta che i cittadini sono stati "chiamati a visita", la percentuale diffusa del 13% di revoche tra i sussidi in vigore (mentre era il 13% del campione, non del totale), le altissime percentuali di "falsi invalidi" per alcune regioni (si ricorda il 76% di falsi invalidi sassaresi), il fatto di aver diffuso come fossero revoche un 10% di controlli ancora da terminare. A fronte di questi dati a dir poco imprecisi, l'Istituto stenta a diffondere dati ufficiali chiari, che mancano anche all'interno dei due rapporti annuali (2009 e 2010) pubblicati nel frattempo. In nessun comunicato si fa cenno ad esempio alle tipologie di revoche (per reddito, per cessazione dei requisiti o per frode) né alla modalità (sui documenti o attraverso visita, sarebbe interessante sapere le percentuali di revoche tra i controlli sulle carte e quelle tra i controlli con visita). L'INPS non ha esitato ad attribuire tutte le revoche a frodi, quando non vi sono dati che confermano che sia così e, guardando alla casistica possibile, sembra di fatto altamente improbabile.

Per quanto riguarda i media, il modo in cui hanno trattato la vicenda oscilla tra l'eccessiva superficialità e l'intenzione di travisare la realtà. Le parole che sono state utilizzate nell'ambito dei servizi televisivi e giornalistici (da "scrocconi" a "la galleria dei furbi d'Italia"), le immagini che scorrevano sui teleschermi, che associavano, col potere di suggerire concetti che le immagini hanno, disabili a truffatori e coltivavano un immaginario di persone che andavano a correre nei parchi con in tasca i soldi ottenuti frodando lo Stato, non dicono niente di nuovo sul potere che i media hanno nella recente storia politica del nostro paese. A questo si aggiunga che l'uso che è stato fatto dei dati è stato quantomeno poco professionale. Il campione INPS è stato trattato come un campione statistico sebbene non lo sia e mai è stato citato il fatto che sovrastimava il fenomeno. Al contrario, numerose testate giornalistiche si sono adoperate in generalizzazioni e prospettive di risparmio "se i controlli fossero stati estesi a tutti". Questa generalizzazione impropria sembra poco verosimilmente frutto di un errore da parte di tutti i giornalisti che l'hanno operata. Da ultimo, le numerose trasmissioni televisive di approfondimento che hanno dedicato spazio alla vicenda, hanno sistematicamente tralasciato di invitare un contraddittorio, ad esempio un rappresentante delle associazioni di persone con disabilità, che potesse ribattere alle affermazioni di Mastrapasqua e mettere a tema le inefficienze dell'INPS.

L'INPS da parte sua, pur vedendo la tipologia di trattazione che i media stavano facendo rispetto alla vicenda, non se n'è dissociata come avrebbe potuto fare, ma anzi l'ha sostenuta adottando un linguaggio mediatico nei comunicati (la "piaga dei falsi invalidi", "l'INPS in prima linea contro l'illegalità") e riempiendo la sezione multimedia del suo sito ufficiale con servizi e interviste, incurante del fatto che molti contenevano dati sbagliati, parziali e poi smentiti. La parzialità dell'informazione data dall'istituto è evidente a chiunque provi a cercare nel sito informazioni sui controlli straordinari: se i servizi dei telegiornali compaiono immediatamente con la ricerca, altrettanto non si può dire dei comunicati stampa che contengono i dati ufficiali (molto più modesti) e soprattutto la smentita del, ormai famoso, 23% di revoche.

L'insistenza degli attori di questa vicenda su alcuni punti poi, porta a domandarsi quale sia la pertinenza con il recupero di soldi indebitamente spesi, o addirittura con il fenomeno stesso delle frodi. Se l'obiettivo dell'INPS era davvero una lotta dura a chi froda lo Stato, che senso ha avuto approntare una procedura che prevedeva l'invio della documentazione da parte delle ASL? Forse l'istituto si immaginava che avrebbe funzionato? Come potevano non essere al corrente delle modalità di interazione con le ASL, dal momento che lavorano a stretto contatto in numerosi casi? La gestione del rapporto con le ASL è stata emblematica dell'atteggiamento dell'INPS. A fronte del mancato invio delle pratiche, l'Istituto non ha esitato a spostare il disagio sul cittadino ed a iniziare una campagna di screditamento delle stesse ASL, responsabili prima di essere state "generose" concedendo benefici a cittadini a cui non spettavano (il che suona come un'accusa di truffa), poi di non aver inviato i fascicoli in tempo rendendosi responsabili prima dei disagi per i cittadini e poi dei ricorsi che l'Istituto perderà. Ci si domanda che attinenza abbia questa manovra di screditamento delle ASL con il recupero di spesa pubblica impropria. Il tutto acquista maggiore senso se si ipotizza che fosse interesse dell'INPS prima di tutto spostare l'attenzione dalle proprie inefficienze (su tutte, i tempi di concessione dell'invalidità, di molto oltre i termini di legge) e sulle criticità che periodicamente emergono rispetto al lavoro dell'Istituto (ad esempio l'elevato numero di medici con contratti precari).

Allo stesso modo, non si capisce che senso abbia nell'ambito del contrasto alle frodi la centratura dei controlli sugli assegni di accompagnamento. Su una spesa totale di 12 miliardi, gli assegni costituiscono una minima parte (circa due miliardi). Inoltre, sono erogati in assenza di requisiti di reddito, il che rende più difficile la frode in quanto questa può avvenire solo sul versante sanitario e non su quello reddituale. Se infatti dichiarare il falso rispetto al reddito è una frode che si può portare avanti senza la complicità di nessuno, ottenere un certificato di handicap in situazione di gravità (necessario per l'assegno di accompagnamento) rende indispensabile almeno un medico compiacente, ed è quindi una frode più complessa. Da ultimo, gli assegni di accompagnamento spettano alle persone in condizione di gravità, che- date le definizioni- è molto più probabile siano affette da patologie stabilizzate o ingravescenti, e quindi non controllabili e titolari di provvidenze legittime.

Anche qui, il senso appare più chiaro se si guarda alle ripetute proposte di "revisione dei criteri" per il diritto all'assegno di accompagnamento che si sono susseguite contemporaneamente ai controlli. Prima l'emendamento proposto al dl 78/09, poi le linee guida, e recentissimamente la proposta del Ministro alla semplificazione Calderoli che scopre le carte chiedendo di colpire "chi non ha mai lavorato", riducendo i requisiti per gli assegni di accompagnamento. Questo a conferma di uno dei due stereotipi che sono la spina dorsale di questa vicenda, cioè che gli invalidi sono un peso per il resto della società.

Il meccanismo purtroppo è tristemente noto e non ne è inedito l'utilizzo in momenti di crisi economica, quando l'incertezza sul futuro fa sì che l'opinione pubblica tenda alla diffidenza ed alla ricerca di un capro espiatorio. I passaggi politico mediatici sono noti: si costruisce un fatto, più o meno manipolando la realtà a partire da un mix di eventi reali e luoghi comuni e stereotipi, si individua un gruppo sociale e se ne definiscono i confini, si colloca all'interno di quel gruppo sociale la responsabilità dei problemi del paese e poi se ne colpiscono i diritti, si combatte la presenza di quel gruppo come se questo fosse risolutivo del problema che esiste a monte⁵⁹.

Se la visione aneddotica proposta dai media, centrata su immagini stereotipate come il cieco che guida o la badante giovane che sposa l'anziano per soldi⁶⁰ diventa, come è avvenuto, la base su cui vengono costruite le leggi dello Stato, è segno che ci si sta muovendo su una china pericolosa.

La vicenda dei falsi invalidi è un esempio del cambiamento culturale che stiamo vivendo: da una parte si fa sempre più confusione tra diritti e privilegi, trasformando gli uni negli altri a livello di discorso pubblico. Dall'altra, mentre molti dei diritti sociali vengono meno in nome del risparmio, assistiamo all'affermarsi di un immaginario rappresentato da "vip" con stili di vita improntati all'esagerazione, fino a un cartellone pubblicitario che recita "il lusso è un diritto".

⁵⁹ Sui passaggi si veda Hilberg, la distruzione degli ebrei d'Europa, Einaudi, 1985

⁶⁰ Una delle novità recentemente introdotte prevede una diminuzione della pensione di reversibilità al coniuge a fronte di una differenza di età di più di 20 anni.

In un contesto simile, le dichiarazioni del Ministero hanno un peso fondamentale in quanto lo Stato rappresenta la garanzia dei diritti per i cittadini e dovrebbe fare da contraltare alle rappresentazioni mediatiche stereotipate e fondate sul luogo comune. Proprio per questo suona particolarmente infelice la definizione di spesa pubblica "improduttiva" riferita alle pensioni di invalidità.

L'idea che le persone invalide siano un peso per lo Stato che in momenti di crisi economica i cittadini non possono permettersi non costituisce del resto una novità per la storia contemporanea europea

A fronte della superficialità con cui il tema viene affrontato dai mezzi di comunicazione, il tema della diminuzione della spesa pubblica conciliata con la garanzia dei diritti civili e sociali meriterebbe una trattazione fondata sui dati disponibili e che tenga in considerazione tutti gli elementi in gioco. Una nuova criticità sociale si viene definendo da una ventina d'anni nel nostro paese, e negli ultimi anni sta assumendo contorni sempre più definiti. Da una parte l'invecchiamento della popolazione ed i miglioramenti della medicina portano ad un prolungamento della vita media e con questo ad un fisiologico aumento della non autosufficienza in età anziana. Le persone con demenza ne sono un esempio consistente, ma anche nell'ambito di un invecchiamento sano, i grandi anziani necessitano per un numero sempre maggiore di anni di assistenza. Dall'altra, la nostra società si sta distaccando sempre di più dal modello familiare che storicamente la caratterizzava: sono sempre meno le donne che rinunciano a lavorare per occuparsi prima dei figli poi degli anziani della famiglia. Da ultimo, fortunatamente anche se a volte faticosamente, la cultura della domiciliarità si fa strada: è sempre più difficoltoso a livello morale utilizzare i grandi istituti residenziali come luoghi per far trascorrere gli ultimi anni di vita (a volte anche decine) a genitori e parenti anziani. Il sostegno alla non autosufficienza in età anziana è fornito in maniera consistente dalla famiglia, i servizi sociosanitari patiscono anche in quest'ambito di un'ampia variabilità territoriale e vanno da un buon livello presa in carico alla totale assenza. A fronte di questa situazione, sono molto rari i provvedimenti specifici per la non autosufficienza in età anziana, e spesso le famiglie si trovano a ricorrere alle sovvenzioni assistenziali ed ai benefici previsti per chi assiste una persona con disabilità in quanto unici supporti disponibili. Pensione di invalidità, assegno di accompagnamento, diritti dei lavoratori garantiti dalla legge 104/9 vengono utilizzati da un gran numero di persone che assistono parenti anziani. Questo tipo di utilizzo non sembra illegittimo, quanto piuttosto talvolta improprio. Questo tipo di supporti potrebbero essere forse oggetto di maggiore efficienza se pensati in una connotazione specifica per il supporto ai bisogni dell'età anziana.

Connessa strettamente a questa questione vi è quella della disparità territoriale. Nel corso della campagna sulle frodi in materia di invalidità civile, fonti ufficiali e media hanno ripetutamente posto l'accento sul fatto che gran parte delle pensioni sono concentrate in alcune aree del paese. La tesi sostenuta è che nelle regioni del sud si annidano la maggior parte di coloro che frodano lo stato. Questo punto di vista richiama un discorso molto più ampio sulla profonda eterogeneità territoriale che caratterizza il nostro paese. A fronte di una "questione meridionale" che ha origine con la stessa unità d'Italia, appare un po' semplicistico e sterile ridurre le differenze ad una maggiore propensione degli italiani del sud alla truffa. Le differenze culturali indubbiamente esistono, come è evidente a chiunque si sia trovato a vivere a lavorare in diverse parti del paese. Sono differenze a 360 gradi, che investono tutti gli aspetti della vita delle persone e che non possono essere ridotte semplicemente alla maggiore o minore propensione al furto. Vi sono tuttavia altrettante profonde differenze a livello di opportunità, di infrastrutture, di istruzione, di servizi, che hanno motivazioni complesse e legate alla storia economica e sociale dell'intero paese, non solo del sud. La disparità territoriale a livello di offerta di servizi sociosanitari è un elemento che sembra ragionevole ipotizzare connesso con la maggiore percentuale di sussidi per l'invalidità al sud. Non si tratta di giustificare delle frodi, ma piuttosto di contestualizzare un dato per comprenderne la natura e le possibilità di correzione. In un territorio in cui i servizi per la disabilità e per l'età anziana sono scarsi, il ricorso alle provvidenze per l'invalidità diventa un contributo di cui nessuna famiglia che ne possa avere diritto vorrà fare a meno. Inoltre, non bisogna dimenticare che nelle regioni del sud ed in particolare in alcune zone il reddito procapite è più basso, e quindi è ragionevole che vi siano un maggior numero di persone che hanno i requisiti di reddito per ottenere l'assegno. Il confronto tra i tassi di pensioni di invalidità e i tassi di istituzionalizzazione offre lo spunto per un lavoro che provi a calcolare la spesa pubblica per l'invalidità contemplando anche quella per i servizi residenziali, per indagare alla luce di questa le differenze territoriali.

Se da una parte i servizi relativi alla non autosufficienza in età anziana sono limitati rispetto al bisogno, dall'altra accade che in alcuni ambiti la certificazione della disabilità sia resa necessaria dal meccanismo legislativo per ottenere l'accesso a diritti che altrimenti non sono fruibili. E' il caso del paradosso del meccanismo di attribuzione dell'insegnante di sostegno. Se da una parte la letteratura ormai è concorde nell'affermare che l'insegnante di sostegno non è un supporto per un solo bambino in difficoltà ma per l'intera classe in cui il bambino è presente, la procedura di attribuzione prevede che vi sia in classe un bambino con "certificazione di handicap" perché un'insegnante di supporto sia attivata. Nelle scuole le criticità sono numerose, e non sempre hanno a che fare con un singolo

bambino con disabilità. Vi sono le classi dei quartieri ad alta densità migratoria con più del 50% dei bambini stranieri, vi sono le scuole delle periferie delle metropoli, che hanno alunni provenienti da un tessuto sociale disagiato che mettono in atto comportamenti di difficile gestione e manifestano i segni di ipostimolazione cognitiva e deprivazione culturale, vi sono le scuole collocate nei pressi di comunità alloggio per minori, che raccolgono bambini maltrattati, tolti alle famiglie e bisognosi di attenzioni particolari. In tutti questi contesti gli insegnanti si trovano a “far certificare” un bambino che presenta delle difficoltà come disabile, per riuscire ad ottenere un’insegnante di sostegno che li supporti nella complicata attività quotidiana con numerosi alunni multiproblematici. Da parte loro le Commissioni Territoriali, al corrente della situazione, tendono a concedere la certificazione di handicap finalizzata all’insegnante di sostegno. Questa situazione porta probabilmente ad una certificazione di un maggior numero di bambini disabili nella scuola, che avviene però in funzione di un supporto di cui il bambino e la classe realmente necessitano. Costruendo una possibilità di supporto per la gestione di classi difficili che prescindono dalla certificazione di handicap del singolo si potrebbe ad esempio ovviare a questo utilizzo leggermente improprio dei benefici concessi dalla legge 104/92.

Anche se quella dei “falsi invalidi”, ad un’analisi seppure incompleta della vicenda come quella effettuata, sembra una montatura, non è possibile conoscere le intenzioni di chi ha portato avanti la campagna. Si possono fare delle ipotesi, come l’intento di apparire severi e austeri in tempi di crisi per il Ministero, di apparire efficienti per conto dell’INPS, di guadagnare telespettatori per i media, ma sono solo congetture.

Parimenti sono congetture i vari scenari che si possono immaginare su “dove si andrà a finire”, su quanto l’opinione pubblica sarà disposta a tollerare. Un manifesto del Reich rappresentava un tedesco con due invalidi sulle spalle “un invalido che arriva a 60 anni costa fino a 30.000 marchi. Ora portalo anche tu!”, recitava la scritta. Anche quelli erano tempi di crisi economica e di incertezza.

Quello che non sono congetture invece sono le conseguenze che questa vicenda dei falsi invalidi ha avuto fino ad ora ed avrà a breve termine sui cittadini con disabilità e sulle loro famiglie, ma anche sul clima sociale e culturale del paese.

Nella pratica, moltissime persone con invalidità permanenti hanno ricevuto richieste di controllo (purtroppo i dati non sono disponibili, in quanto è complicato fare delle statistiche dalle segnalazioni raccolte dalle associazioni, che sono dati del tutto parziali): sono state costrette a inviare la documentazione e in molti casi a presentarsi, pena la revoca della prestazione.

Ad alcuni è poi invece stata revocata la pensione in maniera illegittima, solo consultando le carte, ed hanno impiegato mesi per ottenere la riattivazione, restando senza la pensione che in molti casi costituisce l’unica forma di sussistenza.

Le persone con disabilità intellettiva e disturbo mentale (si ricordi il 37% di *finti pazzi* di Panorama) sono stati quelli più colpiti dalla vicenda. A livello di revocche delle pensioni, le modifiche proposte agli assegni di accompagnamento rendevano (e renderanno) molto difficile ottenerlo senza una disabilità fisica (tanto che l’INPS, a seguito della pressione delle associazioni, ha dovuto diffondere una nota in cui precisava che le persone con sindrome di Down hanno diritto all’accompagnamento). Condizioni di non autosufficienza come l’autismo, l’insufficienza mentale grave, il disturbo mentale, tutt’altro che “false” riceveranno un grosso colpo al sostegno all’accesso ai diritti civili e sociali ma anche a livello di stigma sociale, che già colpisce pesantemente le persone in questa condizione.

L’emendamento proposto dal Governo, che dovrebbe essere garante della parità di accesso ai diritti per tutti i cittadini, e ripreso dalle linee guida dell’INPS, non colpisce e non intende colpire i falsi invalidi. Chi truffa lo Stato perderà la pensione se viene controllato, e l’avrebbe persa comunque se fosse stato controllato anche senza linee guida e revisione dei criteri. Chi si vedrà negare l’assegno di accompagnamento, pure in condizione di invalidità consistente, vedrà lesi i suoi diritti di cittadino, avrà probabilmente meno possibilità di accedere alla vita sociale, all’istruzione, al lavoro, e avrà in questo modo anche meno opportunità di divenire un cittadino attivo, se vogliamo dirla col Ministero, produttivo.

Questo non ha nulla a che fare con la lotta alle frodi, ma la fa parte di un procedere unitario che comprende da una parte la montatura mediatica dei falsi invalidi e dall’altra la revisione dei criteri di accesso ai diritti.

Se si guarda alla totalità delle mosse fatte (controlli- diffusione dei dati imprecisi - linee guida) si può difficilmente credere alla buona fede nello zelo dell’INPS. Il meccanismo, ancora una volta, è tristemente noto: l’opinione pubblica è più disposta ad accettare la violazione di diritti di un gruppo di persone, se queste sono considerate i responsabili delle difficoltà di tutti. Sostenere questa tesi non ha lo scopo di accusare INPS, Ministero e media di una specie di congiura, quanto quello di riportare all’attenzione dell’opinione pubblica i temi di invalidità e frodi facendo le dovute proporzioni, nel tentativo di contrastare il dominio politico che i media acquisiscono sempre più consistentemente nel nostro paese.

Bibliografia

- OMS, ICIDH-2. Classificazione Internazionale del funzionamento e delle Disabilità, Erickson, Trento, 2000
- OMS, ICF/Classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della Salute, Erickson, Trento, 2002
- Spinelli M, Poloni V, il disabile: dalla valutazione di ciò che si è perso alla valutazione di quel che rimane, difesa sociale, numero unico, 2009
- Canevaro A, Goussot A, la difficile storia degli handicappati, Carocci, Roma, 2000
- Azienda ULSS n.º9 di Treviso, sulla "Valutazione degli outcomes sanitari dell'assistenza in strutture residenziali e a domicilio degli anziani non autosufficienti dell'Asl di Treviso", 2003
- Cnel "La tutela dei rischi di non autosufficienza fisica nelle persone di età avanzata", Pronunce, 2002
- ISVAP, "Il Costo e il finanziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia", Quaderno isvap n.11, 2001
- IRER, "Analisi di profili di autosufficienza/non autosufficienza", Franco Angeli-IRER, Milano, 199
- CNEL "La non autosufficienza in Italia: realtà esistente e prospettive di soluzione", Pronunce, 2003
- Hemsley B, Balandin S e Leanne TR, "We need to be certepiece": adults with cerebral palsy and complex communication needs discuss the roles and needs of family carers in hospital, "Disability and Rehabilitation", vol. 30, n. 23, 2008, pp. 1759-1771.
- A. Rosengard, I. Laing, J. Ridley e J. Hunter, A Literature Review on Multiple and Complex Needs, "Scottish Executive Social Research", 2007.
- V. Collado, D. Faulks e M. Hennequin, A survey of the difficulties encountered during routine hygiene and health care by persons with special needs, "Disability and Rehabilitation", vol. 30, n. 14, 2008, pp. 1047-1054
- Sistema di Informazione Statistica sulla Disabilità (2009), Studio sulla tematica della non autosufficienza, epub
www.disabilitaincifre.it
- ISTAT (2001) Condizioni di salute della popolazione, anni 1999-2000. Collana Informazioni. Stima su dati dell'Indagine Multiscopo sulle condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari
- ISTAT I beneficiari delle prestazioni pensionistiche, anno 2003
- ISTAT Trattamenti pensionistici e beneficiari al 31 dicembre 2009
- ISTAT la disabilità in Italia, il quadro della statistica ufficiale, Argomenti n.37, 2009
- Eurostat, "Disabled Persons. Statistical Data", secondo rapporto, 2003
- ISTAT, indagine l'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia, pubblicata 11 febbraio 2010, dati 2008
- Rapporto annuale 2010 inps disponibile al link <http://www.inps.it/portale/default.aspx?itemdir=7538>
- Rapporto annuale 2009, disponibile al link <http://www.inps.it/portale/default.aspx?itemdir=7538>
- Hilberg, la distruzione degli ebrei d'Europa, Einaudi, 1985

