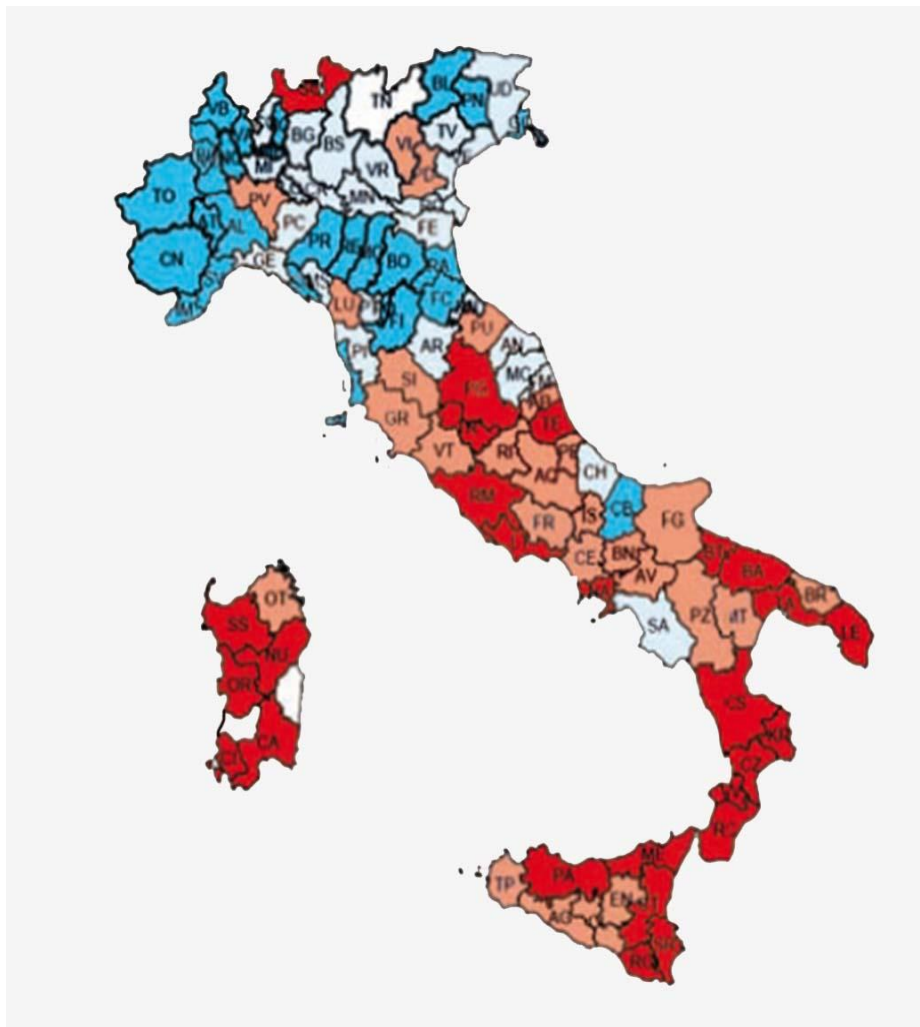


***"PIU' SOSTEGNO A CHI
PIU' HA BISOGNO"***

**INVALIDITA' CIVILE:
INNOVAZIONI A GARANZIA DELL'EQUITA'
E DELLA PROPORZIONALITA' DELLE RISPOSTE
AI BISOGNI ASSISTENZIALI**

Roma, 26 gennaio 2018

DISTRIBUZIONE PROVINCIALE DEL NUMERO DI BENEFICIARI INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO



Modello 2

Analisi residui: epidemiologia (n. province)

■ (0,20/0,57) (26)

■ (-0,05/0,20) (26)

■ (-0,20/-0,05) (26)

■ [-0,55/-0,20) (27)

□ No data (3)

Differenze non spiegate da epidemiologia e struttura per età della popolazione nelle diverse province

PROSPETTIVE INNOVATIVE A GARANZIA DEI BISOGNI ASSISTENZIALI

- Evitare la **disomogeneità territoriale** e conseguire **uniformità** nella erogazione delle prestazioni in Invalidità civile il cui diritto si fonda sull'accertamento del requisito sanitario
- Superare la definizione di **invalidità** basata sulla capacità lavorativa generica o sulle difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età
- Limitare la discrezionalità valutativa delle Commissioni Mediche attraverso l'introduzione di **strumenti oggettivi**

PROSPETTIVE INNOVATIVE A GARANZIA DEI BISOGNI ASSISTENZIALI

- Ridefinire l'invalidità come **alterazione dello stato di salute** tale da determinare un deficit anatomo-funzionale di organi e apparati che comprometta l'integrità psico-fisico-sensoriale, indipendentemente dall'età, dal genere, dal lavoro e da qualsiasi condizione socio-economica
- Valutare l'alterazione **come permanente, non emendabile**, non transitoria, durevole nel tempo e senza previsione di guarigione e/o miglioramenti in tempi brevi, come da dottrina e giurisprudenza
- Riconoscere il diritto a benefici quando tale alterazione compromette l'integrità psico-fisico-sensoriale nella misura di **almeno un terzo**, *secondo una correlazione rigorosamente scientifica tra entità della compromissione e gradualità di accesso ai benefici (da definire soglia per i benefici economici!)*

PROSPETTIVE INNOVATIVE A GARANZIA DEI BISOGNI ASSISTENZIALI

Un **modello assistenziale** che trova le sue radici nell'**art.3**, nell'**art.32** e nell'**art.38** della **Costituzione**, in cui si afferma il principio della *presa in carico globale* della persona, con il dovere di promuovere tutti gli interventi necessari per «... *rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che... impediscono il pieno sviluppo della persona umana..*», attraverso la **tutela della salute** «...*come fondamentale diritto dell'individuo...*» e quindi della sua integrità psico-fisica, assicurando il «... *diritto al mantenimento e all'assistenza sociale...*» così da favorire «...*la libertà e l'eguaglianza dei cittadini...*» con alterazioni dello stato di salute.

MODELLO BIOLOGICO

PROSPETTIVE INNOVATIVE A GARANZIA DEI BISOGNI ASSISTENZIALI

- Introdurre uno **strumento tabellare**, ancorato alle evidenze scientifiche, costantemente aggiornato, che escluda la soggettività delle interpretazioni, immune dalle interferenze del valutato e del valutatore (**«FATTO BIOLOGICO»**)
- Escludere l'equiparazione tra entità patologiche differenti secondo un criterio analogico, previsto dal DM 5 febbraio 1992, nonché **fasce** tabellari di percentuali di invalidità (MIN-MAX)

➡ ***NO criteri soggettivi***

- Subordinare l'erogazione della prestazione economica a parametri reddituali
- Fase di **sperimentazione**

PRESTAZIONE DI ASSISTENZA PERSONALE (PAP) (GIA' INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO)

NON AUTOSUFFICIENZA

- **Definizione**

Condizione che si instaura a seguito di fatti biologici che alterano lo stato di salute e quindi l'integrità psico-fisico-sensoriale e tali da determinare la **necessità di assistenza personale**, non vicariata da ortesi, protesi o altri dispositivi di tipo meccanico

- **Requisiti sanitari**

Ascrivibilità ad una delle voci della «**Tabella delle condizioni patologiche che causano necessità di assistenza personale**», secondo un criterio di proporzionalità della compromissione biologica

- **Prestazioni** secondo il principio:

«PIU' SOSTEGNO A CHI PIU' HA BISOGNO»

- **Esclusione** della **rivedibilità** per i soggetti affetti da «*menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti*» di cui al D.M. 2.8.2007

PRESTAZIONE DI ASSISTENZA PERSONALE (PAP) (GIA' INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO)

- Superare le attuali valutazioni discrezionali e la conseguente disomogeneità nella tutela della «**superinvalidità**»
- Introdurre un **riferimento tabellare** a garanzia della massima obiettività (in analogia alla IC)
- Rispondere in modo flessibile, **personalizzato** e adeguato ai bisogni dei cittadini non autosufficienti prevedendo **almeno tre livelli di carico assistenziale** e superando il giudizio «on-off» basato sul principio della identica prestazione per tutti:

*stadio 1- stadio 2- stadio 3 ...,
in ordine crescente di intervento assistenziale*

dinamicità delle patologie in relazione all'andamento clinico

(valutazione del tempo di assistenza e dell'entità della compromissione dei profili funzionali)

PRESTAZIONE DI ASSISTENZA PERSONALE (PAP) (GIA' INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO)

- Introdurre, oltre alle «**Prestazioni di assistenza personale**» di natura prettamente **economica** quale l'**assegno di cura**, in alternativa, un **budget di cura** sotto forma di **servizi**
- Il **budget di cura** restituisce, *sotto forma di **servizi***, la prestazione economica dell'assegno di assistenza in *misura maggiorata di almeno il 25%*:
 - a) servizi di cura prestati da assistenti familiari regolarmente contrattualizzati
 - b) servizi socio-assistenziali non erogabili dal SSN, *proporzionale agli stadi 1°- 2°- 3°...*
- **INPS** coordina la gestione dei servizi erogati da Stato, Regioni, Enti Locali, per evitare sovrapposizioni e dispersioni degli interventi
- **Fase sperimentale**

PRESTAZIONE DI ASSISTENZA PERSONALE (PAP) (GIA' INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO)

ARMONIZZAZIONE E RAZIONALIZZAZIONE

- Superare la sovrapposizione di due sistemi di accertamento «Handicap» - «Invalidità Civile, Sordità e Cecità Civile»: **unicità dell'accertamento**
- Garantire il collegamento logico-giuridico tra i requisiti sanitari dell'**handicap con connotazione di gravità** e della prestazione di **assistenza personale**
- Assicurare **proporzionalità** e adeguatezza ai bisogni per i benefici di cui all'art. 3, comma 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104

SEPARAZIONE DELLE TUTELE ASSISTENZIALI DALLE TUTELE PREVIDENZIALI

escludendo l'utilizzo di benefici assistenziali ai fini previdenziali

ARMONIZZAZIONE E RAZIONALIZZAZIONE

ACCENTRAMENTO DI COMPETENZE IN INPS

- Garantire la completa **telematizzazione** dei processi
- Eliminare il doppio accertamento **ASL-INPS**, con conseguente riduzione del disagio e dei costi, a vantaggio di una maggiore tempestività e uniformità
- Omogeneizzare la criteriologia medico legale, attraverso una **metodologia** basata sulla *M. L. dell'evidenza*, sulla prova scientifica, sulla «**medicina di precisione**»
- Razionalizzare e semplificare le **modalità** di accertamento sul modello in uso in ambito previdenziale, garantendo il supporto specialistico e delle competenze socio-relazionali, senza oneri aggiuntivi per la presenza delle rappresentanze associative e individuali
- Costituire una **banca dati epidemiologica nazionale**

Istituzione del Servizio Sanitario INPS

182

193

Roma - OZIA era in liquidazione.
Il Comitato approva la sospensione.

Senza la seduta alle ore 18.
Il Presidente

Il Segretario M. R. Longi
L. Corini

Verbale della 489^a adunanza del Comitato Esecutivo tenuta in Roma il 26 settembre, 1923.

Sono presenti i signori:
On. avv. senatore Ugo Da Como, presidente
Comm. Edmondo Rossoni, vice presidente
Comm. Giovanni Borza
Sr. Uff. Ugo Carloni
Sr. Uff. dott. Giuseppe Falciani
On. Achille Grandi
Esterato Ferroni

Assiste:
il Comm. prof. Paolo Medolaghi, vice direttore generale,
Funge da segretario il dott. Luigi Clerici, segretario capo.

Constatata la presenza del numero legale, si apre l'adunanza alle ore 15 1/2.

egli ritiene che si possa chiedere al Consiglio di confermare lo stanziamento dello scorso anno che fu di un milione di lire. Si chiederà al Consiglio di delegare al Comitato esecutivo il compito di ripartire quella somma fra la propaganda a carattere nazionale e quella a carattere locale e di stabilire gli stanziamenti per i singoli Istituti oltre alle modalità di applicazione. Il Comitato si dichiara d'accordo in queste proposte emesse dall'On. Presidente e stabilisce di sottoporle al Consiglio per la loro approvazione.

A questo punto esce il vice presidente comm. Rossoni.

13. Servizio centrale medico.

Vice direttore generale: Ritorna la necessità di organizzare al centro il servizio sanitario. Ci sembra che a questo servizio debba presiedere un consulente medico che sia una illustrazione della medicina sociale, ed abbia sotto di sé un medico capo con grado uguale a quello dei nostri capi ufficio. Immuno le funzioni che sarebbero affidate al medico capo, mentre al consulente medico spetterebbe l'alta sorveglianza su tutto il servizio sanitario della Cassa.

Falciani: È pienamente d'accordo in queste proposte, anche perché gli Istituti provinciali di

26 settembre 1923

193

sono sapere che sono vigilati al centro per tutta la parte che riguarda la liquidazione delle pensioni e l'accertamento dell'invalidità.

Il Comitato approva la istituzione del servizio centrale medico con la nomina di un consulente e di un medico capo. Stabilisce che le relative proposte siano portate al voto del Consiglio e che il medico capo sarà nominato per concorso e avrà grado e stipendio di capo ufficio. Si chiederà al Consiglio di dare mandato al Comitato Esecutivo per la nomina del consulente medico e per la determinazione della sua attribuzione e retribuzione.

Si approva l'istituzione di un servizio

14. Concorso per la nomina di 3 Ispettori centrali.

Vice direttore generale: Si vuole sempre più la necessità di provvedimenti per il servizio dei nostri Istituti provinciali, che sono già in numero di 43 ed hanno sempre più importanti funzioni. In tal'azione ispettiva dov'essere dal centro. Si è quindi pensato di proporre alla nomina di alcuni funzionari ispettori con grado di capo ufficio e costituito di direttori a disposizione della Sede centrale. Essi dovrebbero stare abitualmente presso la Direzione Generale, ma dovrebbero essere adibiti anche a reggere Istituti provinciali in casi in cui venga in essi a mancare il direttore loco