

1 Evitare la concessione di prestazioni indebite

Definizioni e situazione iniziale

Per molteplici motivi può succedere che ad assicurati vengano concesse prestazioni cui di fatto non avrebbero diritto. Per tutti questi casi viene utilizzato il concetto di “prestazioni non conformi agli obiettivi dell'AI”, suddiviso in due sottogruppi: le “truffe ai danni dell'AI” e le “prestazioni indebite”. Contrariamente al primo sottogruppo, il secondo **non è rilevante sotto il profilo del diritto penale**. Le prestazioni sono indebite in quanto concesse erroneamente **per ragioni di sistema o di processo** oppure troppo elevate senza che l'assicurato abbia agito intenzionalmente in questo senso. In altre parole la concessione di prestazioni indebite non è tanto da ricondurre alla volontà criminale dell'assicurato quanto ad un concorso di circostanze indesiderato che porta a una decisione “sbagliata”.

Di regola ogni richiesta di prestazioni pendente presso l'AI comporta un **accertamento separato** particolareggiato. Grazie ad **accertamenti rigorosi** da parte degli uffici AI e **all'impiego di tutti gli strumenti disponibili** si può attualmente evitare gran parte delle decisioni “sbagliate”. Ad esempio, gli uffici AI possono esigere che tutti i medici coinvolti forniscano loro rapporti e informazioni concernenti le condizioni di salute e la capacità al lavoro e l'idoneità all'integrazione degli assicurati. Essi possono affidare perizie a medici specialisti, procedere a sopralluoghi o invitare l'assicurato a fornire informazioni. In casi particolari, il sopralluogo sul posto può anche essere eseguito senza preavviso in modo da ottenere, rispetto agli accertamenti preannunciati, informazioni più veritiere. Inoltre, se i fatti su cui poggia la decisione hanno subito notevoli modifiche, gli uffici AI possono riesaminare in ogni momento il diritto alla prestazione procedendo a una revisione e, se del caso, ridurre o negare prestazioni.

La 5a revisione AI riduce notevolmente la probabilità di concedere prestazioni indebite

La 5a revisione AI prevede una serie di nuovi provvedimenti che permetteranno un'ulteriore drastica riduzione della probabilità di concedere prestazioni indebite:

- Le **misure di semplificazione della procedura** nell'AI (procedura di preavviso, introduzione delle spese processuali, limitazione del potere cognitivo del Tribunale federale), entrate in vigore il 1° luglio 2006. È importante accelerare la procedura affinché, in caso di decisione negativa o di rifiuto parziale, si mantengano per quanto possibile intatte le possibilità d'integrazione sul mercato del lavoro evitando così una cronicizzazione della malattia e la rassegnazione dell'assicurato.
- Il **rilevamento tempestivo** degli assicurati a rischio d'invalidità è assolutamente fondamentale per prevenire il declino delle condizioni psicofisiche, l'insorgenza di false attese e la cronicizzazione dell'incapacità lavorativa. Nel contempo, i nuovi **provvedimenti d'intervento tempestivo** sono volti ad evitare, nel limite del possibile, la perdita del posto di lavoro. Di regola, c'è da attendersi che il datore di lavoro attuale si impegni di più rispetto a uno nuovo; ha sovente interesse a disporre delle conoscenze dell'assicurato in seno all'azienda ed è con più probabilità disposto ad adeguare il suo posto di lavoro e il suo grado di occupazione. In questo modo si vuole evitare lo slittamento dell'assicurato nella malattia, e di conseguenza l'invalidità.
- La 5a revisione AI pone l'accento sul **rafforzamento dell'integrazione** e, dunque, sulla prevenzione dell'invalidità. Il principio “priorità dell'integrazione sulla rendita” è ora menzionato esplicitamente nella legge nella misura in cui una rendita può essere concessa solo se non è più possibile alcuna integrazione. Per gli invalidi psichici sono stati introdotti **provvedimenti di reinserimento** che mirano ad aumentarne la capacità lavorativa e la resistenza per prepararli all'integrazione nel libero mercato del lavoro.
- Con la 5a revisione AI **si rende più difficile l'accesso alla rendita**. Oltre ad applicare in modo rigoroso il principio “priorità dell'integrazione sulla rendita”, con una valutazione più severa, ma giusta, delle limitazioni dovute allo stato di salute, bisogna correggere gli incentivi che finora rendevano più interessante per l'assicurato vivere con una rendita AI anziché, nel

limite delle sue possibilità, rimanere o reinserirsi nel mercato del lavoro. Si può così prendere in considerazione solo l'incapacità al guadagno imputabile direttamente a un danno alla salute (nesso causale in senso stretto, nessuna considerazione di motivi che esulano dall'AI quali ad esempio l'età o le conoscenze linguistiche insufficienti). Inoltre l'incapacità al guadagno sarà riconosciuta solo se non sarà superabile obiettivamente, ossia quando non si potrà esigere obiettivamente da un assicurato che, nonostante i suoi problemi di salute, riprenda un'attività lucrativa.

- **Inasprimento dei criteri di esigibilità:** il successo dell'integrazione dipende dalla rapidità con cui si interviene. È importante poter attuare quanto prima provvedimenti senza dover discutere a lungo se questi ultimi siano ragionevolmente esigibili o meno. In futuro sarà quindi considerato esigibile ogni provvedimento che serve all'integrazione dell'assicurato. Ovviamente si continuerà a tenere conto del danno alla salute.
- **Rafforzamento dell'obbligo di collaborare:** affinché l'obiettivo dell'integrazione sia raggiungibile, l'assicurato deve partecipare attivamente all'attuazione dei provvedimenti e cercare un posto di lavoro adeguato alla sua capacità al lavoro residua. Viene quindi precisato l'obbligo di ridurre il danno e di collaborare. Gli obblighi che l'assicurato deve adempiere e le possibili sanzioni in caso di violazione di questi obblighi (ad es. riduzione o rifiuto di prestazioni in denaro o in natura) sono d'ora in poi disciplinati esplicitamente nella legge.
- In futuro i **servizi medici regionali (SMR)** stabiliranno la **capacità funzionale** degli assicurati determinante per l'assicurazione invalidità. Sebbene conoscano al meglio i loro pazienti, i medici curanti, a causa del loro rapporto economico e personale con questi ultimi e del loro approccio curativo (non medico-assicurativo), spesso non sono in grado di esprimere un giudizio neutrale. È quindi importante che la capacità funzionale dell'assicurato sia valutata da un medico di fiducia sotto il profilo medico-assicurativo.
- **Collaborazione interistituzionale:** se si vuole far sì che l'assicurato si rivolga al più presto al competente ente di sicurezza sociale, è fondamentale un buon coordinamento tra assicurazione invalidità, assicurazione contro gli infortuni, assicurazione malattie/assicurazione d'indennità giornaliera in caso di malattia, assicurazione contro la disoccupazione e aiuto sociale. Anche questo fattore contribuisce ad evitare il declino delle condizioni psicofisiche, l'insorgenza di false attese e la cronicizzazione dell'incapacità lavorativa. Una buona collaborazione interistituzionale permette inoltre di evitare il versamento di prestazioni da parte di più enti di sicurezza sociale per lo stesso danno alla salute. La 5a revisione AI rafforzerà questa collaborazione estendendola al rilevamento e all'intervento tempestivi.