INPS
Istituto Nazionale Previdenza Sociale

Coordinamento Generale
Medico Legale

AUDIZIONE SENATO 3 LUGLIO 2012

Diversi interventi, in particolare il Senatore Gramazio ed il Senatore Astore, hanno posto la questione dell'inquadramento in generale delle disabilità e della necessità di unitarietà degli interventi, così come del superamento delle frammentazioni di competenze.

Su questo il quadro attuale trae origine dall'Art. 38 della Costituzione e dalla Legge n. 118/71 in cui la tutela della disabilità si esprime attraverso l'accertamento di condizioni di menomazione dell'efficienza psico-fisica; menomazione intesa come qualsiasi alterazione anatomica o funzionale, fisica o psichica, derivata da malattia, infortunio o malformazione, che comporti la compromissione dell'efficienza fisica o psichica della persona.

Il concetto di **menomazione** è propriamente funzionale e si riferisce all'abolizione o alla riduzione delle attività organiche diverse, da cui derivano disfunzioni motorie, sensoriali, psichiche, neurovegetative etc., le quali si ripercuotono sfavorevolmente sulla persona.

La menomazione è quindi il deficit funzionale che deriva dal processo morboso.

Così come vanno definiti innanzitutto alcuni concetti medico-legali insiti nell'attuale ordinamento ad integrazione di quanto contenuto nella relazione introduttiva sotto il titolo "considerazioni medico-legali".

Quando si parla di **infermità** si utilizza un termine generico per indicare qualsiasi malattia, stato morboso, condizione patologica del corpo e della mente.

In particolare, in medicina legale, si intende qualsiasi alterazione fisica o psichica, con substrato anatomico riconosciuto o no.

Tale termine va inteso in termini diversi da quello di **malattia** che al contrario costituisce una modificazione peggiorativa dello stato anteriore del soggetto a carattere dinamico, estrinsecantesi in un disordine funzionale apprezzabile, il quale determina una effettiva limitazione della vita organica e soprattutto della vita di relazione e richiede un intervento terapeutico, anche se modesto.

Il complesso del quadro dell'ordinamento giuridico sulla tutela assistenziale si caratterizza per alcuni aspetti il cui accertamento è di competenza medico-legale.

Tra questi l'elemento principale è rappresentato dal riconoscimento del carattere permanente della menomazione, che di per se già esclude tutte quelle forme temporanee.

Permanenza che secondo gli attuali orientamenti dottrinari e giurisprudenziali non significa una condizione immutabile, né insanabile, ma più realisticamente fa riferimento ad una situazione biologica non transitoria, durevole a tempo indeterminato, senza previsioni di guarigione e/o miglioramento in tempi brevi.

Nell'indeterminatezza evolutiva che sostanzia il concetto medico-legale di permanenza è insita anche la possibilità, sia di un peggioramento, sia anche di un miglioramento della situazione menomativa, seppur non prevedibile in un tempo "certo".

Non è quindi necessariamente l'immutabilità del quadro menomativo che caratterizza la permanenza, ma la sua indeterminatamente lunga protrazione nel tempo, senza prospettive di miglioramento a breve termine.

Questo è il concetto ed il requisito sul quale si basa l'attività di **verifica straordinaria** dell'Istituto.

Altro requisito medico-legale concerne la **sussistenza** quale l'accertamento di uno stato di fatto a contenuto biologico, produttivo di effetti giuridici, nella specie produttivo della costituzione del diritto ad una prestazione assistenziale.

Questo è il concetto ed il requisito sul quale si basa l'attività di **verifica ordinaria** dell'Istituto.

L'oggetto della presente audizione fa riferimento anche alle **patologie cronico-degenerative** e questo merita una sottolineatura per differenziare una "malattia cronica" dal concetto di permanenza; difatti la malattia cronica è una definizione prettamente clinico-prognostico-terapeutica, indicativa di una malattia di lunga durata, lunga quanto la vita del soggetto, da cui non si guarisce; la permanenza è, invece, un concetto medico-legale, che indica il perdurare dei riflessi menomativi nei diversi ambiti di tutela, in cui il fatto nosologico assume rilievo giuridico.

Un ulteriore questione posta da alcuni interventi, tra cui quello della Senatrice Castiglione, esigono l'esplicitazione del giudizio di rivedibilità nell'ambito del concetto medico-legale di permanenza.

Infatti la revisione va intesa come il riscontro, ossia la verifica effettuata a distanza di tempo ed attuata per controllare che permangano le condizioni che hanno, a suo tempo, dato luogo al riconoscimento dell'invalidità, stante che il concetto di permanenza non si identifica con quello di immodificabilità e stante la dinamicità di qualsiasi processo morboso, sia in senso peggiorativo che migliorativo.

Ma la vera questione centrale è di definire quale è l'oggetto della tutela Costituzionale, vale a dire il **rischio tutelato.**

In sintesi quest'ultimo è diverso nei vari ambiti:

1) Invalidità civile

- Nei soggetti in età compresa tra i 18 e i 65 anni l'oggetto della tutela è la validità, intesa come efficienza psico-fisica allo svolgimento di qualsiasi attività lavorativa generica; pertanto il rischio tutelato è rappresentato dalla incapacità lavorativa generica.

  Nell'ambito de quo il requisito essenziale per essere riconosciuto invalido civile è l'esistenza di una menomazione funzionale cagionata da minorazioni congenite o acquisite, determinante una riduzione parziale o totale della capacità lavorativa generica in modo permanente; in particolare la circolare ministeriale n°10/1981 del Ministero della Sanità individuava la capacità lavorativa come una "generica validità psico-fisica del soggetto" che ogni essere umano possiede come fatto meramente potenziale o come parametro medio.
- Nei soggetti < 18 anni e > 65 anni il rischio tutelato è rappresentato dalla "difficoltà persistente a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età" (D.Lgs 509/88).
- Nell'indennità di accompagnamento il rischio tutelato è la perdita di autonomia (negli atti quotidiani della vita e/o nella deambulazione).
- Con la Legge 68/99 l'oggetto della tutela è la capacità lavorativa residua.

2) Ciechi e sordi

Il rischio tutelato è la relativa, specifica minorazione.

3) Handicap (Legge 104/92)

Il rischio tutelato è lo svantaggio sociale indotto dalla menomazione.

Certamente la questione più complessa riguarda i requisiti sanitari per il riconoscimento dell'Indennità di Accompagnamento, normativamente previsti sono correlati all'incapacità a compiere gli atti quotidiani della vita o all'impossibilità a deambulare senza l'aiuto **permanente** di un accompagnatore.

Per quel che concerne **gli atti quotidiani della vita**, constatando la genericità dell'espressione e in accordo con la prevalente dottrina medico legale e gli ultimi orientamenti giurisprudenziali, essi vanno intesi come quel complesso di attività che assicurano un livello basale di autonomia personale in un ambito per lo più intradomiciliare, che rendono il minorato che non è in grado di compierle bisognevole di assistenza continuativa da parte di terzi (assistenza esplicantesi quindi, nell'arco dell'intera giornata e non solo in saltuari momenti).

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.

A ciò deve essere associato il **carattere continuativo** dell'assistenza.

Per quanto attiene **la deambulazione** si ribadisce il carattere **permanente** dell'aiuto a cui hanno fatto riscontro diverse Sentenze della Cassazione Civile, sez. lavoro, non sempre di univoca interpretazione.

Alcuni autorevoli interventi hanno richiesto chiarimenti sulle modalità attuative delle norme da parte dell'INPS, come la Senatrice Sbarbati, il Senatore Saccomanno e la Senatrice Castiglione, sia in materia di verifiche ordinarie che di verifiche straordinarie, al fine di realizzare una semplificazione delle varie fasi con relativa accelerazione dei relativi tempi a cui si è

associato il Senatore Astore che si è espresso per l'unitarietà dell'intervento da parte di un unico Soggetto Istituzionale.

Si è detto nella relazione introduttiva quelle che sono le modalità adottate dall'INPS ma che è necessario, forse, rapidamente ampliare su alcuni aspetti.

a. Verifiche ordinarie

Per quanto attiene ai **primi accertamenti per prestazioni assistenziali**, ai fini di verificare la sussistenza dei requisiti di invalidità civile, le modalità attuative e procedurali della riforma legislativa in tema di accertamento sanitario delle prestazioni assistenziali (art. 20 della legge 3 agosto 2009, n. 102) sono state fornite con la Determinazione del Commissario Straordinario INPS n. 189 del 20.10.2009 e diramate con la Circolare n. 131 del 28.12.2009.

Queste vertono essenzialmente su:

- **adozione del mezzo informatico** per ottenere un uniforme iter procedurale nella presentazione, trasmissione e gestione della domanda di prestazione assistenziale, caratterizzato da trasparenza, da celerità e da efficacia del procedimento.

In particolare, per quanto attiene alle modalità di presentazione della **domanda**, questa può essere presentata **telematicamente** non solo mediante gli Enti di Patronato, ma anche tramite le Associazioni di Categoria (ANMIC, UIC, ENS, ANFFAS) nonché dal cittadino stesso in possesso del PIN rilasciato dall'Istituto e/o da soggetti da lui autorizzati;

- **invio telematico del certificato medico introduttivo**.

Al riguardo, il cittadino che intende presentare domanda per il riconoscimento dello stato di invalidità civile, cecità civile, sordità, disabilità e handicap, deve recarsi presso un medico abilitato alla compilazione telematica del certificato medico introduttivo che attesti le infermità invalidanti. Completata l'acquisizione del certificato medico introduttivo, la procedura genera una ricevuta che il medico stesso provvede a stampare e consegnare al richiedente, con una numerazione specifica da riportare nella domanda, per l'abbinamento dei due documenti;

- **compilazione informatica dei verbali di accertamento** medico-legale effettuati presso le ASL.

Mentre per i primi due punti la gestione informatizzata dell'iter è giunta a pieno regime, tant'è che attualmente il **numero di medici certificatori** dotati di credenziali di accesso è pari a **60.166** (28 giugno 2012), per quanto attiene alla redazione dei verbali il mancato utilizzo della procedura telematica da parte di molte Commissioni ASL ostacola una più celere trattazione degli stessi, che vengono ancora trasmessi in forma cartacea.

La mancata o parziale adozione dello strumento telematico ha altresì comportato **ulteriori criticità** allorché una pluralità di Aziende ha deciso di seguire **modalità di calendarizzazione** diverse da quelle previste nella procedura fornita dall'INPS.

Al panorama sopra descritto si aggiunge la recente Legge 15 luglio 2011, n. 111, che elimina l'ostacolo normativo alla stipula di convenzioni per l'espletamento della fase accertativa sanitaria prevedendo che - così come nel 2000 fu fatto per la fase concessoria - le Regioni possono affidare all'INPS con tali modalità le funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari; su questo sono in corso incontri tra l'INPS ed alcune Regioni, quali: Lombardia, Veneto, Puglia, Campania, Sicilia che a tutt'oggi non hanno sortito esiti concreti.

b. Verifiche straordinarie

Per quanto riguarda le funzioni di revisione e di verifica dei requisiti sanitari alla base di prestazioni assistenziali, queste sono volte al giudizio sulla permanenza o sulla modificazione del substrato menomativo rilevato nel corso dell'originario accertamento.

Un'ulteriore distinzione deve essere attuata tra **revisioni** e **rettifiche**: le prime presuppongono un miglioramento o un peggioramento dell'invalidità per la verificazione di "sopravvenienze" e derivano da una diversa valutazione di una patologia esistente, ma in evoluzione nel tempo in entrambe le direzioni dell'ingravescenza e dell'attenuazione; le rettifiche, invece, si riferiscono ad una diversa

diagnosi o ad un errore nella determinazione dell'incidenza invalidante, ovvero all'ipotesi di inesistenza della patologia originariamente riconosciuta.

Criteri di selezione del campione delle Verifiche Straordinarie
Anno 2009

L'articolo 80 della legge n.133 del 6 agosto 2008 di conversione, con modificazioni, del DL 112/2008, ha previsto l'attuazione, dal 1° gennaio 2009 al 31 dicembre 2009 di un piano straordinario di 200.000 accertamenti di verifica (sanitaria e reddituale) nei confronti dei titolari di benefici economici di invalidità civile, cecità civile e sordità civile.

Le modalità di attuazione sono state determinate dal **DPCM del 29 gennaio 2009**, secondo i seguenti criteri selettivi:

1. l'incidenza territoriale, a livello sub-regionale, dei benefici concessi in rapporto alla popolazione residente, secondo tassi standardizzati per fasce d'età;
2. la recente dinamica territoriale degli andamenti nella concessione dei benefici per data di decorrenza degli stessi;
3. il tipo di prestazione, la sua onerosità e l'età dei beneficiari;
4. la distribuzione temporale delle revisioni in base alle scadenze programmate;
5. le evidenze risultanti dall'incrocio degli archivi informatici con la Motorizzazione Civile.

Il campione di verifiche ha, dunque, riguardato soggetti di età compresa tra i 18 ed i 78 anni, tratti dal casellario delle pensioni INPS al 4 novembre 2008, escludendo, in questa fase, i minori.

Sono stati inoltre esclusi i soggetti titolari di prestazioni sospese, gli invalidi inviati o da inviare a visita sanitaria di revisione rispettivamente dopo l'1.7.2007 o entro il 30.6.2010 ed i residenti nelle Province autonome di Trento, Bolzano e Aosta e, in seguito, anche i residenti nelle aree terremotate dell'Abruzzo.

Il campionamento si è basato sull'incidenza territoriale dei beneficiari di prestazioni rispetto alla popolazione residente nelle varie

province italiane e sulla dinamica territoriale delle nuove liquidazioni di trattamenti decorrenti dagli anni più recenti.

Il numero di posizioni interessate dal campionamento è stato superiore a quello indicato nella legge per la necessità di tenere conto di tutti gli scarti da effettuare in ordine a quelle situazioni che non sarebbero potute essere oggetto di verifica, con particolare riferimento a assistiti affetti dalle patologie di cui al DM 2.8.2007 che non sono sottoponibili a visite di revisione.

Al campione, elaborato secondo le direttive fissate dal "decreto" (400.000 posizioni), sono stati aggiunti - per utilizzare anche questo indice di valutazione per l'individuazione dei soggetti da sottoporre a verifiche - due sottoinsiemi costituiti da titolari di prestazioni per invalidità civile in attività lavorativa e, quindi, con contributi versati per lavoro dipendente e/o autonomo (n. 112.000 di cui 22.000 già presenti nel campione) e titolari di prestazioni per invalidità civile che riscuotono direttamente la prestazione (n. 277.000 di cui 50.000 già presenti nel campione).

Anni 2010 e 2011

Negli anni 2010 e 2011 le verifiche hanno interessato cittadini con in godimento prestazioni relative alle seguenti due tipologie:

1. indennità di accompagnamento in erogazione da oltre dieci anni alla data del 1° aprile 2007 in soggetti con età inferiore a 67 anni al momento dell'estrazione per la verifica.

Questo criterio ha consentito di escludere tutti quei soggetti le cui condizioni di gravità richiedono il ricovero presso residenze protette con retta a carico dello Stato, nonché tutte le situazioni legate a concessioni meno risalenti nel tempo e perciò già verificate dalle CMVP Inps.

Attraverso tale specifica tipologia si è raggiunto l'obiettivo di individuare situazioni patologiche su cui si sono innestati fattori prognostici favorevoli, in grado di modificare la storia naturale della malattia, non prevedibili al momento della valutazione medico legale che ha dato origine alla erogazione della prestazione, ma in grado di mutare radicalmente la valutazione stessa al momento della verifica.

2. esclusione da qualsiasi ulteriore e inutile verifica di tutti quei soggetti che, avendo in godimento l'indennità di accompagnamento, rientrano nei criteri stabiliti dal DM 2 agosto 2007, comunque accertabili con rigore medico legale - anche sugli atti - nel corso della verifica stessa;
3. assegno di invalidità in godimento con data di decorrenza collocata nei 5 anni antecedenti al 1° aprile 2007 in soggetti con età compresa fra 45 e 60 anni al momento della estrazione per la verifica.

Questo criterio ha consentito di escludere tutte le situazioni già verificate dalle CMVP Inps concentrando le verifiche su situazioni di invalidità riconosciute in un range di età lavorativamente produttiva (37 -52 anni).
Tali criteri sono stati individuati con l'obiettivo di consentire l'accertamento di situazioni conseguenti ad una eventuale precedente non rigorosa applicazione del criterio valutativo medico legale, tabellare o meno, in una fascia di età in cui fattori socio-economici potrebbero aver impropriamente influito sul giudizio medico legale di invalidità.

Si ricorda, altresì, il messaggio n. 6763/2011 con il quale l'Istituto, al fine di ovviare ai disservizi generati dal mancato collegamento telematico con una buona parte del sistema ASL, ha disposto una nuova procedura, comunicata alla Conferenza Stato Regioni, per la quale tutti i titolari di prestazioni economiche di invalidità civile, sordità civile, cecità civile, soggette a scadenza a partire dal mese di luglio 2011, sono stati chiamati dall'Istituto a visita diretta, prima della scadenza stessa, per essere sottoposti a verifica straordinaria per l'anno 2011.

Stante l'insufficiente trasmissione dei fascicoli medici da parte delle ASL riscontrata nel 2009 (**9%**), preliminarmente alle attività di verifica è stata inviata, ai soggetti interessati, una lettera raccomandata con invito a far pervenire al Centro Medico-Legale INPS la documentazione posseduta, utile per una preventiva valutazione dello stato invalidante, anche al fine di escludere, se possibile, l'accertamento medico diretto e per agevolare le operazioni di verifica.

Nel 2010 e nel 2011, le ASL hanno fatto pervenire un numero di fascicoli sanitari comunque esiguo, pari rispettivamente al 28% ed al 14%, contro il 72% ed il 60%, fatti pervenire all'Istituto dai cittadini.

Criteri di selezione del campione per l'anno 2012

Premesso che la scelta del campione tiene conto delle **disomogeneità regionali già riscontrate**, si ritiene che l'obiettivo principale per l'attività di verifica straordinaria nell'anno 2012 debba essere sempre più mirato, in relazione alle esperienze degli anni precedenti.

Obiettivo questo che richiede necessariamente, in una convergenza di finalità, l'apporto delle associazioni di volontariato e di categoria e di altre istituzioni con le quali individuare, nell'ambito di tavoli tecnici, **sinergie operative**.

Ciò premesso e fermo restando che **proseguirà la gestione delle revisioni a scadenza** con il meccanismo delle verifiche straordinarie,

avendo lo scopo di garantire tempestività all'accertamento e di evitare la sospensione, anche solo temporanea, dei benefici economici in godimento si ritiene opportuna la individuazione dei seguenti **criteri** di completamento del **campione**:

- convocazione prioritaria di quei soggetti per i quali la **revisione**, programmata anche da tempo, **non** sia stata **effettuata;**
- convocazione dei cittadini che godono di un beneficio economico in virtù di un verbale divenuto definitivo nel 2010 per **silenzio/assenso;**
- selezione, anche in sinergia con organismi pubblici interessati nella concessione di specifici benefici assistenziali (ad es. Aci, Motorizzazione Civile, Agenzia delle Entrate), di cittadini riconosciuti in condizione di ***handicap* con connotazione di gravità.**

Sarà, a titolo esemplificativo, possibile prevedere l'incrocio con i dati in possesso della Motorizzazione Civile relativi a soggetti di età superiore a 70 anni, titolari di patente di guida ovvero con i dati forniti dai Comuni sui beneficiari di permessi di sosta riservati agli invalidi o ancora con i dati forniti da ACI e Regioni per i soggetti esentati dal pagamento del bollo auto.

Si segnala, infine, l'adeguamento dei criteri di estrazione del campione ad ulteriori elementi, tesi all'individuazione di cittadini in costanza di **attività lavorativa** ovvero in grado di *riscuotere direttamente il beneficio economico.*

In ogni caso la distribuzione territoriale delle verifiche straordinarie non vincolate a particolari condizioni terrà conto delle ***aree geografiche nelle quali sino ad ora si sono rilevati i maggiori tassi di non conferma sanitaria rispetto alla media nazionale.***

La Senatrice Sbarbati, il Senatore Saccomanno e la Senatrice Biondelli hanno posto l'esigenza di una revisione e aggiornamento delle tabelle di Invalidità Civile e si è fatto riferimento anche a indicazioni dell'OMS.

Al fine di fornire i necessari chiarimenti va detto che con decreto 26 marzo 2010 del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, e successive modifiche, è stata istituita la Commissione per l'aggiornamento delle tabelle indicative delle percentuali d'invalidità civile già approvate con decreto 5 febbraio 1992, e successive modificazioni, in applicazione dell'articolo 20, comma 6, del D.L. n.78/2009, convertito dalla legge 102/2009, che recita: "Entro trenta giorni dall'entrata in vigore delle presenti disposizioni, è nominata dal Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze una Commissione con il compito di aggiornare le tabelle indicative delle percentuali dell'invalidità civile, già approvate con decreto del Ministro della Sanità del 5 febbraio 1992, e successive modificazioni. Dalla attuazione del presente comma non devono derivare oneri aggiuntivi per la finanza pubblica."

La Commissione, composta da due componenti istituzionali del Ministero della Salute, quattro esperti del Servizio Sanitario Nazionale, tre esperti designati dal Ministero Economia e Finanze, tre dall'INPS, due dalla Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni, si è avvalsa nell'espletamento dei lavori della consulenza degli specialisti indicati, per le varie branche, dalle principali società scientifiche a valenza nazionale.

I lavori si sono conclusi il 24 novembre 2011.

Per mandato di Legge, dunque, la Commissione è stata istituita unicamente con lo scopo di aggiornare le tabelle già esistenti in un contesto normativo immodificato che ha come riferimento la Legge 118/1971 e successive modifiche ed integrazioni.

Nessuna modifica dell'oggetto della tutela assistenziale è stata, dunque, possibile ad iniziativa della nominata Commissione, in assenza di un preciso dettato normativo che modificasse i riferimenti della Legge 118/1971 tuttora vigente.

Di conseguenza, in quest'ambito, la Classificazione Internazionale dell'OMS, l'ICF, definita come classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, non ha potuto trovare applicazione per l'attualità normativa di riferimento che non consente tout court la sostituzione con il modello **bio-psico-sociale**, coinvolgente tutti gli ambiti di intervento delle politiche pubbliche e, particolarmente, delle politiche di welfare, la salute, l'educazione ed il lavoro, della metodologia valutativa espressa dal D.Lgs. 509/1988, integrato dal D.Lgs. 124/1998 e circolare applicativa del ministero della Sanità DPV.4/H-FI/643 del 27

luglio 1998, in materia di valutazione dell'invalidità civile nelle persone ultrasessantacinquenni.

Pertanto, l'aggiornata tabella non può che continuare a far riferimento, secondo i criteri della normativa vigente (art. 1, comma 3 ed art. 2 comma 2 D.L. 23 novembre 1988, n. 509), all'incidenza delle infermità sulla capacità lavorativa esprimendo il pregiudizio percentuale che su di essa comporta ciascuna menomazione anatomo-funzionale.

Nel sistema tabellare tuttora vigente, un primo elemento critico insito nelle tabelle è sicuramente la loro vetustà legata alla pubblicazione ormai ultraventennale che non ha mai subito revisione alcuna, nonostante norme, mai abrogate, lo prevedessero esplicitamente (Art.2 L.18/1980).

E' quindi logica conseguenza che nella valutazione dei deficit funzionali, fondamentale perché su di essa si impernia la metodologia e la valutazione medico legale, il principale elemento di criticità è attualmente rappresentato dall'**anacronismo** sia negli accertamenti, sia nei parametri di riferimento. Altri elementi di criticità sono tuttavia presenti e non collegabili all'epoca di pubblicazione: la **carenza di oggettività** degli elementi diagnostici considerati e la **non omogeneità** del percorso valutativo.

A titolo esemplificativo basti citare i parametri presi in esame per la valutazione del grado di controllo metabolico del diabete mellito che viene definito sulla base di glicemie a digiuno e postprandiali, in una confusione di parametri di diagnosi con parametri di valutazione del controllo della malattia, ben noti anche all'epoca di pubblicazione delle tabelle. Quanto all'elemento soggettivo, in pieno contrasto con l'oggettività che il rigore medico legale invece richiede, è insito proprio nella scelta di elementi fondativi della valutazione funzionale di importanti patologie, quali le malattie cardiovascolari. Basti pensare alla scelta della classificazione NYHA nella graduazione funzionale delle patologie cardiovascolari, che, basandosi esclusivamente sulla presenza o meno di sintomi riferiti dal paziente, ha una valenza clinica, ma sicuramente non medico legale.

La prospettiva futura delle rinnovate tabelle è quella di **omogeneizzare** ed **oggettivare** la valutazione, coniugando il giudizio medico legale con il fatto biologico in termini di **appropriatezza.** Appropriatezza dell'accertamento che ricomprende in sé i criteri di efficacia ed efficienza che sono alla base di linee guida cliniche e di protocolli diagnostici condivisi che debbono entrare con forza nella prassi medico legale, sempre, in ogni valutazione, ma ancor più in ambito sociale.

Tre sono gli steep metodologici valutativi che debbono essere utilizzati e che possono essere sintetizzati in: valutazione clinico – strumentale, laddove l'obiettività della visita viene integrata dalla documentazione e dagli

accertamenti; valutazione anatomo funzionale della patologia che viene oggettivata sulla base dei rilievi effettuati; valutazione medico legale del grado di compromissione della capacità lavorativa così come definito nel settore assistenziale. Di fatto, è la stessa metodologia che viene attuata nella prassi clinica laddove è solo il terzo steep che diverge configurando il piano terapeutico in luogo della valutazione medico legale. Entra, quindi, a pieno titolo anche in ambito medico legale la Medicina Basata sull'Evidenza (EBM), metodologia di prassi comune nell'operatività clinica. Proprio perché indirizzata all'ambito sociale la medicina legale assistenziale deve obbedire a criteri di oggettività, ripetibilità, confrontabilità, riproducibilità, trasparenza che solo l'oggettiva definizione dei percorsi diagnostico-valutativi è in grado di assicurare. All'attuale mancanza di metodologie valutative omogenee, le prospettive future vogliono rispondere con la definizione puntuale, oggettiva, scientificamente condivisa, delle singole classi funzionali per tutti i gruppi di patologie considerati, sostituendo ai riferimenti esclusivamente prognostici, gli elementi di oggettività clinico - diagnostica e dando univoche definizioni valutative per le patologie che possono presentare complicanze d'organo od apparato.

Nelle nuove tabelle l'ampiamento dei gruppi di patologie considerati con inserimento per esempio dei gruppi delle malattie rare, delle malattie reumatiche, della patologia dermatologica, l'inserimento, nell'ambito dei gruppi di competenza, di patologie di frequentissimo riscontro ancorché dimenticate dal vigente sistema, l'annullamento o la drastica riduzione degli intervalli nella valutazione di classi funzionali sequenziali, uniti alla descrizione e valutazione di tutte le classi funzionali individuate per ciascuna patologia considerata, sono gli elementi sicuramente in grado di ridurre l'altrimenti obbligato ricorso al criterio analogico diretto ed indiretto.

Infine, l'adozione nelle nuove tabelle della codifica nosologica ICD9 CM (Classificazione Internazionale delle Malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, versione 9 con modificazioni cliniche, in uso per le schede di dimissione ospedaliera), in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 23 agosto 2004, n. 243 ("Norme in materia pensionistica e deleghe al Governo nel settore della previdenza pubblica, per il sostegno alla previdenza complementare e all'occupazione stabile e per il riordino degli enti di previdenza ed assistenza obbligatoria") contribuirà a fornire al Paese un quadro epidemiologico chiaro, completo ed omogeneo delle disabilità su tutto il territorio nazionale.

La definizione dei percorsi diagnostico - valutativi, l'annullamento della necessità di applicazione del criterio analogico diretto e la riduzione dell'indiretto, l'applicazione di metodologie valutative omogenee sono gli elementi d'innovazione prospettica che, con l'aggiornamento delle tabelle, vogliono contribuire ad un futuro di omogeneità e trasparenza valutativa.

La Senatrice Biondelli ha fatto riferimento alla SLA.

La sclerosi laterale amiotrofica (SLA, nota anche come malattia dei motoneuroni o malattia di Charcot o, infine, "Lou Gehrig's disease" nei paesi anglosassoni) è una drammatica malattia dell'età adulta - ad

eziologia incerta e a decorso progressivo - causata da una degenerazione del motoneurone spinale e/o di quello bulbare, oltre che delle vie corticospinali (piramidali), con insorgenza di rapida grave paralisi muscolare che priva in breve tempo le persone che ne risultano affette di ogni autonomia e con una sopravvivenza della metà a 3 anni e di solo il 20% a 5 anni. L'*exitus* si verifica molto spesso per complicanze respiratorie.
Epidemiologicamente, il quadro morboso mostra un'incidenza pari a 1-3 casi ogni 100.000 individui all'anno, venendo così inclusa nell'elenco delle malattie rare. In Italia alcuni studi stimano almeno in 3.500 i malati e si contano 1.000 nuovi casi all'anno. La formulazione della diagnosi avviene per la maggior parte dei casi fra i 60 e gli 80 anni, mentre è raro un riscontro al di sotto dei 40 anni. In un 5%-10% dei casi si rileva una condizione di ereditarietà. In termini funzionali la malattia insorge con un quadro di debolezza e di atrofia muscolare degli arti (con limitazione di ogni funzione motoria e della deambulazione), cui seguono presto un deficit della muscolatura bulbare (causa di grave disfagia e di disfonia) e respiratoria (con necessità di assistenza ventilatoria meccanica), nonché un ipertono piramidale con iperreflessia osteotendinea. Nell'ambito della SLA vengono distinte forme a esclusivo interessamento bulbare (paralisi bulbare progressiva, PBP, a prognosi particolarmente infausta, con primitivo coinvolgimento della deglutizione e della parola) e forme con interessamento del solo motoneurone spinale (atrofia muscolare progressiva, PMA, maggiormente benigna, con iniziale compromissione della forza e del tono delle mani).

Pur in assenza di una specifica voce tabellare tra quelle emanate con D.M. del 5.02.1992, la valutazione medico-legale della Sclerosi Laterale Amiotrofica nell'ambito dell'invalidità civile non appare complessa nella grande maggioranza dei casi, poiché la gravità della prognosi *quoad vitam* ed il severo danno motorio orientano il medico valutatore verso il riconoscimento della totale inabilità lavorativa, in analogia alla valutazione medico-legale dei tumori a prognosi certamente infausta, potendosi ipotizzare una valutazione diversa ed inferiore solo nelle primissime fasi della malattia o per forme di PMA particolarmente favorevoli o, infine, allorché la diagnosi non risulta ancora certa.

D'altro canto, nella maggior parte dei casi si riscontrano resto le condizioni previste dall'art. 1 della L. 18/1980 sia per la compromissione della funzione deambulatoria sia per il coinvolgimento di tutta la muscolatura che non solo rende impossibili gli atti quotidiani della vita, ma pregiudica anche le funzioni vitali (rendendo necessari trattamenti di supporto alla respirazione, all'alimentazione, etc...) e pertanto la valutazione è dettata da considerazioni sul decorso e sulla gravità della malattia che, tra tutte quelle presenti in ambito neurologico, appare quella maggiormente disabilitante.

Nel 2011, in ambito di verifiche ordinarie, su un totale di 375.320 verbali definiti telematicamente, i verbali con prima diagnosi di SLA sono

stati 490, pari allo 0,1% e la quasi totalità è risultata associata al riconoscimento di prestazioni econimiche ed all'applicazione del DM 2 agosto 2007.

Di questi, 432 (88%) sono stati definiti con riconoscimento del diritto sanitario a prestazioni economiche (0.2% del totale), e precisamente:

- 40 indennità di frequenza
- 31 indennità di accompagnamento nei minori
- 52 assegni di invalidità
- 45 pensioni di inabilità
- 122 pensioni con indennità di accompagnamento
- 142 indennità di accompagnamento in ultra-65enni.

Dei rimanenti 113 verbali, 112 sono stati accolti senza prestazione economica e 1 definito con giudizio di "non invalido".

Sempre la Senatrice Biondelli pone l'accento sulle nuove tabelle per i malati di HIV.

La Sindrome da Immunodeficienza Acquisita o Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) è una malattia del sistema immunitario umano causata dal virus dell'immunodeficienza umana (HIV). La quantificazione della conta linfocitaria CD4+ è un marcatore prognostico essenziale. La conta dei CD4+ rappresenta l'indicatore migliore di un rischio di sviluppare patologie AIDS correlate, più attendibile della determinazione di HIV-RNA in pazienti in trattamento con antiretrovirali.Allo stato attuale, attraverso il contributo della ricerca scientifica, si adottano piani terapeutici che consentono un netto miglioramento delle condizioni di vita. Infatti già dal 1995 la comunità scientifica propone la terapia HAART (terapia antiretrovirale altamente attiva) contro l'infezione da HIV alle persone sieropositive sulla base dei cosiddetti "valori" dei linfociti T CD4+ (cellule del sistema immunitario) e della carica virale (numero di copie per millilitro di sangue). La terapia è in genere composta da più farmaci antiretrovirali, che permettono di ridurre la carica virale e migliorare la situazione immunitaria contenendo sensibilmente le infezioni opportunistiche.

Dalle indicazioni delle tabelle delle percentuali di invalidità (ex DM 5.2.92) attualmente in vigore emergono tre riferimenti principali sotto il profilo valutativo:

- **codice 9333**, relativo alle condizioni di "immunodeficienza secondaria conclamata con evidenza di infezioni opportuniste o tumori correlati", con attribuzione di un valore percentuale (di fascia) di riduzione della capacità lavorativa compreso tra il 91 ed il 100%;

- **codice 9932**, relativo alle condizioni di "immunodeficienza secondaria asintomatica con linfociti CD4 + < 500/mmcc" con attribuzione di un valore percentuale (di fascia) di riduzione della capacità lavorativa compreso tra il 41 ed il 50%;

- **codice 9931**, relativo alle condizioni di "immunodeficienza secondaria asintomatica con linfociti CD4 + > 500/mmcc" con attribuzione di un valore percentuale fisso di riduzione della capacità lavorativa del 15%.

In sostanza la valutazione relativa alle predette classi si baserà da un lato sulla conta dei linfociti CD4+ e, dall'altro - secondo un criterio clinico - sulla presenza o meno di infezioni opportunistiche o tumori.

Nell'elaborazione della nuova "Tabella indicativa delle percentuali di invalidità per le menomazioni e le malattie invalidanti" la valutazione è stata impostata, invece, secondo la classificazione CDC di Atlanta che rappresenta, ad oggi, lo standard di riferimento mondiale.

Tale classificazione ha il vantaggio, infatti, di considerare unitariamente sia gli aspetti clinici sia quelli immunologici del paziente la cui situazione complessiva è dunque descritta in modo globale (*revisione 1993 del sistema di classificazione dell'infezione da HIV e dell'AIDS per adolescenti e adulti del CDC di Atlanta - Center for Disease Control and Prevention).*

Categorie suddivise per numero di linfociti CD4+	**(A) Infezione acuta da HIV, Infezione asintomatica, Linfopatia generalizzata progressiva**	**(B) Infezione sintomatica, condizioni non (A) - non (C)**	**(C) Condizioni indicative di AIDS**
> 500 mmc	A 1	B 1	C 1
200 - 499/mmc	A 2	B 2	C 2
< 200/mmc	A3	B 3	C 3

Condizioni cliniche HIV correlate B (esempi)	Condizioni cliniche HIV correlate C
Malattie che soddisfano almeno due dei seguenti criteri: Dovute all' infezione da HIV o indicative di un difetto dell' immunità cellulo-mediata. Con decorso clinico che può essere complicato da infezione da HIV. ESEMPI Angiomatosi bacillare Candidosi vulvo-vaginale Candidosi orofaringea Displasia moderata/ grave o carcinoma *in situ* della cervice Sintomi generali (febbre > 38,5°C o diarrea) da più di un mese Leucoplachia villosa orale Herpes Zoster almeno 2 episodi o più di 1 dermatomero Porpora trombocitopenica idiopatica Listeriosi Malattia infiammatoria pelvica (ascesso tubo-ovarico) Neuropatia periferica	Candidosi (trachea, bronchi, polmone, esofago) Carcinoma cervicale invasivo Istoplasmosi o Coccidiomicosi disseminata o extrapolmonare criptococcosi extrapolmonare Criptosporidiosi o isosporiasi intestinale cronica malattie CMV (escluso fegato, milza e linfonodi) Retinite da CMV con perdita della vista Encefalopatia HIV Ulcere croniche o bronchite, polmonite, esofagite da herpes simplex Kaposi linfoma immunoblastico di Burkitt linfoma cerebrale primario Infezione da mycobacterium avium complex o altre speci disseminato o extrapolmonare Infezione da Mycobacterium tubercolosis polmonare o extrapolmonare Polmonite da pneumocistis carinii Leucoencefalopatia multifocale progressiva Toxoplasmosi cerebrale Sepsi ricorrente da Salmonella Polmoniti ricorrenti Cachessia HIV

Al momento della valutazione lo stadio al quale fare riferimento deve risultare da accertamenti specialistici aggiornati (non oltre i sei mesi) questo in considerazione della possibilità, con gli attuali regimi terapeutici, di ottenere un recupero dell'immunocompetenza e la remissione clinica completa o parziale (e quindi una riclassificazione); inoltre la valutazione dovrà prevedere, di regola, revisioni biennali.

Sono esclusi da revisione i casi di stadio C con complicanze irreversibili, come toxoplasmosi del cervello, candidosi polmonare, sarcoma di Kaposi, dementia complex, cachessia da HIV.

Nella valutazione, ovviamente, occorrerà tenere in debito conto le complicanze croniche secondarie alle terapie.

L'intenso lavoro di aggiornamento ha portato quindi alla rivalutazione complessiva di questa patologia che ha dato luogo,a sua volta, all'inquadramento in ben 8 classi funzionali che possiamo ipotizzare si traduca nello schema allegato:

ICD9-CM	Classe Funzionale	Patologie ematologiche non neoplastiche CONDIZIONE CLINICA	Min.	Max	Fisso
042	1	INFEZIONE DA HIV STADIO A1 NON TRATTATO O DOPO TRATTAMENTO DI STADIO SUPERIORE	11	20	
042	2	INFEZIONE DA HIV STADIO A2 NON TRATTATO	21	30	
042	3	INFEZIONE DA HIV STADIO A2 IN TRATTAMENTO	31	40	
042	4	INFEZIONE DA HIV STADIO A3	41	50	
042	5	INFEZIONE DA HIV STADIO B1	51	60	
042	6	INFEZIONE DA HIV STADIO B2	61	73	
042	7	INFEZIONE DA HIV STADIO B3	74	99	
042	8	INFEZIONE DA HIV STADIO C1-3			100

Nel 2011, su un totale di verbali definiti pari a 375.320, i verbali con prima diagnosi di HIV sono stati 619, pari allo 0.2%.
Di questi, 506 (82%) sono stati definiti con riconoscimento del diritto sanitario a prestazioni economiche (0.2% del totale), e precisamente:

- 9 indennità di frequenza
- 225 assegni di invalidità
- 203 pensioni di inabilità
- 63 pensioni con indennità di accompagnamento
- 6 indennità di accompagnamento in ultra-65enni.

Dei rimanenti 123 verbali, 113 sono stati accolti senza prestazione economica e 10 definiti con giudizio di "non invalido".

La Senatrice Bianconi ha poi richiamato l'attenzione sull'Endometriosi.

Si stima che soffrono di endometriosi 14 milioni di donne nell'Unione Europea, 5,5 milioni nel Nord America e 150 milioni nel mondo (dati ONU).

Nel nostro Paese gli unici dati sono quelli indicati nel lavoro della XII Commissione Permanente Igiene e Sanità (Presidente Tomassini) "Indagine conoscitiva sul fenomeno dell'Endometriosi come malattia sociale" ove si sottolinea la mancanza di dati numerici nazionali sull'entità del "fenomeno endometriosi" citando comunque una stima del Census Bureau del 2004 che indica una prevalenza di 2.902.873 su una popolazione stimata di 58.057477 (cfr. XII Commissione Permanente Igiene e Sanità - seduta 308 del 18 gennaio 2006).

L'endometriosi, che è un disordine genetico poligenico multifattoriale, si caratterizza per la presenza di tessuto endometriale ectopico che determina una reazione infiammatoria cronica. La maggior parte dei foci endometriosici ha sede a livello pelvico (ovaie, peritoneo, legamenti uterosacrali, cavo del Douglas e setto retto-vaginale), mentre foci extrapelvici sono rari. La manifestazione della malattia varia da piccole lesioni a cisti endometriosiche, fibrosi ed aderenze di tale gravità da sovvertire l'apparato riproduttivo della donna.

La presenza anomala del tessuto che riveste la parete interna dell'utero, cioè l'endometrio, in altri organi provoca sanguinamenti interni, infiammazioni croniche e tessuto cicatriziale, aderenze ed infertilità. Ogni mese, sotto gli effetti degli ormoni del ciclo mestruale, il tessuto endometriale impiantato in sede anomala va incontro a sanguinamento, nello stesso modo in cui si verifica a carico dell'endometrio normalmente presente in utero. Tale sanguinamento comporta un'irritazione dei tessuti circostanti, che dà luogo alla formazione di tessuto cicatriziale e di aderenze.

Diagnosi: la diagnosi di certezza dell'endometriosi può essere formulata con esami non invasivi (RMN, visite ginecologiche, ricerca dei marcatori della malattia quali il CA-125 ed il Ca-19.9) ovvero in laparoscopia, utile anche per l'eventuale trattamento (asportazione del tessuto, vacuolizzazione e lisi delle aderenze).

Stadiazione: i parametri di stadiazione (dopo laparoscopia) sono rappresentati da dimensione, sede, obliterazione del cavo del Douglas, estensione e caratteristiche dell'aderenza.

Secondo la classificazione dell'American Fertility Society (AFS), oggi denominata American Society Reproductive Medicine (ASRM), vengono definiti:

1° stadio: malattia minima (punteggio tra 1 e 5 punti), endometriosi superficiale e aderenze sottili

2° stadio: malattia lieve (punteggio tra 6 e 15 punti), endometriosi superficiale e profonda, aderenze sottili

3° stadio: malattia moderata (punteggio tra 16 e 40 punti), endometriosi superficiale e profonda, aderenze sottili e tenaci.

4° stadio: malattia severa (punteggio > 40 punti), endometriosi profonda e superficiale, aderenze tenaci.

Le tabelle ministeriali del 1992 attualmente in uso non prevedono alcuna voce specifica di riferimento tanto che la valutazione non potrà che avvalersi di altre voci tabellari consimili secondo il criterio analogico.

Nell'elaborazione della nuova "Tabella indicativa delle percentuali di invalidità per le menomazioni e le malattie invalidanti", in riferimento all'apparato genitale femminile, per l'endometriosi localizzata è stata

presa in considerazione la classificazione della American Society for Reproductive Medicine (ASRM) che prevede quattro diversi stadi differenziati in base alla diffusione locale della malattia: stadio I o endometriosi minima, stadio II o endometriosi lieve, stadio III o endometriosi moderata, stadio IV o endometriosi severa o grave.

L'inquadramento di tale patologia nell'ambito dell'invalidità civile possiamo ipotizzare si traduca nel seguente schema:

ICD9-CM	Classe Funzionale	Apparato riproduttivo femminile CONDIZIONE CLINICA	Min.	Max	Fisso
617.0	1	ENDOMETRIOSI STADIO I E STADIO II			10
617.0	2	ENDOMETRIOSI STADIO III E STADIO IV	11	20	
617.0	3	ENDOMETRIOSI STADIO III E STADIO IV CON COMPLICANZE	21	30	

Si ribadisce il concetto che su tale patologia, in Italia, non sono disponibili allo stato dati epidemiologici su larga scala ma solo studi di settore indirizzati all'approfondimento della conoscenza specifica della malattia e ripresi dalle associazione di categoria.

Da segnalare, in ogni caso, la vigenza del Protocollo d' intesa tra il Ministero delle Pari Opportunità, l'INPS, l'INAIL e la Fondazione Italiana Endometriosi del 22.07.09, che all' art. 1 recita:

Art. 1

Il Ministro per le Pari Opportunità, l'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS), l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), l'Istituto per gli Affari Sociali (IAS) e la Fondazione Italia Endometriosi – di seguito denominati parti – si impegnano nella promozione di campagne di sensibilizzazione, informazione e comunicazione pubblica sulla tematica dell'endometriosi, attraverso lo sviluppo di iniziative ad hoc volte a divulgare informazioni relative alla patologia delle endometriosi. Iniziative queste, che potrebbero incentivare e consentire una corretta gestione del problema anche sui luoghi di lavoro ed in famiglia. Inoltre si impegnano a costituire un tavolo tecnico presso il Ministero per le Pari Opportunità per la verifica e la valutazione di strumenti normativo-istituzionali tesi a promuovere pratiche di sostegno alle donne affette da endometriosi o esposte a rischio di malattia.

Nel 2011, su un totale di verbali definiti in soggetti di sesso femminile pari a 211.130 (56% di tutti i verbali definiti informaticamente), quelli con prima diagnosi di endometriosi sono stati 33, pari allo 0,02%.

Di questi, i due terzi hanno comportato un giudizio invalidante utile al collocamento mirato, come auspicato dalla Senatrice *Bianconi.*

Infine la Senatrice Castiglione ritiene urgente applicare le nuove tabelle di invalidità auspicando che in esse sia ricompresa la malattia artrosica.

Ciò è confermato in riferimento, oltre al dato anatomico, soprattutto sul piano delle limitazioni funzionali.

La Senatrice Bianchi ha introdotto la questione della cooperazione con le Associazioni di Volontariato e di Categoria.

Nel vigente ordinamento giuridico le principali associazioni di categoria dei disabili che trovano il riconoscimento del proprio ruolo di rappresentanza legale e tutela dei diritti e degli interessi delle persone disabili sono: l'Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi Civili (ANMIC), l'Associazione Nazionale fra Lavoratori Mutilati e Invalidi del Lavoro (ANMIL, non titolata alla partecipazione alle commissioni di invalidità civile), l'Ente Nazionale Sordi (ENS), l'Unione Italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti (UICi) e l'Unione Nazionale Mutilati per Servizio (UNMS, non titolata alla partecipazione alle commissioni di invalidità civile).

Tale ruolo nel corso del tempo è stato confermato e rafforzato dalla indubbia rappresentatività di tali istituzioni, essendo il numero di iscritti ammontante complessivamente a circa cinque milioni di persone.

Inoltre queste svolgono la propria attività senza fine di lucro e in favore di tutti i soggetti disabili anche se non associati.

Il D.P.R. n. 616 del 24 luglio 1977 (Tabella B) le indica quali enti di interesse pubblico nazionale.

In particolare le associazioni menzionate sono enti morali aventi personalità giuridica di diritto privato, ai quali specifici provvedimenti di legge hanno espressamente riconosciuto la tutela e la rappresentanza legale delle rispettive categorie di disabili, ai sensi dei decreti presidenziali:

ANMIC D.P.R. del 23.12 1978
UICi D.P.R. del 23.12.1978
ENS D.P.R. del 31.03.19

e sono in possesso dei requisiti previsti dalla legge 30 marzo 2001, n. 152 in favore degli istituti di patronato e di assistenza sociale. Collaborano istituzionalmente con gli organi della pubblica amministrazione, partecipando attivamente alle loro funzioni, essendo stati inseriti i propri rappresentanti nelle commissioni mediche costituite presso le Asl e nelle commissioni mediche periferiche dipendenti dal Ministero dell'economia e delle finanze, con la legge 295/90. Successivamente la loro rappresentanza in seno alle commissioni valutatrici è stata confermata dall'art. 10. del D.L. n° 203 del 30 settembre 2005, convertito dalla L. 2 dicembre 2005 n°248 e dall' articolo 20, comma 1, del decreto legge 1 luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n° 102. Pertanto l'Istituto ha applicato prontamente il disposto legislativo con la circolare n. 131 del 2009 e con altre note ufficiali ha posto l'accento sulla necessaria presenza dei medici di categoria nelle proprie commissioni.

Nel medesimo contesto, con spirito di equità ed apprezzandone la rilevanza sociale ha esteso anche all' Associazione Nazionale famiglie di persone con disabilità intellettiva e/o relazionale (Anffas Onlus) quanto previsto dalla legge 2 dicembre 2005 n°248. Inoltre l' Istituto ha recepito la richiesta dell'Associazione Nazionale dei Mutilati e Invalidi Civili, dell'Unione italiana dei Ciechi e degli Ipovedenti e dell'Ente Nazionale per la protezione ed assistenza dei Sordi, di integrare le commissioni mediche INPS volte ad accertare la permanenza dei requisiti sanitari con medici di categoria, allo scopo di garantire la massima collegialità e trasparenza connessa all'attuazione dei programmi di verifica straordinaria.

Per fare ulteriore chiarezza sulla rilevanza dell'articolato legislativo che riguarda le sopracitate Associazioni si segnala che è stato riconosciuto loro dall'Istituto il diritto a disporre degli elenchi nominativi dei cittadini visitati presso le commissioni sanitarie deputate all'accertamento dei requisiti sanitari in questione. Tale disposizione trova conferma:

- nell'art. 6, comma 2, della legge n. 381/1970, che detta la disciplina della trasmissione in favore dell'ENS,
- nell'art. 11, comma 8, della legge n. 382/1970, in favore dell'UIC,
- nell'art. 8, comma 4, della legge n. 118/1971, in favore dell'ANMIC.

Le norme sopracitate - la cui vigenza è stata da ultimo confermata dall'art.24, ultimo comma, della legge 24 novembre 2010, n.183 - fissano l'obbligo di trasmissione in discorso, in capo alle Commissioni sanitarie provinciali, deputate all'accertamento dei requisiti sanitari dei soggetti interessati.

Peraltro, come si ricorderà, le funzioni di dette Commissioni, per quanto disposto dalla legge 15 ottobre 1990, n. 295, sono state poi attribuite alle Commissioni mediche delle Aziende sanitarie locali.

Inoltre, l'articolo 20, comma 1, del decreto legge 1 luglio 2009, n.° 78 convertito, con modificazioni dalla legge 3 agosto 2009 n. 102, nel riformare il sistema di accertamento dell'invalidità civile, ha ripartito tali competenze tra le Commissioni ASL e le Commissioni INPS, riservando una funzione generale di controllo alle Commissioni mediche INPS (Commissioni istituite presso le UOC/UOS medico-legali e Commissione Medica Superiore), per la definitività degli accertamenti. Le occasioni di incontro con le associazioni sopramenzionate sono state ovviamente numerose ed hanno raggiunto importanti momenti di sintesi, come la emanazione da parte della

Commissione Medica Superiore di una comunicazione che riconosceva, per i cittadini giudicati sordi ai sensi della leggi 381/1970, 508/1988 e 95/2006 la connotazione di gravità dello stato di handicap ai sensi dell'art 3 Comma 3 della L.104/92 e l'applicazione del D.M. 2 AGOSTO 2007 ove ritenuto possibile.

Giova ricordare che l'INPS per i sordi ha previsto il riconoscimento dell'Handicap Grave.

Il mondo associazionistico riveste una importante rilevanza sociale, anche quelle associazioni che non sono tutelate da una specifica legislazione, rappresentando un punto di riferimento per persone affette dai più svariati quadri morbosi.

E' una realtà estremamente variegata che si caratterizza per una molteplicità di identità, ovviamente influenzata dalle specifiche esigenze espresse dalle peculiarità delle diverse patologie di cui sono affetti gli associati. Tali associazioni possono essere ascritte al cosiddetto settore della "sanità non profit" .

E' caratterizzata dall'estrema varietà dimensionale delle organizzazioni: grandi associazioni private che si avvalgono di ospedali e strutture sanitarie altamente professionalizzate anche a scopo di ricerca, insieme a piccole e numerose organizzazioni con prevalenza di lavoro volontario, che offrono servizi di assistenza sanitaria e un servizio relazionale aggiuntivo come l'assistenza ai malati terminali, offrendo quindi una gamma di servizi socialmente utili a pazienti affetti dalle più disparate patologie.

L' INPS, tramite il Coordinamento Generale Medico Legale, avvertendo la rilevanza nell'ambito del welfare sociosanitario di queste realtà, ha creato un canale di comunicazione con tali associazioni.

Il risultato è stato quello di avere instaurato nel tempo dei solidi legami basati su di un intenso scambio progettuale e culturale, di cui se ne possono citare alcuni esempi.

- Collaborazione con AIMaC e F.A.V.O. (Associazione Italiana Malati di Cancro parenti e amici), (Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia) che ha visto l'Istituto come uno degli attori storici principali nella stesura dei vari rapporti sulla condizione assistenziale dei malati oncologici".

Tale pubblicazione annuale ha rivoluzionato la conoscenza in merito alle esigenze ed alle problematiche sociosanitarie del malato oncologico, divenendo un testo guida di rilevanza internazionale sul tema. A tal proposito si cita un passo tratto dalla prefazione del 4° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici (anno 2012): *"Il rapporto dà inoltre contezza dell'impegno profuso e dai risultati conseguiti dall'INPS, nei propri compiti istituzionali, su tre direttive fondamentali: celerità nei riconoscimenti e nell'erogazione dei benefici economici ed assistenziali per invalidità civile e handicap, grazie alla sempre più puntuale applicazione del flusso accelerato previsto dalla legge 80/2006 per le patologie neoplastiche; promozione di una crescente omogeneità e equità valutativa su tutto il territorio nazionale per le oncopatie, tramite l'attività capillare svolta in tal senso dalla Commissione Medica Superiore INPS...".*

- Collaborazione con AISM ONLUS-FISH (Associazione Italiana Sclerosi Multipla – Federazione Italiana Superamento Handicap) per il progetto "Linee guida per la valutazione medico-legale della disabilità nella sclerosi multipla". Il progetto in questione ha visto l'impegno dei medici I.N.P.S., con il coinvolgimento dei suoi specialisti e l'intera struttura AISM ONLUS, onde tracciare un nuovo e condiviso percorso valutativo sulla disabilità da sclerosi multipla, anche in relazione ai nuovi approcci diagnostici e terapeutici. Il progetto in questione è giunto alla stesura finale.
- Collaborazione con A.N.I.E.P.: (Associazione Nazionale Invalidi Esiti di Poliomielite ed altri Invalidi Civili), è stato inviato un comunicato congiunto a tutte le commissioni mediche INPS operanti sul territorio nazionale, in tema di approfondimenti riabilitativi e prognostici della Sindrome Post-Polio.
- Collaborazione con CoorDown (Coordinamento Nazionale Associazioni delle Persone con Sindrome di Down). Il risultato conseguito, grazie ai contatti continui tra l'Istituto ed i vertici di tale associazione, si è concretizzato nell'emanazione del messaggio n°031125 del 9.12.2010 a firma del Direttore Generale, con cui veniva accordato il riconoscimento nei soggetti affetti da S. di Down del diritto all'indennità di accompagnamento anche su base meramente documentale , così come anche l'applicazione del D.M.2 agosto 2007, onde non arrecare ulteriore disturbo ai cittadini in questione .
- Collaborazione fornita alla Fondazione Italiana Thalassemia "Leonardo Giambrone" per chiarimenti sugli aspetti valutativi in ambito assistenziale e previdenziale in merito ai soggetti affetti da Drepanocitosi.
- Collaborazione con A.I.P.D. (Associazione Italiana Persone Down), Associazione Trisomia 21, Autismo e futuro, A.n.a.n.a.s. Onlus (Associazione Nazionale Aiuto per la

Neurofibromatosi Amicizia e Solidarietà), A.IT.A.(Associazione Italiana Afasici), A.N.FIS.C. Onlus (Associazione Naz. Fibromialgia ed Encefalomielite Mialgica), F.I.E. (Fondazione Italiana Endometriosi), I.L.A. (Associazione Italiana Angiodisplasia ed Emangiomi Infantili), Cittadinanzattiva-CnAMC (Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici). E' opportuno segnalare che con Cittadinanzattiva-CnAMC vi è stato un serrato dibattito in merito ad alcune critiche mosse da tale associazione, e pur avendo gli Organi dell'Istituto fornito puntuali ed esaustive risposte, non si è potuto raggiungere un obiettivo di sintesi. Peraltro in ambito di invalidità civile ,la "customer satisfaction" dei cittadini è purtroppo influenzata da quella platea fisiologica di delusi che non vedono esaudite le loro personali aspettative, convinti che la loro condizione sia meritevole di un giudizio più favorevole. Tuttavia nello spirito di collaborazione che contraddistingue da sempre l'operato dell'I.N.PS., il Coordinamento Generale Medico Legale, in occasione della nomina dei nuovi vertici si è premurato di stabilire subito un incontro onde affrontare con rinnovato spirito propositivo le tematiche poste dalla sopramenzionata associazione.

Da quanto sopra esposto, si evince come l'impegno che l'Istituto profonde costantemente nei rapporti con il mondo associazionistico in un contesto di crescita scientifico-culturale condivisa, sia proteso ad una sempre maggiore attenzione alle esigenze ed alla risoluzione delle problematiche socio-assistenziali dei disabili.

Sempre la Senatrice Bianchi ha parlato dei pazienti oncologici, in particolare dei bambini affetti.

Ciò pone l'esigenza di una puntuale applicazione della Legge 80 del 2006.

Il comma 3-bis dell'art6 della Legge n.80/2006 recita:

"L'accertamento dell'invalidità civile ovvero dell'handicap, riguardante soggetti con patologie oncologiche, è effettuato dalle commissioni mediche di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, ovvero all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, ***entro quindici giorni dalla domanda*** *dell'interessato.* ***Gli esiti dell'accertamento hanno efficacia immediata*** *per il godimento dei benefici da essi derivanti, fatta salva la facoltà della commissione medica periferica di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 15 ottobre 1990, n. 295, di sospenderne gli effetti fino all'esito di ulteriori accertamenti".*

La Legge 80 ha trovato piena applicazione da parte dell'INPS.

Va tuttavia sottolineato che esiste una condizione previa concernente le ASL, che hanno l'obbligo, in base all'art. 6, comma 3-bis della stessa Legge, di effettuare l'accertamento dell'invalidità civile e/o dell'handicap entro quindici giorni dalla domanda dell'interessato e di provvedere alla tempestiva trasmissione all'INPS dei relativi verbali.

Per quanto riguarda poi il verbale provvisorio, ai fini della tempestiva erogazione dei benefici di cui alla legge 80/2006 deve essere reso dalle ASL immediatamente disponibile al termine dell'accertamento svolto dalla CMI.

Ai fini della liquidazione provvisoria, è idoneo a costituire con immediatezza e fino alla formulazione del giudizio definitivo INPS i requisiti sanitari per la prestazione richiesta.

Modalità operative proprie delle ASL che impediscano o ritardino la consegna del verbale provvisorio stesso non possono ovviamente essere imputati ad INPS.

L'esperienza maturata in questi due anni, insieme con i frequenti e proficui contatti con le Associazioni di Volontariato Oncologico, consente di segnalare alcuni punti relativi alla Legge 80/2006 che potrebbero essere migliorati, nella prassi oltre che per precipui aspetti legislativi.

Dal punto di vista pratico, occorre sottolineare come la conoscenza della Legge in oggetto non sia ancora diffusa in modo capillare, anche fra i medici di Medicina Generale, che spesso compilano i certificati introduttivi senza biffare l'apposito spazio previsto per segnalare che si tratta di un caso oncologico. Tale affermazione è sostenuta dal gap esistente fra le diagnosi di neoplasia nei verbali definiti e le richieste di applicazione della L.80 nei certificati introduttivi.

Per quanto riguarda la tempestività dell'accertamento, le ASL troppo spesso non effettuano la visita entro i 15 giorni previsti dalla L.80, ovvero non rilasciano immediatamente il verbale provvisorio.

Una possibile soluzione del problema potrebbe essere quella di coinvolgere direttamente l'INPS, che in caso di mancata convocazione a

visita entro i tempi di legge potrebbe essere chiamato ad effettuare direttamente l'accertamento di prima istanza attraverso una virtuosa **sussidiarietà.**

Appare altresì opportuno prevedere il riconoscimento **dell'Handicap grave ai minori affetti da patologie oncologiche**, seguendo nel tempo la storia della malattia.

Infine, la L.80/2006 ha previsto differenti agevolazioni in favore di diverse categorie di disabili, da un lato l'iter accelerato per i malati oncologici e dall'altro l'esonero da ogni ulteriore visita per l'accertamento della permanenza per i soggetti portatori di menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti che abbiano dato luogo al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione.

Le suddette agevolazioni hanno senza dubbio un denominatore comune, quello della gravità della menomazione.

Sembra logico pertanto proporre una interpretazione maggiormente integrata della L.80, che estenda l'iter accelerato previsto per le patologie oncologiche anche alle **patologie gravi** ivi citate, e successivamente individuate dal **DM 2 agosto 2007**, venendo così incontro a quanto sollecitato, es. per l'Ictus cerebri dalla Senatrice *Castiglione*.

Sempre la Senatrice Castiglione ha fatto poi riferimento alla "Commissione Centrale" che è proprio garante di quei soggetti che sono affetti da patologie croniche stabilizzate e conseguentemente dell'applicazione del DM del 2 agosto 2007.

Va detto che il ruolo della Commissione Medica Superiore si esplica, a partire dal gennaio del 2010, attraverso le funzioni medico legali attribuite dal Legislatore all'Istituto, oggetto di monitoraggio costante da parte del Coordinamento Generale Medico Legale, ha confermato una realtà già emersa dall'attività di verifica ordinaria e

straordinaria svolta da INPS nel corso degli anni precedenti: esiste nel nostro paese una ***geografia della tutela assistenziale profondamente disomogenea,*** frutto di valutazioni medico legali notevolmente difformi, a parità di patologia, non solo tra regione e regione ma talora anche tra provincia e provincia o tra ASL e ASL della medesima provincia.

Al solo fine di garantire una crescente equità e di eliminare abusi e privilegi, è stato quindi necessario introdurre nell'iter accertativo delle invalidità, un'ulteriore fase valutativa che garantisca a tutti i cittadini, a prescindere dal loro luogo di nascita o residenza, un giudizio medico legale improntato a criteri di legittimità e univocità. Tale compito è stato attribuito alla **Commissione Medica Superiore INPS** che riesamina e valida tutti i verbali nel rispetto del limite temporale, fissato dallo stesso Istituto, di 15 giorni, sempre nel limite massimo dei 60 giorni stabiliti per legge (Art.1, comma 7, L.295/90). E', pertanto, da *escludere qualsiasi significativa interferenza da parte della CMS con la celerità delle risposte ai cittadini.*

E' in capo alla CMS l'importante compito di omogeneizzazione delle corrette procedure valutative medicolegali sull'intero territorio nazionale, che indirizzino alla formulazione di un giudizio ancorato ad una solida criteriologia, tesa ad attestare efficacemente, in proiezione futura, la permanenza del quadro invalidante e la sua stabilizzazione, come stabilito dalle linee guida emanate dal Coordinamento Generale Medico Legale.

Un indicatore dell'operatività della Commissione Medica Superiore può essere rappresentato dalla **percentuale di Non Conferme** dei giudizi medico legali proposti dai Centri Medico Legali dell'INPS. L'obiettivo di rendere tale percentuale prossima allo zero non è stato ancora raggiunto, essendo la percentuale di Non Conferme della CMS attestata intorno al **3% nei Piani di Verifiche Straordinarie** 2010 e 2011 e a circa il **10% nelle Verifiche Ordinarie,** limitatamente al 2011 dato che la validazione da parte della CMS è intervenuta per queste ultime solo alla fine del 2010.

L'attività svolta dalla CMS risulta comunque di tutta evidenza allorché si considera la distribuzione regionale, e ancor di più provinciale, delle Non Conferme. In ambito di Verifiche Straordinarie, nel 2010 la percentuale di Non Conferme della CMS, a fronte di una media nazionale del 3%, ha raggiunto **picchi superiori al 10%** in diverse province (20% Ferrara, 17% Roma 4, 14% Teramo, 13% Potenza e Roma 3, 12% Gorizia). Nel 2011 invece, a fronte di una medesima media nazionale del 3%, si è avuto un picco superiore al 10% solamente a Brescia (11%). Ciò dimostra l'efficacia del ruolo svolto dalla CMS al fine di uniformare i giudizi medico legali dei CML sul territorio.

La Senatrice Biondelli ha posto l'attenzione sia sulla necessità di omogenizzazione valutativa sul territorio Nazionale, e su questo vale quanto detto a proposito della

Commissione Medica Superiore, e sulla partecipazione dei medici INPS alle Commissioni Mediche ASL.

In pratica, tale dettato normativo ha trovato numerosi ostacoli alla sua piena realizzazione.

I principali fattori che hanno impedito la piena partecipazione dei medici INPS alle CMI sono stati:

1. Elevato numero dei medici ASL impiegati nelle Commissioni di invalidità civile, sia dipendenti che libero-professionisti convenzionati; da un calcolo sommario tale numero ammonta ad oltre 5.000 medici;
2. elevato numero di Commissioni che conseguentemente operano sul territorio con capillare distribuzione territoriale;
3. numero ancor più elevato di sedute di tali Commissioni, tenute molto spesso in orario pomeridiano e comunque fuori dell'orario di servizio, motivo per il quale è spesso previsto un compenso aggiuntivo per i componenti, anche dipendenti ASL;
4. elevato numero di visite per seduta effettuate dalle Commissioni, con proporzionale riduzione dei tempi dell'accertamento. In base all'esperienza, non di rado l'accertamento medico legale presso le CMI si riduce ad una semplice acquisizione della documentazione sanitaria prodotta dal cittadino.

Si riporta a titolo esemplificativo la situazione dei due Regioni, l'Umbria ed il Veneto. In Umbria, il numero dei medici ASL partecipanti alle Commissioni Mediche Integrate è di 153, di cui 27 a Terni, tutti dipendenti, e 126 a Perugia, 101 dipendenti e circa 25 medici convenzionati. Tutta l'attività viene svolta fuori orario di servizio, salvo che in una ASL di Perugia. A fronte di questi dati, è bene sottolineare che in Umbria i Medici dipendenti INPS, che lavorano esclusivamente in orario di servizio, sono solo 10, 2 a Terni e 8 a Perugia, e nella loro attività vengono coadiuvati da 18 Medici convenzionati esterni. Sempre a titolo esemplificativo, nel Veneto la situazione è analoga. A fronte di 62 medici INPS (29 dipendenti e 33 convenzionati) le ASL impiegano per l'attività 640 medici di cui 423 dipendenti e 217 convenzionati che lavorano prevalentemente in orario pomeridiano ed al di fuori dell'orario di servizio, in 109 Commissioni per 375 sedute settimanali.

Il Senatore Saccomanno ed altri Colleghi hanno sottolineato l'importanza di un database informativo.

Ebbene, questo viene realizzato dall'INPS attraverso l'attuazione di un programma informatico di epidemiologia forense dell'assistenza.

Quanto sarà esposto viene incontro anche all'interessante considerazione della Senatrice Ghedini che pone molto opportunamente in rapporto le patologie invalidanti alle prestazioni concesse, respinte o revocate.

In ambito di Verifiche Straordinarie, già dal Piano 2009, l'INPS ha potuto costituire una prima banca dati epidemiologica, attraverso il pieno utilizzo del verbale informatico con obbligo di inserimento, accanto alla diagnosi, del relativo codice nosologico (ICD9-CM). Tale banca dati è stata progressivamente implementata dai Piani 2010, 2011 e 2012, comprendendo ad oggi oltre 600.000 diagnosi relative a cittadini titolari di prestazioni economiche di invalidità civile, cecità civile e sordità.

In ambito di Verifiche Ordinarie, la scelta del legislatore di affidare all'INPS, oltre alla gestione dell'iter amministrativo, anche il parere sanitario definitivo, intervenuta nel 2010, ha permesso una raccolta di dati epidemiologici imponente, la prima mai ottenuta in Italia sulla sussistenza di patologie invalidanti che possono determinare un intervento assistenziale.

Purtroppo, il progetto di istituire un vero e proprio **Osservatorio Epidemiologico dell'Assistenza** ha trovato numerosi ostacoli sulla sua strada. La richiesta di inserire il codice nosologico nel certificato introduttivo, al fine di realizzare una **Epidemiologia della Domanda**, ha trovato l'opposizione dei Medici di Medicina Generale.

Il progetto è allora stato limitato alla **Epidemiologia dell'Esito**, basata sulla compilazione informatica dei verbali di accertamento medico-legale effettuati presso le ASL. Purtroppo, anche qui l'obiettivo non è stato

raggiunto per la scarsa adesione delle ASL al progetto informatico dell'Istituto. L'INPS ha cercato di ovviare a tale mancanza attraverso la dematerializzazione di oltre il 25% dei verbali redatti dalle ASL in forma cartacea. Anche così, tuttavia, i verbali informatizzati sono circa i due terzi di quelli redatti dalle CMI per la sola invalidità civile (730.000 circa su 1.104.014), ed una quota ancora inferiore per le altre forme di disabilità assistenziale (cecità, sordità, handicap e collocamento mrato). Ciò ha comportato, fra l'altro, la rinuncia ad ogni possibilità di verificare l'indice di accoglimento per patologia, dato importante per una politica sanitaria mirata dell'assistenza e che viene continuamente richiesta all'INPS dalla diverse categorie e associazioni di disabili.

Fatte queste dovute premesse, è importante comunque far conoscere i risultati dello sforzo prodotto dall'Istituto, il cui spessore scientifico e rilievo sociale sono certamente di grande importanza.

Epidemiologia delle Verifiche Straordinarie

Piano di Verifiche Straordinarie 2010

L'indagine epidemiologica, condotta solamente sulla prima diagnosi, è stata effettuata su 89.411 verifiche straordinarie.

I **principali gruppi nosologici del campione** complessivo sono i disturbi psichici (39%), le malattie del Sistema nervoso e dei sensi (37%) e le malformazioni (9%).

La epidemiologia dei **DM applicati** (38.107) ricalca sostanzialmente quella del campione, con un numero di DM maggiore per i gruppi nosologici già ricordati sia come numero assoluto che in percentuale.

La epidemiologia delle **non conferme** (10.322) indica che il maggior numero assoluto appartiene ai disturbi psichici (2.898) e alle malattie del sistema nervoso (2.134). L'incidenza delle non conferme per singolo gruppo è tuttavia bassa per questi due gruppi nosologici, rispettivamente con l'8% ed il 7%. Molto più elevate sono le percentuali di non conferme dei tumori (44%), delle malattie gastroenteriche (40%), osteoarticolari (39%) cardiocircolatorie (38%) e genitourinarie (37%).

Viene di seguito riportato il quadro epidemiologico complessivo, prima in forma di tabella e poi in forma di grafico.

Apparato	CONFERME	% su totale delle conferme	% su singolo gruppo	NON CONFERME	% su totale delle non conferme	% su singolo gruppo	TOTALE	% su totale
SISTEMA NERVOSO E SENSI	30.451	39%	93%	2.134	21%	7%	32.585	36%
PSICHE	31.882	40%	92%	2.898	28%	8%	34.780	39%
TUMORI	1.152	1%	55%	938	9%	45%	2.090	2%
CARDIOCIRCOLATORIO	1.792	2%	62%	1.100	11%	38%	2.892	3%
OSTEOARTICOLARE	1.517	2%	61%	952	9%	39%	2.469	3%
MALFORMAZIONI	7.770	10%	96%	171	2%	2%	7.941	9%
ENDOCRINO	1.792	2%	68%	856	8%	32%	2.648	3%
DIGERENTE	497	1%	60%	331	3%	40%	828	1%
GENITOURINARIO	451	1%	63%	260	3%	37%	711	1%
RESPIRATORIO	480	1%	73%	177	2%	27%	657	1%
TRAUMATISMI	521	1%	81%	120	1%	19%	641	1%
MALATTIE INFETTIVE	582	1%	73%	210	2%	27%	792	1%
SANGUE	179	0%	52%	163	2%	48%	342	0%
CUTE	23	0%	66%	12	0%	34%	35	0%
Totale generale	78.089	100%	88%	10.322	100%	12%	88.411	100%

Piano di Verifiche Straordinarie 2011

In premessa occorre ricordare che il Campione del 2011 è composito, comprendendo anche le Revisioni in scadenza nel 2011. Queste ultime mostrano una epidemiologia particolare, con i tumori nettamente in testa per numero assoluto e percentuale di diagnosi. Ciò influenza la epidemiologia complessiva del campione 2011, con una crescita notevole in termini assoluti e in percentuale delle non conferme per tumore rispetto alle Verifiche Straordinarie del 2010.

L'indagine epidemiologica, condotta solamente sulla prima diagnosi, è stata effettuata su 145.355 verifiche straordinarie.

I **principali gruppi nosologici** del campione complessivo sono i disturbi psichici (29%) le malattie del Sistema nervoso e dei sensi (28%) e i tumori (14%).

La epidemiologia è stata indagata anche su **35.340 DM applicati**; essa ricalca solo in parte quella del campione, essendo stati riconosciuti nel 45% delle conferme per malattie neurologiche e nel 35% di quelle per disturbi psichici, ma solamente nel 2% delle conferme per tumori.

La epidemiologia delle **non conferme** (32.722) indica che il maggior numero assoluto appartiene ai tumori (11.880), seguiti dai disturbi psichici (5.821) e dalle malattie del sistema nervoso e dei sensi (4.324).
L'incidenza delle non conferme per singolo gruppo è molto elevata per i tumori (59%); seguono le malattie gastroenteriche (49%), le malattie cardiocircolatorie (40%) e quelle osteoarticolari (39%). I disturbi psichici si aggirano attorno al 14% di non conferme e le malattie del sistema nervoso intorno all'11%.

Viene di seguito riportato il quadro epidemiologico complessivo, prima in forma di tabella e poi in forma di grafico.

Apparato	CONFERME	% su totale delle conferme	% su singolo gruppo	NON CONFERME	% su totale delle non conferme	% su singolo gruppo	TOTALE	% su totale
PSICHE	36.793	33%	86%	5.821	18%	14%	42.614	29%
SISTEMA NERVOSO E SENSI	36.729	33%	89%	4.324	13%	11%	41.053	28%
TUMORI	8.311	7%	41%	11.880	36%	59%	20.191	14%
CARDIOCIRCOLATORIO	4.585	4%	60%	3.017	9%	40%	7.602	5%
OSTEOARTICOLARE	3.747	3%	63%	2.225	7%	37%	5.972	4%
MALFORMAZIONI	5.198	5%	93%	408	1%	7%	5.606	4%
ENDOCRINO	11.684	10%	85%	2.047	6%	15%	13.731	9%
DIGERENTE	1.007	1%	51%	950	3%	49%	1.957	1%
GENITOURINARIO	1.048	1%	65%	569	2%	35%	1.617	1%
RESPIRATORIO	1.192	1%	71%	496	2%	29%	1.688	1%
TRAUMATISMI	1.109	1%	78%	320	1%	22%	1.429	1%
MALATTIE INFETTIVE	959	1%	70%	406	1%	30%	1.365	1%
SANGUE	223	0%	53%	199	1%	47%	422	0%
CUTE	48	0%	62%	30	0%	38%	78	0%
Totale generale	112.633	100%	77%	32.722	100%	23%	145.355	100%

Epidemiologia delle Verifiche Ordinarie (2010+2011)

Sono state analizzate dal punto di vista epidemiologico 606.546 diagnosi su verbali CML (56% femmine e 44% maschi).

L'83% delle diagnosi è relativo a soli **cinque gruppi di patologie**, cioè nell'ordine: tumori 26%, disturbi psichici 19%, malattie del sistema nervoso e dei sensi 17%, malattie del sistema cardiocircolatorio 12%, malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo 10%.

Fra questi gruppi di patologie, l'incidenza complessiva per sesso si modifica leggermente (58% femmine, 42% maschi), mentre l'incidenza all'interno dei singoli gruppi indica una netta **prevalenza femminile** nelle malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo (72%).

I **dati epidemiologici regionali** risentono della diversa percentuale di telematizzazione, essendo poco attendibili laddove il numero dei verbali in procedura e quindi delle diagnosi analizzabili è insufficiente.

Prendendo in esame solo le regioni con più del 50% di telematizzazione, in riferimento ai cinque principali gruppi di patologie, l'incidenza più alta è in Calabria per i tumori (28%), in Friuli per i disturbi psichici (19%), in Sardegna per le malattie del sistema nervoso e dei sensi (20%), in Molise per la malattie cardiocircolatorie (17%) e di nuovo in Friuli per le malattie osteomuscolari e del connettivo (14%).

Prestazioni economiche di invalidità civile

Sono state analizzate dal punto di vista epidemiologico 245.091 diagnosi di verbali CML con diritto a prestazione economica.

L'**incidenza per sesso** è sostanzialmente simile a quella del totale dei verbali telematici (57% femmine, 43% maschi).

Anche i **gruppi di patologie con maggiore incidenza** sono gli stessi, ma con percentuali diverse, essendovi un incremento significativo per i tumori (31%) e per i disturbi psichici (25%) rispetto alle malattie cardiocircolatorie ed a quelle osteomuscolari.

L'analisi epidemiologica all'interno dei singoli gruppi evidenzia un'accentuazione della **prevalenza maschile** nelle prestazioni concesse per malattie del sistema cardiocircolatorio (55%) e della **prevalenza femminile** nelle malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo (74%).

Nelle regioni con più del 50% di telematizzazione, sempre in riferimento ai cinque principali gruppi di patologie, l'incidenza più alta è in Calabria (40%) e Campania (38%) per i tumori, in Friuli per i disturbi psichici (26%) e per le malattie del Sistema nervoso e dei sensi (21%), in Molise per la malattie cardiocircolatorie (9%) e di nuovo in Friuli per le malattie osteomuscolari e del connettivo (9%).

Analisi epidemiologica sui minori

E' stata condotta su 22.018 diagnosi di verbali CML con diritto a prestazione economica.

I **tre principali gruppi di patologie** sono i disturbi psichici (10.293 diagnosi, pari al 47%), le malattie del sistema nervoso e dei sensi (3.484, pari al 16%) e le malformazioni (2.061, pari al 9%).

La **quota parte** relativa ai minori sul totale delle diagnosi è particolarmente significativa per le malformazioni (69%) e per i disturbi psichici (17%).

I disturbi psichici sono diagnosticati nel 50% delle Indennità di Frequenza (8.624 diagnosi totali) e nel 35% delle Indennità di Accompagnamento (1.669 diagnosi totali). In queste ultime, aumentano per contro le diagnosi di malattie del sistema nervoso e dei sensi (1.061, pari al 23%) e di malformazioni (803, pari al 17%).

Analisi epidemiologica su età lavorativa

E' stata condotta su 107.152 diagnosi di verbali CML con diritto a prestazione economica.

Il **principale gruppo di patologie** è di gran lunga quello dei tumori (50.519 diagnosi, pari al 47%), seguito a distanza dai disturbi psichici (18.618, pari al 17%) e dalle malattie del Sistema nervoso e dei sensi (12.042, pari all'11%).

La **quota parte** relativa ai soggetti in età lavorativa sul totale delle diagnosi è particolarmente significativa proprio per i tumori (66%), ma anche per le malattie del digerente (71%) e dell'apparato genitourinario (58%).

Esiste naturalmente una **incidenza diversa per le diverse prestazioni**. I tumori costituiscono sempre la diagnosi principale: 63% di 40.305 Pensioni, 53% di 25.616 Pensioni con Indennità di Accompagnamento e 28% di 41.231 Assegni. I disturbi psichici incidono soprattutto sugli Assegni, rappresentando il 24% delle diagnosi. Le malattie del sistema nervoso e dei sensi crescono in incidenza nelle Pensioni con Indennità di Accompagnamento, raggiungendo il 19%.

Analisi epidemiologica su ultra-65enni

E' stata condotta su 115.921 diagnosi di verbali CML con diritto a prestazione economica.

I **tre principali gruppi di patologie** sono i disturbi psichici (32.450 diagnosi, pari al 28%), le malattie del sistema nervoso (28.293, pari al 24%) e i tumori (24.668, pari al 21%). Seguono le malattie cardiocircolatorie e quelle osteoarticolari con l'8%.

La **quota parte** relativa ai soggetti ultra-65enni sul totale delle diagnosi è particolarmente significativa per le malattie osteomuscolari (67%) e per le malattie del sistema nervoso e i traumatismi (64%).

Focus sulla indennità di accompagnamento

Sono state analizzate dal punto di vista epidemiologico 146.250 diagnosi di verbali CML con diritto alla Indennità di Accompagnamento.

L'**incidenza per sesso** è sostanzialmente simile a quella del totale dei verbali telematici e analoga a quella del totale delle prestazioni economiche (precisamente, nelle donne 57% e negli uomini 43%).

Anche i **gruppi di patologie con maggiore incidenza** sono gli stessi. Rispetto al totale delle prestazioni economiche tuttavia si nota una minore rilevanza dei tumori (che passano dal 31 al 27%), mentre i disturbi psichici (dal 25 al 26%) e le malattie del Sistema nervoso e dei sensi (dal 18 al 23%) hanno una prevalenza relativa nel determinare la necessità di un'assistenza continua per la deambulazione o gli atti quotidiani. Le malattie cardiocircolatorie (7%) e quelle osteomuscolari (6%) seguono a distanza.

L'analisi epidemiologica all'interno dei singoli gruppi evidenzia una **prevalenza maschile** nelle Indennità di Accompagnamento concesse per i tumori (33% maschi contro 22% femmine) ed una **prevalenza femminile** per i disturbi psichici (29% femmine contro 23% maschi) e per le malattie osteomuscolari (9% contro 3%).

Per quanto riguarda l'incidenza per fasce d'età, si rimanda al focus precedente.

Prendendo in esame solo le **regioni** con più del 50% di telematizzazione, in riferimento ai cinque principali gruppi di patologie, l'incidenza più alta è in Calabria (42%) e Campania (40%) per i tumori, in Molise (29%) e in Friuli (28%) per i disturbi psichici, sempre in Friuli per le malattie del sistema nervoso e dei sensi (27%), in Molise per la malattie cardiocircolatorie (10%) e di nuovo in Friuli per le malattie osteomuscolari e del connettivo (11%).