

ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI INPS



ANMI – Fe.M.E.P.A.

AUDIZIONE XI E XII COMMISSIONE SENATO, 10 LUGLIO 2012

BREVI NOTE RELATIVE ALL'INDAGINE CONOSCITIVA SULLE PROCEDURE DI ACCERTAMENTO DELLE MINORAZIONI CIVILI

L'Associazione Nazionale dei medici INPS reputa che l'intera materia delle Disabilità debba essere rivista, in quanto coacervo di istanze e necessità che si sono andate stratificando nel tempo e che oggi non dovrebbero più trovare logica applicativa; in tal senso, per esempio, depone la vetusta differenziazione per patologie specifiche (invalidità, cecità, sordità) senza realizzare un riferimento unico al Danno alla Salute, come da decenni proposto dalla Organizzazione Mondiale della Salute.

Altresì, non riteniamo, preliminarmente, che la “giusta” verifica dei presupposti clinici in tema di invalidità civile debba essere mediaticamente associata alla definizione di “caccia ai falsi invalidi”, ma debba essere considerata quale giusta tutela per gli stessi disabili, per le Associazioni che li rappresentano, e per le stesse “casce dello Stato”.

Esistono indubbiamente realtà particolari, consolidate nel tempo, che hanno prodotto sicuramente abusi di: richieste, certificazioni compiacenti, valutazioni imprecise e/o superficiali.

Non esistono prestazioni in tema di invalidità civile, Handicap e 68/99, e quant'altro, che non abbiano ricadute economiche; ovviamente alcune sono di tipo diretto (assegni, pensioni, indennità) altre indirette (protesi, ausili sanitari, giornate lavoro, etc ...).

Solo la completa informatizzazione di un sistema nazionale unico può permettere la comprensione del variegato mondo della disabilità, può consentire la trasparenza e l'omogeneità dei criteri accertativi nonché la formulazione di bilanci preventivi di spesa, locali, regionali e nazionali, attinenti alla realtà.

Il progetto normativamente assegnato ad INPS, e da questo avviato nel 2010, risulta coerente con tali prerogative e sarebbe risultato di particolare utilità qualora i diversi soggetti coinvolti avessero rispettato tale univoca impostazione procedurale informatica.

Peraltro, ciò avveniva su iniziale reiterato suggerimento della stragrande maggioranza delle forze politiche e sociali, nella previsione anche di quanto ipotizzato da anni, e mai realizzato, relativamente alla informatizzazione della scheda sanitaria con microchip del cittadino, nel quale si sarebbero dovuti inserire tutti i dati relativi ai ricoveri effettuati, alle cure od esami praticati (a partire da quanto prescritto dal medico curante). Ciò avrebbe potuto anche costituire una valida alternativa alla redazione del certificato medico on-line, che i cittadini sono costretti ad allegare alla domanda di invalidità ed a pagare con proprie risorse, oltre che un utile supporto al momento accertativo, sostitutivo del difficile trasferimento dei fascicoli sanitari cartacei.

Un tale sistema integrato, da utilizzare nel pieno rispetto dei dati sensibili del soggetto, avrebbe potuto produrre una snellezza dell'accertamento m-l anche in assenza del paziente stesso (riferimento, per esempio, al DM del 2 agosto del 2007).

Ciò sarebbe ancora possibile e pienamente praticabile!

E' certo, a nostro avviso, che l'informatizzazione deve essere unica, di livello nazionale, con accesso consentito a tutti gli utenti autorizzati che possono così conoscere in tempo reale le proprie realtà nosografiche e statistiche-economiche.

Riteniamo, in qualità di medici dell'ANMI-FEMEP, inseriti nel mondo scientifico e medico-legale, che si potrebbe considerare il sistema sinora adottato quale momento sperimentale di un perfezionamento procedurale da completare, non ulteriormente dilazionabile, che necessita, però, oramai del rispetto e dell'operatività di tutte le Parti interessate, senza ulteriore deroga ed accettazione da parte di nessuno.

Non si può ulteriormente permettere che il sistema, individuato per essere uno strumento operativo nazionale, possa essere destrutturato ed inficiato da singoli campanilismi aziendali o da inefficienze amministrative da parte di Asl e Regioni.

Tutto risulta ovviamente migliorabile e perfettibile, certamente non lo è la speciosità di alcune proposizioni e la non volontaria collaborazione da parte di alcune realtà amministrative.

Non tutte le Regioni sono informatizzate relativamente alle prestazioni medico-legali, alcune ASL non dialogano con quelle viciniori o con il loro stesso centro regionale. Basti considerare che, per quanto attiene al modello ASAN e al modello 68/99 (DPCM N. 91/2000), non esiste ancora oggi un modello unico accertativo eguale per tutte le ASL e per tutte le Regioni, anche in presenza della cogente normativa che li aveva definiti.

L'INPS ha introdotto campi informatizzati uguali per tutto il territorio nazionale, codificando inoltre le nosologie delle affezioni riscontrate.

In tal senso si deve sottolineare che sinora i dati statistici elaborati da ISTAT hanno risentito di tali carenze e che detto Istituto non ha potuto porre indicazioni precise, nell'incompletezza di dati nosologici attendibili, sul reale stato di salute dell'intera popolazione dei disabili e di tutti i cittadini.

INPS con alcune Regioni sta praticando la cosiddetta "Cooperazione applicativa", in ossequio alla volontà di alcune Regioni di utilizzare il proprio sistema informatico e mediare attraverso il passaggio di alcuni dati relativi

all'accertamento sanitario in maniera indiretta: tale integrazione di sistemi a nostro avviso, per come realizzato, non risulta particolarmente efficace e non produce quella efficienza e fluentezza della lavorazione medico-legale che il sistema nazionale potrebbe, viceversa, garantire.

Ove esiste l'informatizzazione diretta si promuove trasparenza del procedimento, accertamento omogeneo secondo linee metodologiche-operative unitarie, codificazioni nosologiche uniformi, oltre che l'elaborazione dei dati in tempo reale; senza contare che in caso di adozione delle nuove tabelle elaborate e/o di integrazione di altri sistemi valutativi più personalizzati, come l'ICF, un sistema nazionale prevede un solo aggiustamento informatico e non una miriade di singole modifiche da correlare poi con il sistema centrale.

La resistenza e la mancata collaborazione tra ASL ed INPS, viceversa, non ha prodotto quel circolo virtuoso ipotizzato nella elaborazione del progetto, ma sta creando problematiche soltanto utili a chi non vuole la trasparenza e la verifica continua dell'accertamento medico-legale e, ovviamente, dei benefici collegati.

Si devono anche ricordare al riguardo le pesanti ricadute economiche che la "Protesica" oggi produce, dovute anche alla diversa corresponsione economica che ASL eroga a fronte di uno stesso presidio terapeutico e della difficoltà di formulare in tal senso bilanci preventivi coerenti.

Per quanto attiene ai disagi oggi lamentati dai cittadini, alcuni di questi sono riconducibili a tre sostanziali fattispecie:

- 1) tempi lunghi per il ricevimento del verbale e per la corresponsione dei benefici economici
- 2) ripetizione dei controlli per verifiche straordinarie ed ordinarie

- 3) maggiore severità percepita dei criteri valutativi, che avrebbe prodotto eccessivo numero di revoche e contrazione di nuovi riconoscimenti.

Relativamente al I punto, l'attuale iter di valutazione risulta in parte farraginoso perché prevede un primo steep di validazione periferica attraverso la Commissione integrata, ove praticata, quindi, una successiva convalida da parte del Centro Medico Legale INPS competente per territorio ed, infine, una conferma definitiva di tipo Centrale (in parte periferizzata) dalla Commissione Medica Superiore.

Si ricorda che ove si deve procedere con la "dematerializzazione" dei verbali (scansione ed allegazione del verbale in procedura) i tempi si allungano e si producono inutili dispendi di risorse umane e materiali che potrebbero essere evitati con l'informatizzazione ASL in linea.

Va detto che, successivamente, dopo tale iter inizia il procedimento amministrativo che trasmette al Cittadino il verbale e realizza la fase concessoria.

L'ANMI, in tal senso, ritiene che l'intero processo dell'Invalidità debba essere ricondotto in INPS alla unitaria responsabilità del Dirigente medico INPS, come avviene in ASL e come avveniva in MEF, al fine di garantire una più attenta e tempestiva risposta al cittadino evitando, così, la disaggregazione tra diverse competenze ed interpretazioni "amministrative" di materia valutativa e procedurale di pertinenza medico-legale.

Per quanto al punto II, relativo alla ripetizione di visite accertative indubbiamente riteniamo non più opportuno un così ingente ricorso all'istituto della verifica straordinaria.

Ciò in quanto abbiamo riscontrato duplicità di convocazione degli invalidi, in sistemi non dialoganti ASL-INPS ed anche in INPS-INPS

(procedura INVER e Procedura INVCIV), in tempi immediatamente successivi e particolarmente ridotti.

Qualora fossero adottate, dal Parlamento e dal Governo, decisioni normative tassative attraverso le quali il sistema informatico INPS, seppur rivisto ed integrato sulle necessità delle diverse strutture ASL, Provinciali e Regionali, divenisse inderogabilmente l'unica procedura utilizzabile, senza ulteriori deroghe, indubbiamente si potrebbero realizzare immediatamente condizioni per ricondurre le Revisioni nel normale alveo accertativo, senza duplicazioni od altre disfunzionalità (impossibilità di valutare nuove patologie intercorse od aggravate).

La CMS, per nostra valutazione, dovrebbe rivestire competenze dissimili da quelle attuali, impostate sulla verifica di tutti i verbali provenienti dalla periferia. Potrebbe risultare maggiormente utile che la Commissione analizzasse, quale Osservatorio, gli scostamenti valutativi per patologia, percentualmente significativi, delle varie regioni rispetto alle medie nazionali, e delle singole ASL rispetto alle altre ASL o rispetto all'ambito regionale.

Ciò risulterebbe utile per gli stessi operatori (al fine di omogeneizzare la valutazione e la procedura accertativa), per le stesse realtà assistenziali che potrebbero analizzare il perché della particolare presenza in territorio di specifiche patologie (incidenza tumorale, psichiatrica, cardiovascolare, etc), per le indagini epidemiologiche, per la programmazione della spesa e di altre innumerevoli necessità sanitarie ed economiche.

Il III punto soffre di antecedenti valutazioni, invero di scarso interesse medico, e di disomogeneizzazione accertativa valutativa, basata, a volte, su autoreferenzialità diagnostica non suffragata da valida ed idonea documentazione probante. Peraltro, la metodologia informatica ha recepito

quanto la dottrina medica basata sulla Evidenza Scientifica e la criteriologia medico-legale da decenni propongono in tema di accertamento sanitario.

E' indubbio anche che le istanze sostenute dai vari associazionismi di categoria hanno trovato recepimento, con omogeneità valutativa nazionale.

Altra considerazione deve essere posta circa la percezione della qualità della visita accertativa da parte degli istanti.

In tal senso si deve far presente che a fronte della elevata qualità valutativa richiesta, sinora le ASL (ed anche l'INPS) hanno adottato incongrue (ed addensate) temporizzazioni per l'espletamento delle visite che, a volte, mal si conciliano con le esigenze di tempo indispensabili per analizzare fenomeni psico-biologici così complessi, quali quelli che ci viene richiesto di accertare e definire.

Riteniamo, infine, che debba essere ben evidenziato a queste Commissioni, al Parlamento, al Governo ed alle Parti Sociali che l'attuale sistema in tema di Disabilità sta producendo una maggiore equità valutativa che sarebbe improprio delegittimare; tale procedimento, seppure implementato e corretto attraverso anche i succinti e parziali suggerimenti precedentemente esposti, potrebbe essere efficace strumento utile al cittadino per il raggiungimento di servizi e benefici erogati con criteri di omogeneità ed equità, e per la possibile razionalizzazione in tema di spesa pubblica.

Il Presidente ANMI-FEMEP A

Dott. Francesco Ammaturo