



RELAZIONE SULL'ASSISTENZA

PREMESSA

L'accertamento dei requisiti medico-legali costituisce l'unica fase dell'intero processo dell'invalidità civile, a parte ovviamente la domanda, che vede ancora impegnati soggetti istituzionali diversi da INPS.

L'art. 20 della legge 3 agosto 2009, n. 102, infatti, ha stabilito che *"a decorrere dal 1° gennaio 2010 ai fini degli accertamenti sanitari di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità le commissioni mediche delle Aziende sanitarie locali sono integrate da un medico INPS quale componente effettivo"*, prevedendo altresì che *"in ogni caso l'accertamento definitivo è effettuato dall'INPS"*.

A) VERIFICHE ORDINARIE 2011

Le prestazioni economiche liquidate nel 2011 sono state circa 400.000.

Le nuove liquidazioni sono leggermente inferiori al 2010, ma le prestazioni vigenti sono comunque aumentate, come negli anni precedenti, di circa 40.000 unità.

In realtà il persistere di una prima fase di accertamento dislocata presso le ASL ha rallentato, in molte regioni, la piena applicazione della totale telematizzazione del processo progettata dal legislatore e messa in capo a INPS.

La telematizzazione ha, invece, trovato piena adesione da parte delle Associazioni di Categoria e dei Patronati che, con la loro attiva collaborazione, hanno reso possibile, in tempi brevi, l'inoltro in via informatica della totalità delle domande.



L'utilizzo del mezzo informatico da parte del cittadino, tra i tanti vantaggi che offre, assicura la garanzia di trasparenza, tracciabilità e celerità procedurale.

Peraltro la telematizzazione avviata dalla legge 102/2009 è stata introdotta dall'Inps con grande attenzione al problema del "digital divide". I cittadini che avessero problemi a connettersi con la piattaforma web dell'Istituto, potranno sempre essere mediati da soggetti terzi (le Associazioni di Categoria e i Patronati). In realtà i problemi di informatizzazione sono meno gravi di quanto si creda: il 25% di chi detiene e utilizza il Pin elettronico per accedere ai servizi online dell'Inps ha più di 65 anni. E infatti che qualcosa stia mutando nelle abitudini degli italiani si evince anche dall'aumento delle domande telematiche del 13% nel 2011 rispetto al 2010.

In relazione ai costi che i cittadini devono sostenere per il rilascio del certificato medico introduttivo, premesso che esso è richiesto per legge, la responsabilità non ricade su INPS ma sui medici libero-professionisti abilitati e sui possibili rapporti che essi intrattengono con le Istituzioni Sanitarie (SSN ecc.). D'altronde, la gratuità dei certificati medici introduttivi potrebbe essere introdotta da INPS nelle convenzioni da stipulare con le Regioni per l'espletamento dell'accertamento di prima istanza.

L'incompleta telematizzazione della fase ASL ha impedito sia l'immediata calendarizzazione delle visite (prevista dal programma INPS come contestuale alla domanda), sia la redazione del verbale in formato elettronico (*solo il 42% dei verbali*); presupposto, quest'ultimo, indispensabile per garantire tempestività al giudizio definitivo attribuito ad INPS e al successivo inoltro del verbale al cittadino.



E' a questo livello che va cercata la causa principale dell'aumento dei tempi di attesa, lamentata in alcune realtà locali, per il riconoscimento delle invalidità e disabilità in genere.

Al netto dei tempi ASL, il tempo sanitario INPS non supera per legge (L.295/80) i 60 giorni, comprensivi anche della verifica da parte della Commissione Medica Superiore.

In media, il tempo di definizione sanitaria INPS è stato nel 2011, per le domande presentate nell'anno, di 29 giorni per i verbali CMI telematici e 34 giorni per i verbali CMI cartacei. Il verbale viene poi inviato dall'INPS al cittadino nel tempo massimo di 11 giorni. Una volta completata da parte del cittadino la produzione della documentazione necessaria, il tempo amministrativo richiesto dall'UDP INPS per la liquidazione è al massimo di 45 giorni, come da Carta dei Servizi dell'Istituto.

Si è resa altresì necessaria la progettazione e l'applicazione di procedimenti di **dematerializzazione dei verbali ASL cartacei** (il 29% dei verbali in procedura sono verbali cartacei informatizzati da INPS).

Al 31 dicembre 2011 i verbali in procedura, complessivamente considerati, sono pari al 70% delle visite effettuate dalle CMI ASL.

Sotto il profilo strettamente medico legale, la non adozione della procedura informatizzata da parte di molte ASL ha comportato la **mancata temporizzazione delle visite**, programmata telematicamente in modo da garantire un intervallo adeguato tra visite successive, e la **mancata compilazione, obbligatoria nel verbale elettronico**, di campi indispensabili, quali l'esame clinico obiettivo e la codifica tabellare delle patologie.

Ciò ha consentito presso *molte Commissioni ASL*, che si ricorda operano perlopiù in orario extralavorativo, il perpetuarsi di



una consolidata prassi accertativa limitata, spesso, alla *sola presa visione degli atti*.

Da una rilevazione effettuata risulta che le Commissioni ASL sul territorio nazionale nel 2011 sono state circa 2000 con un numero di quasi 93mila sedute, per numero medio di accertamenti a seduta non superiore a 13.

Tale contesto ha di fatto *impedito* al componente INPS, che integra la Commissione ASL, di estendere anche a tale attività accertativa il modello operativo proprio dei Centri Medico Legali INPS, basato su un adeguato **esame obiettivo diretto** e sull'effettuazione di **accertamenti specialistici mirati**, al fine di garantirne la **massima oggettività del giudizio**.

Per tali ragioni si è determinata una situazione in cui è divenuto necessario concentrare l'impegno delle risorse professionali dell'Istituto nella seconda fase della valutazione medico legale, quella del giudizio definitivo che, come detto, in base all'art. 20 della Legge 102 deve essere effettuato in ogni caso dall'INPS.

Si spiega così come la partecipazione dei medici INPS alle sedute, si sia attestata nel 2011 al 46%.

Si spiega altresì il **ricorso**, peraltro ponderato, da parte dei nostri Centri Medico Legali alla **visita diretta**.

Ricordiamo che sussiste l'obbligo di legge di procedere a verifica da parte INPS (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 30/3/2007: "Attuazione dell'art. 10 del DL 30/9/2005 n. 203, convertito, con modificazioni, della Legge 2/12/2005, n. 248, concernente il trasferimento di competenze residue dal Ministero dell'Economia e delle Finanze all'INPS." Art. 20 Legge n. 102/2009). Non sussiste al contrario nessun obbligo di ulteriori accertamenti dopo la



visita della Commissione Medica Integrata ASL. Nell'anno 2011, l'INPS ha richiesto solo 99.118 visite dirette, pari ad appena il 6% di 1.574.717 verbali (informatizzati e cartacei) pervenuti dalle ASL, mantenendo sempre il pieno rispetto della dignità della persona che non è certo messa in discussione dai necessari controlli di legge.

A tal proposito, il Coordinamento Generale Medico Legale INPS, con proprie **linee guida**, ha opportunamente indicato le situazioni tali da escludere, di regola, la necessità dell'accertamento diretto: le patologie croniche e gravi, come quelle per le quali è previsto l'esonero da ulteriori revisioni ai sensi del DM 2 Agosto 2007; le patologie genetico-malformative validamente documentate; le patologie che abbiano dato luogo a interdizione o inserimento in strutture di lungodegenza; le patologie neoplastiche di comprovata gravità.

Le linee guida formulate da INPS hanno contenuti medicolegali pienamente coerenti con il dettato legislativo e con le indicazioni costantemente fornite dalla Giurisprudenza di legittimità. Concorrono alla omogeneizzazione delle corrette procedure valutative medicolegale sull'intero territorio nazionale e rappresentano uno strumento di tutela nei confronti di tutti i cittadini, indirizzando 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. In particolare, costituiscono una tutela per i cittadini affetti da gravi infermità, avendo anche elencato precisi criteri di esclusione dalla convocazione a visita diretta, ai sensi del DM 2 Agosto 2007. Nel 2011, i medici legali dell'INPS, in sede di verifica ordinaria, hanno escluso da qualsiasi ulteriore verifica oltre 120.000 cittadini. In sede di verifica straordinaria, dal 2009 al 2011, ne hanno esclusi in modo definitivo altri 142.804.



Si sottolinea che, per le patologie neoplastiche, trova **piena applicazione**, da parte INPS, quanto previsto dalla **Legge n.80/2006**, a condizione ovviamente che le ASL adempiano all'obbligo, loro attribuito dall'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 ad INPS dei relativi verbali.

Il verbale provvisorio, ai fini della tempestiva erogazione dei benefici di cui alla legge 80/2006, è immediatamente disponibile al termine dell'accertamento svolto dalla CMI ASL, essendo 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.

Si fa presente che le novità introdotte dalla Legge 102 nella procedura d'accertamento dell'invalidità civile hanno fatto salvo il limite temporale di 60 giorni, di cui all'art. 1, comma 7 della legge 295/1990, già previsto per l'attività della Commissione di Verifica e, oggi, per il giudizio definitivo INPS; sicché, trascorso tale periodo, il verbale ASL assume validità definitiva per "**silenzio-assenso**".

Va, inoltre, rilevato come l'espletamento, a partire da gennaio 2010, delle funzioni medico legali attribuite dal Legislatore all'Istituto, oggetto di monitoraggio costante da parte del Coordinamento Generale Medico Legale, abbia 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 di un limite temporale, fissato dallo stesso Istituto, in 15 giorni e quindi tale da *escludere qualsiasi significativa interferenza con la celerità delle risposte ai cittadini.*

Al 31 dicembre 2011 la CMS ha definito oltre 300.000 verbali, pari al **99%** del pervenuto, dimostrando il grado di efficienza della commissione e l'efficacia nel ruolo di omogeneizzazione dei giudizi sul territorio nazionale.

Alla CMS sono attribuiti anche altri compiti di grande rilevanza istituzionale, quali l'approfondimento critico di problematiche medico-legali, la consulenza e l'orientamento valutativo per i CML, i provvedimenti in autotutela, necessari a promuovere l'equità e l'omogeneità dei giudizi su tutto l'ambito nazionale.

Infine, per quanto riguarda la supposta assenza di risposta da parte dell'INPS alle richieste dei cittadini e delle Istituzioni, la Commissione Medica Superiore nel 2011 ha esaminato e definito oltre mille richieste di riesame e solleciti, emanando i relativi provvedimenti in autotutela; ha inoltre fornito tutte le specifiche tecniche richieste relative alle interrogazioni parlamentari giunte all'Istituto in materia di Invalidità Civile.



B) VERIFICHE ORDINARIE 2012: prospettive

L'attuale contesto economico lascia prevedere per il 2012 un crescente disagio sociale tale da prospettare un **incremento del numero delle domande**, in linea peraltro con l'andamento già registrato nel corso dell'anno 2011.

Inoltre, la **contrazione generalizzata dei redditi**, comporterà un incremento delle prestazioni erogate, risultando un maggior numero di cittadini, riconosciuti invalidi o inabili, al di sotto del limite reddituale di incompatibilità.

D'ausilio sarà senz'altro l'adozione di un **verbale unico** che, coerentemente con le linee programmatiche espresse dall'Autorità di Governo, fornisca in un solo documento informazioni utili alla gestione di una pluralità di benefici, compresi quelli inerenti ad agevolazioni fiscali.

Questo faciliterà il cittadino e ridurrà il tempo tra la domanda e la risposta nell'ottica di garantire *il processo di semplificazione, di efficienza ed affidabilità*.

Altro punto fondamentale sarà il potenziamento delle **sinergie** con quegli **organismi pubblici** coinvolti da specifici benefici assistenziali, come, per esempio, le Autorità scolastiche per quanto attiene la programmazione di verifiche ordinarie su dipendenti del MIUR o su loro familiari, e per la concessione dell'insegnante di sostegno; i Comitati tecnici presso i Centri provinciali per l'impiego per il collocamento protetto; l'Agenzia delle Entrate per i benefici fiscali discendenti dallo stato di handicap, di invalidità civile, di cecità o di sordità.



Non v'è dubbio che l'effettuazione diretta ed esclusiva dell'accertamento medico legale da parte di chi ha la responsabilità del giudizio finale, costituirebbe una razionalizzazione del procedimento e una notevole semplificazione per i cittadini.

In tal senso, peraltro, si è già espresso il Legislatore che, all'art. 18, comma 22 del decreto legislativo 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, ha disposto che le **Regioni**, anche in deroga alla normativa vigente, possano affidare all'Istituto Nazionale della Previdenza sociale, attraverso la **stipula di specifiche convenzioni**, le funzioni relative all'accertamento dei requisiti sanitari per il riconoscimento dell'invalidità civile, della cecità civile, della sordità, dell'handicap e della disabilità.

La priorità dell'Istituto, sia laddove si pervenga all'auspicata riunificazione dell'accertamento, sia che si debba proseguire secondo l'attuale modello procedurale, resta comunque quella di vincolare l'erogazione di ogni beneficio assistenziale ad un adeguato accertamento del diritto.

A tal fine, oltre ad una impostazione medico legale, consueta per i medici INPS, basata sull'esame clinico-obiettivo diretto e su affidabili accertamenti specialistici, un importante contributo potrà essere costituito dalla promulgazione delle **nuove tabelle valutative** (già elaborate dalla competente commissione ministeriale), che si auspica possano limitare al minimo la soggettività valutativa in virtù di una maggior completezza ed aderenza all'attualità clinica.

In quest'opera di promozione del diritto e della legittimità l'INPS ricercherà, ancor più che in passato, la **cooperazione**, a tutti i livelli, con le **Associazioni di Volontariato, di Categoria e con i Patronati**, per il contributo che solo essi possono dare nell'individuazione dei reali bisogni dei cittadini disabili.



Con il medesimo obiettivo, l'INPS ricercherà **sinergie** con tutti quegli **Enti** che, per compiti istituzionali, *emettano provvedimenti o erogino benefici connessi al riconoscimento delle disabilità.*

I dati in possesso di tali Enti (relativi, ad esempio, ai titolari di patente di guida già riconosciuti invalidi, ai beneficiari di esenzione dal bollo auto e/o di riduzione dell'IVA per l'acquisto di autovetture), opportunamente incrociati con quelli a disposizione dell'Istituto, possono oltretutto costituire un'utile guida all'attività di verifica straordinaria che il Legislatore ha posto in capo ad INPS anche per il 2012, garantendo una selezione più mirata del campione da esaminare e quindi una riduzione del disagio arrecato ai cittadini legittimamente riconosciuti disabili, come giustamente auspicato dalle medesime Associazioni di Categoria.

C) VERIFICHE STRAORDINARIE 2011

Nelle azioni di verifica straordinaria uno strumento fondamentale è stato il DM 2/08/2007, che è intervenuto a sanare una situazione di grave disagio per gli invalidi civili più gravi, quelli cioè titolari di indennità di accompagnamento per malattie o patologie effettivamente inemendabili e non suscettibili di miglioramento nel tempo. Tale situazione, perdurante da anni, pesa tuttora sul campione di cittadini invalidi civili selezionati per essere sottoposti a verifica straordinaria.

In particolare, nel Piano di Verifiche Straordinarie 2010, su un campione di circa 100.000 soggetti, sono stati applicati circa 38.000 DM (38%). Analogamente, nel Piano di Verifiche Straordinarie 2011, su 160.000 verifiche definite al 31 dicembre, delle 250.000 previste, sono stati applicati circa 37.000 DM (23%).



D) VERIFICHE STRAORDINARIE 2012: prospettive

Per l'anno 2012 l'INPS è stato incaricato del piano di verifiche straordinarie relativo a ulteriori 250.000 benefici assistenziali.

Premesso che la **scelta del campione** dovrà tener conto delle **disomogeneità regionali già riscontrate**, si ritiene che l'obiettivo principale per l'attività di verifica straordinaria nell'anno 2012 debba essere il contrasto di privilegi ed illegalità.

Obiettivo questo che richiederà 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**.

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

E) CONTENZIOSO GIUDIZIARIO MEDICO LEGALE

L'andamento del contenzioso giudiziario in materia d'invalidità civile, che ha segnato una **significativa riduzione della soccombenza INPS** successivamente all'entrata in vigore della Legge 102/2009, sembra dare ragione ai criteri di valutazione adottati dall'Istituto.

Relativamente all'alto numero di ricorsi presentati dai cittadini dinanzi al giudice ed all'elevata percentuale di accoglimenti, si precisa che nel settore dell'invalidità civile il



contenzioso, in ambito medico legale, ha una soccombenza, da parte dell'Istituto, in continuo decremento: dal 51% nel 2009, al 46% nel 2010, al 39% nel 2011.

I primi dati sul Contenzioso giudiziario nei casi di revoca evidenziano una soccombenza lievemente superiore, pari al 45%, del tutto fisiologica. In tale contesto giudiziario non può non rilevare, oltre al quadro biologico menomativo, la qualità del CTU.

Un'ulteriore verifica verrà dall'andamento del contenzioso giudiziario nel prossimo futuro tenendo conto che, a far data dal 1° gennaio 2012, il Legislatore ha previsto, con l'introduzione dell'art. 445-bis del codice di procedura civile, che nelle controversie in materia assistenziale e previdenziale INPS debba essere necessariamente esperito **l'Accertamento Tecnico Preventivo (ATP)** di cui all'art. 696-bis del cpc.

F) CONCLUSIONI

In conclusione, in relazione all'adeguamento dei criteri di intervento istituzionale sopra illustrati, si ritiene che il processo d'innovazione porterà nell'anno 2012 a risultati non confrontabili con quelli conseguiti nell'anno precedente.

La questione centrale sarà la verifica dei presupposti sanitari per le persone affette da malattie cronico-degenerative.

Ciò che rileva ai fini della valutazione medico legale in oggetto è la **minorazione**; sia che essa risulti secondaria ad esiti permanenti e stabilizzati di patologie pregresse, sia che si configuri come corteo funzionale connesso a patologie croniche ed evolutive.

Per i cittadini in età lavorativa, **18-65 anni**, la valutazione non può che essere quella deducibile, in via diretta o analogica,



dalle **tabelle vigenti** e corrispondente alla **menomazione funzionale attuale**.

Per i **minori di anni 18** e per i cittadini **ultrasessantacinquenni**, per i quali non trovano applicazione le previsioni tabellari, riferite com'è noto alla riduzione della capacità lavorativa generica, l'accertamento della condizione di invalido civile viene effettuato valutandone le **difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri dell'età**.

Si sottolinea che l'Istituto, in materia di malattie cronicodegenerative, ha dato **piena applicazione** a quanto previsto dal **D.M. (Ministero Economia e finanze) 2 agosto 2007**, in base al quale i soggetti portatori di menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti, opportunamente documentate, che abbiano dato luogo al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o di comunicazione, sono **esonerati da ogni visita medica** finalizzata all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap.

L'attività svolta in tal senso dai medici INPS, sia in verifica ordinaria che straordinaria, ha condotto, nel solo anno **2011**, ad **escludere da ogni ulteriore accertamento** ben **157.222 disabili**.

Inoltre, per cittadini riconosciuti **sordi** ai sensi delle Leggi 381/1970, 508/1980 e 95/2006 l'**Istituto** ha ritenuto che tale minorazione debba considerarsi di per sé idonea a ridurre l'autonomia personale in misura tale da perfezionare il diritto al riconoscimento della condizione di **handicap con connotazione di gravità**, a norma dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/1992.

Per l'accertamento della **cecità civile**, particolarmente delicato sotto il profilo medico legale, l'**Istituto** ha trovato un *interlocutore attento e propositivo nell'Unione Italiana Ciechi*.



In tema di **indennità di accompagnamento**, il Coordinamento Medico Legale Generale INPS ha affrontato la materia con proprie **linee guida** cercando di fornire indicazioni operative che, coerenti con la norma di legge, garantiscano l'omogeneità dei giudizi e il superamento delle difformità interpretative introdotte anche dalla copiosa e non sempre univoca giurisprudenza.

G) PROSPETTIVE

Come noto, l'INPS ha l'obiettivo di concludere l'intero iter amministrativo e sanitario, dalla domanda all'invio del verbale definitivo al cittadino, entro **120 giorni**.

Ovviamente, la realizzazione di tale obiettivo non può prescindere dalla collaborazione degli altri attori istituzionali coinvolti, che dovrebbe tradursi nel pieno utilizzo della telematizzazione, attualmente raggiunto solo per quel che concerne la presentazione della domanda all'INPS.

La completa informatizzazione del processo è un obiettivo primario in relazione non solo ai tempi di definizione della domanda ma anche alla **omogeneizzazione del giudizio medico legale** sul territorio.



E' questo uno degli scopi della **Commissione Medica Superiore**, il cui intervento è utile ed efficace allorché si sviluppa in tempo reale (al massimo entro 15 giorni dei 60 fissati dalla legge per il silenzio-assenso, secondo quanto disposto dal Direttore generale), il che può avvenire solo attraverso la informatizzazione di tutti i verbali di visita medico legale.

Per tale motivo, come già ricordato, si è resa necessaria la progettazione e l'applicazione di procedimenti di dematerializzazione dei verbali ASL cartacei ad opera dei Centri Medico Legali dell'Istituto, con appesantimento burocratico e cronologico dell'intero processo.

Ancora, l'informatizzazione completa anche della Invalidità Civile consentirebbe all'INPS di confermarsi al centro del **Sistema di Sicurezza Sociale**, gestendo una serie di banche dati epidemiologiche, informatizzate, che afferiscono ad una popolazione costituita da tutti i cittadini, assicurati e non, che, a causa di una qualsivoglia patologia, abbiano presentato una domanda d'invalidità/inabilità previdenziale e/o assistenziale oppure abbiano presentato un certificato di malattia per incapacità temporanea al lavoro.

Con una platea così ampia e sfaccettata, che ha travalicato i limitati confini del precedente universo degli assicurati, l'Istituto sarebbe attualmente in grado di fornire al paese un **servizio epidemiologico nazionale e territoriale** che non ha precedenti.



L'Istituto, proprio per la sua valenza nazionale, diventerebbe un punto di osservazione della distribuzione e dell'andamento delle patologie nella popolazione che non ha eguali sul territorio, territorio che attualmente è, invece, in grado di gestire per lo più in modo frammentato le proprie conoscenze.

L'Istituto, pertanto, sarebbe in grado di istituire un **Osservatorio Epidemiologico Nazionale**, di gestire e mettere a disposizione delle istituzioni pubbliche del paese, coinvolte nella gestione dei servizi socio-sanitari, i dati nosologici derivanti dalle attività istituzionali medico legali in ambito previdenziale ed assistenziale, utili anche ai fini di un'analisi oggettiva dell'adeguatezza e dell'efficacia delle prestazioni e dei servizi sanitari territoriali, dei bisogni assistenziali, della domanda e dell'offerta in materia di sanità pubblica; con finalità, quindi, che coinvolgono globalmente la sfera socio-sanitaria nei suoi **aspetti terapeutici, preventivi, sociali, economici ed amministrativi**, assumendo un'importanza fondamentale a supporto delle decisioni di **politica sanitaria**.

Infine, occorre ricordare che a partire dal 2012 i medici dell'Istituto saranno impegnati ad assicurare una efficace tutela dei diritti dell'Istituto nell'ambito del nuovo procedimento giudiziario dell'Accertamento Tecnico Preventivo Obbligatorio, istituito con il decreto legge 6 luglio 2011 n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011 n. 111, che ha introdotto l'art. 445 bis del codice di procedura civile.

E' già in atto una implementazione della procedura COGISAN relativamente alla gestione informatica dell'attività



medico-legale di contenzioso giudiziario per ATPO, che consentirà il monitoraggio in tempo reale del contenzioso di ATPO e quindi darà la possibilità di disporre azioni organizzative correttive per la soluzione di eventuali criticità territoriali e di valutare in tempo reale gli effetti della introduzione della nuova procedura sull'andamento complessivo del contenzioso giudiziario in Invalità civile.

In conclusione, le considerazioni che precedono sono un contributo al miglioramento del riconoscimento dei diritti al fine di coniugare la menomazione dell'integrità psico-fisica al sistema di tutela vigente.

H) CONSIDERAZIONI MEDICO LEGALI

Va premesso che in Italia l'attuale quadro delle disabilità configura almeno 11 principali e differenti categorie di disabili che possono essere sintetizzate come di seguito



CATEGORIE	Disabilità Media	Disabilità Grave	Non autosufficienza
Invalidi civili di età compresa tra 18 e 65 anni	Invalidi 67→99% (D.Lgs. 509/88)	Inabili totali (L. 118/71 - artt. 2 e 12)	Cittadini di età compresa tra 18 e 65 anni con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88 - art. 1, comma 2, lettera b)
Invalidi civili minori di età	Minori di età con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età (art. 2 L. 118/71 diritto all'indennità di frequenza)		Minori di età con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88 - art. 1)
Invalidi civili ultrasessantacinquenni	Ultrasessantacinquenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età, invalidi 67→99% (D.Lgs. 124/98, art. 5, comma 7)	Ultrasessantacinquenni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni propri della loro età, inabili 100% (D.Lgs. 124/98, art. 5, comma 7)	Cittadini ultrasessantacinquenni con diritto all'indennità di accompagnamento (L. 508/88 - art. 1, comma 2, lettera b)
Ciechi civili		Ciechi civili parziali (L. 382/70 - L. 508/88 - L. 138/2001)	Ciechi civili assoluti (L. 382/70 - L. 508/88 - L. 138/2001)
Sordi	Sordi prelinguali (L. 381/70, L. 508/88, L. 95/2006)		
Handicap e voci di cui all'art. 4 L.35/2012	Art. 4 L.138/2001	Art.3 comma 3 L.104/92 Soggetti con disabilità sensoriale di cui all'art.50 L.342/200	
L.68/99			
INPS	Invalidi (L. 222/84 - artt. 1 e 6) Invalidità (D.Lgs. 503/92 - art. 1, comma 8)	Inabili (L. 222/84 - artt. 2 e 6)	Inabili con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa (L. 222/84 - art. 5)
INAIL	Invalidi sul lavoro 50→79% (DPR 1124/65 - D.Lgs 38/2000 - DM 12/7/2000)	Invalidi sul lavoro 80→100% (DPR 1124/65 - D.Lgs 38/2000 - DM 12/7/2000)	Invalidi sul lavoro con diritto all'assegno per l'assistenza personale e continuativa (DPR 1124/65 - art. 66)
INPS gestione ex INPDAP	Inabili alle mansioni (L. 379/55 e DPR 73/92)	Inabili (L. 335/95 - art. 2)	
Trattamenti di privilegio ordinari e di guerra	Invalidi con minorazioni globalmente ascritte alla terza ed alla seconda categoria Tab. A DPR 834/81 (71→80%)	Invalidi con minorazioni globalmente ascritte alla prima categoria Tab. A DPR 834/81 (81→100%)	Invalidi con diritto all'assegno di superinvalidità (tabella E allegata al DPR 834/81)



Nella diversità normativa e di requisiti sanitari diviene di fondamentale importanza almeno la ricerca e l'applicazione di un unico denominatore comune. Questo non può che essere rappresentato dal metodo medico legale unitario ed oggettivo. Nell'espletamento dell'attività medico legale è basilare la **coniugazione fra giudizio medico legale e fatto biologico** in termini di **appropriatezza**, in modo che l'intervento medico, nel contesto sanitario in cui si colloca, sia adeguato ai criteri di efficacia, sicurezza ed efficienza.

In senso stretto, l'appropriatezza specifica medico legale deve far riferimento a **criteri di efficacia ed efficienza** le cui prove stanno alla base di linee guida cliniche e di protocolli diagnostici condivisi.

Ciò significa che l'iter metodologico in medicina legale deve essere fondato su alcune conoscenze di base, quali la letteratura scientifica, le linee guida, l'oggettività dei segni, i risultati delle indagini strumentali, la diagnosi, la scelta delle terapie e i risultati, la definizione dell'entità della compromissione anatomica e funzionale, la prognosi.

In altri termini, l'obiettivo del medicolegale è la valutazione anatomo-funzionale quali-quantitativa delle diverse patologie e, attraverso la valutazione clinica e la valutazione strumentale, porti alla valutazione del grado di compromissione della capacità lavorativa.

Anche in ambito medico legale deve esser dunque utilizzata la **"Evidence-based Medicine"**, Medicina basata sull'evidenza (**EBM**), una filosofia della formazione che induce il



medico a basare le proprie decisioni, diagnostiche e terapeutiche, sulla valutazione critica dei risultati reperibili nella letteratura scientifica.

Le **evidenze**, si chiamino prove d'efficacia, linee-guida o indirizzi statistico-epidemiologici, suggeriscono un modo oggettivo di fare Medicina, meno individualistico e forse meno magistrale, ma cosciente delle esigenze di controllo di qualità, di equa allocazione delle risorse, di valutazione della buona pratica medica.

Per il medico legale dell'INPS, l'EBM si traduce nell'adozione di tecniche e **metodologie oggettive, ripetibili, confrontabili e riproducibili**, che aiutino a superare le difficoltà di interpretazione e valutazione, in quanto le sue scelte risultano basate su prove di efficacia; costituisce uno strumento per interpretare e valutare il soggetto invalido, seguendo una logica di ragionamento scientifico e di evidenza clinica; rappresenta infine una chiave di lettura fondamentale per affrontare i difficili problemi relativi alla diagnosi, alla prognosi e alla permanenza ed emendabilità della patologia invalidante.

L'EBM è tutto questo, ma non solo. Indirizza anche i medici dell'Istituto verso la **Qualità dell'atto medico legale** protesa a conseguire obiettivi di sicurezza, efficacia, tempestività ed efficienza, nell'interesse del cittadino.

La Qualità dell'atto medico legale nel Sistema di Sicurezza Sociale è basata su una metodologia operativa ed una criteriologia valutativa mirate alla acquisizione della **oggettività**



del dato e alla sua traduzione in un giudizio medico legale conseguente.

E' caratterizzata dalla **trasparenza** in ogni fase del processo e dalla sua **riproducibilità** in ogni contesto, sia di verifica che di contenzioso giudiziario. E' animata dallo scopo di creare uniformità di giudizio su tutto il territorio nazionale e certezza del diritto per il cittadino invalido. E' questa Qualità dell'atto medico-legale che i medici dell'INPS intendono contribuire a comporre.

Il fine è quello di **creare** l'Evidenza e non solamente di seguirla. Circoscrivere l'elemento soggettivo insito nella c.d. "discrezionalità tecnico-amministrativa" delle Commissioni di Invalidità Civile, salvaguardare il giudizio medico-legale dalla ingerenza dei fattori socio-ambientali, imprimere la forza della unitarietà ed omogeneità sul territorio al Sistema della Sicurezza Sociale.

Tutto ciò costituisce il presupposto indispensabile a sviluppare **ricerca**, promuovere **proiezioni di natura statistico-epidemiologica**, interpretare i dati informatici ai fini della **prevenzione** ed altro ancora.

Il processo diagnostico prende quindi forma attraverso tre fasi successive: una fase analitica (semeiologica), una fase dell'inquadramento ed una fase diagnostica (di sintesi).

Nello specifico medico legale, previdenziale ed assistenziale, la diagnosi clinica o l'ipotesi diagnostica hanno come presupposto una complessa valutazione clinica, che comprende oltre alle classiche anamnesi, familiare, patologica



remota e prossima, un'anamnesi lavorativa circostanziata, un esaustivo esame obiettivo ed una valutazione accurata della risposta alla terapia medica o chirurgica.

La valutazione anatomo-funzionale e medico legale delle patologie rilevate si deve fondare anche su accertamenti specialistici e strumentali appropriati, che fanno parte integrante del rilevamento critico dei segni e dei sintomi nella fase analitica del processo diagnostico.

Nella prescrizione di **esami specialistici e strumentali** occorre tener conto delle indicazioni, dei limiti e dei costi degli stessi.

In effetti, nella valutazione strumentale di una determinata patologia vi è la possibilità di ricorrere a numerose metodiche i cui limiti, finalità, indicazioni e controindicazioni debbono essere conosciuti dal medico legale. Fondamentale è, infatti, nella pratica l'interpretazione corretta dei risultati delle indagini strumentali e la loro correlazione con le informazioni cliniche.

L'esame perfetto dovrebbe essere sempre positivo nei soggetti malati (*veri positivi*) e sempre negativo nei soggetti sani.

In realtà, tutti gli esami strumentali sono soggetti ad errori.

Questo significa che, parallelamente ad una quota di risultati negativi in soggetti sani (*veri negativi*) e di risultati



positivi in soggetti malati (*veri positivi*), gli esami forniscono anche una quota di risultati positivi in soggetti che non hanno quella malattia (*falsi positivi*) e di risultati negativi in soggetti malati (*falsi negativi*).

La validità di un test viene comunemente espressa in termini di sensibilità (capacità del test di individuare tra i malati i veri positivi) e specificità (capacità del test di individuare tra i non malati i veri negativi).

Secondo il **teorema di Bayes** o teorema delle probabilità condizionate, la probabilità di rilievo di malattia che si ricava dopo l'esecuzione del test (probabilità post-test) può essere calcolata dalle caratteristiche del test (sensibilità e specificità) e dalla probabilità pre-test.

La differenza fra probabilità a priori (pre-test) e la probabilità a posteriori (post-test) è rappresentata dal **Valore Incrementale** (V.I.).

Pertanto, il ricorso ad un esame strumentale è tanto più giustificato quanto maggiore è l'incertezza diagnostica, ed è tanto meno utile quanto più alta è la probabilità a priori che una determinata malattia sia presente o no.

Con queste premesse, la valutazione anatomo-funzionale e medico legale non può prescindere, ai fini di una valutazione globale, da una diagnostica strumentale appropriata in termini sia di evidenza clinica (EBM) sia di rapporto costo-benefici, in grado di superare i limiti di una soggettività clinica incompatibile con il rigore medico legale.



La valutazione oggettiva del danno d'organo o apparato trova infatti limiti, altrimenti invalicabili, nella dubbia affidabilità dei sintomi soggettivi, nella marcata variabilità individuale degli stessi, nelle diverse motivazioni dell'individuo, nell'instabilità del quadro clinico, nella variabilità del danno, nella discrepanza, tutt'altro che rara, tra reperti obiettivi e sintomi soggettivi, nella variabilità individuale alla risposta terapeutica, nell'introduzione di sempre nuovi presidi medici e chirurgici.

Proprio a questi principi si sono ispirate le **nuove tabelle d'invalidità civile** indicative delle percentuali d'invalidità per le menomazioni e malattie invalidanti, che andranno a sostituire le precedenti approvate con decreto ministeriale 5 febbraio 1992 e successive modificazioni.

I lavori relativi alla formulazione delle tabelle valutative da parte della commissione interministeriale, di cui l'INPS ha fatto parte, si sono conclusi in data 24/11/2011 ed attualmente è in corso l'iter di approvazione del decreto di cui le nuove tabelle sono parte integrante.

Le nuove tabelle redatte con tale criteriologia avranno sicuramente un significativo impatto nella metodologia applicativa medico legale, costituendo uno strumento di omogeneizzazione valutativa, cui l'INPS stesso contribuirà fattivamente avendo già previsto, alla pubblicazione in gazzetta ufficiale del decreto, un piano di diffusa formazione territoriale dei propri medici.

Inoltre, il decreto stesso prevede **un monitoraggio dell'applicazione delle nuove tabelle** per la durata di un



anno, a decorrere dalla data di entrata in vigore delle tabelle in questione, al fine di apporre eventuali correttivi che si rendessero necessari.

Per tale motivo, è già stata individuata in seno al Coordinamento Generale Medico Legale una "equipé di monitoraggio" per la raccolta ed il confronto dei dati e delle informazioni dal territorio.

Anche questa finalità trova in sé come strumento essenziale **l'informatizzazione completa dell'intero processo**, mezzo imprescindibile ai fini del monitoraggio adeguato di un sistema così complesso che vede molteplici parti attrici coinvolte.

L'intero processo è stato infatti pensato in modo tale da consentirne la tracciabilità informatica e quindi la temporizzazione.

Il **flusso** parte dal tempo T0, scandito dalla data di presentazione della domanda in formato elettronico. Iniziano, quindi, a decorrere i tempi T1a, rappresentato dalla data d'invito a visita presso l'ASL, T1b, data di definizione del verbale presso l'ASL, e T2, coincidente con la data di ricezione del verbale presso l'INPS.

La durata della fase T0-T1a, fase della calendarizzazione delle visite, dipende dalla disponibilità e dalla capienza delle commissioni ASL.



La fase T1b-T2 è determinata dal tempo necessario alla trasmissione del verbale da ASL ad INPS ed è pari a 0 nel caso di verbale informatizzato, non stimabile in caso di trasmissione di verbale cartaceo.

Con il tempo T2 si conclude la prima fase concernente il flusso presso l'ASL (T0-T2) ed iniziano i tempi sanitari INPS, che si concludono con la data di chiusura del verbale INPS, data indicativa del tempo T3.

Nel 94% dei casi la fase T2-T3 si conclude entro un limite massimo di 60 giorni, limite rappresentato dal silenzio assenso ex lege.

Solo nel 6% dei casi tale temporizzazione non è applicabile allorché intervenga la sospensione del verbale per procedere a visita diretta da parte dell'INPS.

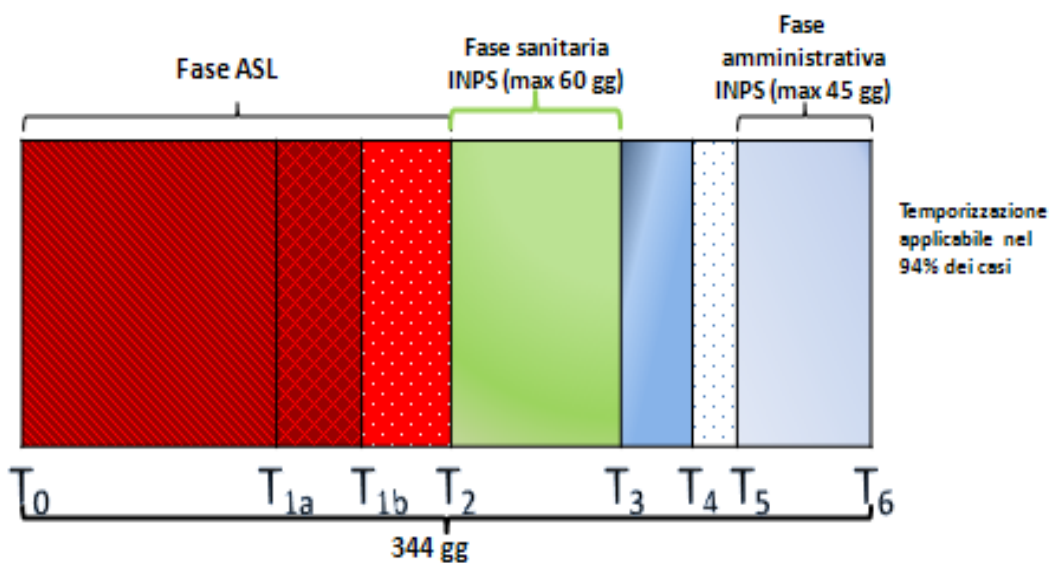
Segue il tempo T4, che coincide con la data di ricezione del verbale da parte del cittadino. La fase T3-T4, che ha una durata di 11 giorni, è relativa al tempo di spedizione del verbale al cittadino e comprende i 7 giorni necessari alla formazione del verbale cartaceo dal formato .pdf e i 4 giorni deputati alla ricezione presso il domicilio del cittadino.

Segue il tempo T5, che corrisponde alla data di consegna della documentazione all'UDP da parte del cittadino. La fase T4-T5 richiede un tempo non stimabile, in quanto dipende esclusivamente dal cittadino.



Il tempo finale T6 indica la data di liquidazione della prestazione e conclude l'iter complessivo. La fase amministrativa T5-T6 ha una durata massima, come da Carta dei Servizi INPS, di 45 giorni.

Rimanendo, come già esplicitato, obiettivo dell'INPS la conclusione delle fasi sanitaria ed amministrativa entro 120 giorni, il flusso attuale, come descritto, è riportato nel seguente diagramma



<p>T₀: data domanda. T_{1a}: data invito a visita presso ASL. T_{1b}: data definizione verbale presso ASL. T₂: data ricezione verbale presso INPS. T₃: data chiusura verbale INPS. T₄: data ricezione verbale da parte del cittadino. T₅: data consegna documentazione all'UDP da parte del cittadino. T₆: data erogazione del beneficio assistenziale.</p>	<p>T₀-T₂: fase ASL (tempo non-INPS, variabilità non stimabile). T₀-T_{1a}: fase di calendarizzazione (su disponibilità Commissioni ASL). T_{1a}-T₂: tempo di trasmissione verbale ASL ad INPS (non stimabile in caso di verbale cartaceo; pari a 0 gg in caso di verbale telematico). T₂-T₃: tempo sanitario INPS (max 60 gg)*. T₃-T₄: tempo spedizione verbale al cittadino (7 gg: formazione verbale da .pdf + 4 gg: ricezione presso domicilio del cittadino). T₄-T₅: tempo del cittadino (variabilità non stimabile). T₅-T₆: tempo amministrativo INPS (max 45 gg come da carta dei servizi INPS). * Temporizzazione non applicabile allorché si proceda a visita diretta INPS (6%).</p>
--	---

INPS

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



Coordinamento generale
Medico legale

Tale flusso non può che essere motivo di riflessioni ai fini del superamento della frammentazione, nella ricerca di un'unitarietà dell'accertamento che consolidi l'unitarietà metodologica medico legale.