

68° CONGRESSO NAZIONALE

4-9 novembre 2013

Roma - Ergife Palace Hotel

«Dalla clinica alla diagnosi medico-legale.
L'invalidità civile: le linee guida INPS»

Relatore: Dott. Francesco Ammaturo



Decreto-legge 1 luglio 2009 art. 20 Comma 6.

“ 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 5 febbraio 1992, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 47 del 26 febbraio 1992, e successive modificazioni.

Lo schema di decreto che apporta le eventuali modifiche alle tabelle in attuazione del presente comma è trasmesso alle Camere per il parere delle Commissioni competenti per materia.”

La nuova tabella fa riferimento, secondo i criteri della normativa vigente, all'incidenza delle infermità sulla capacità lavorativa generica esprimendo il pregiudizio percentuale che su di questa comporta

Vincoli per la scelta dei criteri

Normativi: vecchie tabelle, parte 1^a, 2^a, 3^a

Giuridici: Es. parametri valutativi del D. lgs 509/88

- danno funzionale permanente
- capacità lavorativa generica
- fasce percentuali di 10 punti o valore % fisso
- +/- di 5 punti % per occupazioni confacenti
- danni da 0 a 10 si valutano se concorrenti
- danni coesistenti si applica la scalare

Dottrinari modificati

- evidenza clinica (parametri strumentali)
- danni storici e consolidati (a. locomotore, malattia psichiatrica, etc.)

Tabelle orientative o tassative ?

Di fatto dovevano essere tassative tenuto conto che:

1. Si è preferito assegnare un valore fisso ove possibile
2. È stato esteso il numero di infermità oggetto di valutazione m.l. e, pur allargando in determinate circostanze i limiti di fascia oltre i 10 punti percentuali, sono state limitate le necessità di ricorrere al criterio analogico limitando la discrezionalità delle Commissioni

Classi funzionali definite in base a criteri di
evidenza clinica.

~~NON E' DANNO BIOLOGICO~~

- In caso di **infermità coesistenti**, dopo aver effettuato la valutazione percentuale di ciascuna menomazione, si esegue un calcolo riduzionistico mediante la formula di Balthazard

~~NON E' DANNO BIOLOGICO~~

- Per le **infermità concorrenti**, in alcuni casi il concorso è direttamente indicato in tabella (danni oculari, uditivi, degli arti, ecc.).
- La possibilità di applicazione di protesi ben tollerate ed efficaci comporta un'attenuazione della gravità

Cosa descrivere?

- Profilo lavorativo
- anamnesi patologica rilevante (remota e prossima)
- esame obiettivo a dimostrazione delle patologie
- sintesi degli accertamenti di laboratorio e strumentali ovvero della documentazione sanitaria considerata utile ai fini della valutazione;
- indicazione di eventuali infermità dipendenti da causa di guerra, servizio o lavoro;
- diagnosi con indicazione del rispettivo codice ICD9CM

Cosa descrivere?

- prognosi, intesa in senso medico legale come necessità o meno di revisione sanitaria
- ovvero ricorrenza degli estremi per l'applicazione del D.M. 2 agosto 2007;
- percentuale assegnata a ciascuna menomazione in base alla tabella;
- motivazione dell'eventuale applicazione della variazione percentuale;
- variazione percentuale connessa all'uso o all'applicabilità di protesi;
- in caso di menomazioni multiple, valutazione complessiva ottenuta con le diverse modalità di calcolo previste per le infermità concorrenti e per le infermità coesistenti;

- La valutazione si deve fondare su parametri oggettivi risultanti da esami strumentali in grado di definire l'impegno funzionale secondo le più aggiornate linee guida internazionali.
- I dati clinici vanno integrati con i risultati di esami strumentali correlabili al **grado di impegno funzionale** secondo le più aggiornate linee guida internazionali sull'appropriatezza degli stessi.

- La severità di una cardiopatia viene valutata anche in base al **quadro anatomico**, alla **prognosi** e ai **risultati della terapia**, facendo pertanto riferimento ai seguenti parametri:
 - ☐ funzione di pompa;
 - ☐ riserva coronarica;
 - ☐ funzione valvolare;
 - ☐ ritmo cardiaco.

Diabete mellito

1. Buon controllo glicemico definito da emoglobina glicata (A1c) 7% in assenza di gravi ipoglicemie
2. Mediocre controllo glicemico definito da A1c superiore a 7%, ma inferiore al 10%, per almeno 1 anno
3. Diabete scompensato definito da: A1c > 10% per almeno un anno
oppure
(indipendentemente dalla A1c) la presenza di più di 3 ricoveri/ anno per chetoacidosi o coma iperosmolare
oppure
diabete instabile con frequenti crisi ipoglicemiche gravi (con perdita di coscienza): più di 3 episodi/anno

***NOTA:** è da considerare diabete scompensato solo il diabete già in terapia insulinica; la presenza di uno scompenso cronico in un diabetico trattato con sola terapia orale va corretta con terapia insulinica

ESAME DELLA DOCUMENTAZIONE

- Inefficacia della documentazione dell'ultima ora
 - Occorre una certificazione longitudinale, cioè dell'intera storia clinica del paziente, l'unica ad avere valenza.
- 
- TESSERA SANITARIA PERSONALE ?

➤ **Certificato all'INPS per INV CIV**

**Diagnosi Clinica
come da Storia clinica
del paziente suffragata
da esami o da diagnosi
nosocomiale sempre
verificata secondo i
dettami di Scienza**

➤ **Certificazione motivata per**

Intrasportabilità

CERTIFICATO MEDICO

- *Attesta in forma scritta l'accertamento di un fatto di natura tecnica*
- *“Consegue” alla diagnosi*
- *È “dichiarazione di scienza”*
- *Consente aspettative, previsioni o provvidenze nel complesso rapporto tra autorità pubbliche e private istanze*

CERTIFICATO MEDICO

PROFILO GIURISPENALISTICO

Il certificato risulta viziato da falsità ideologica quando attesti dolosamente la non veridicità di fatto obiettivi di diretta osservazione, escludendosi da questa fattispecie l'eventuale errato giudizio interpretativo diagnostico e/o prognostico

Possiamo provare a ipotizzare un diverso percorso di valutazione, costruito intorno al presupposto dell'**UNICITÀ** del malato che diventa l'elemento preponderante di un sistema interconnesso, in base al quale il cittadino non dovrà essere visitato decine di volte, perché le invalidità, previdenziali o assistenziali o quant'altro, sono basate sulle patologie, che sono **SEMPRE** e **SOLO** quelle individuate in sede clinica

L'ipotesi lineare, tuttavia, può essere sviluppata solo nell'ambito di un impianto organizzativo che vada oltre le attuali divisioni tra medici di medicina generale/ strutture nosocomiali/ medicina legale ASL e Medicina legale previdenziale

Una nuova funzione

- La valutazione della disabilità si caratterizza per essere una funzione “di accesso” da assicurare ai cittadini
- Si tratta di una novità in quanto introduce:
 - La valutazione integrata della funzionalità
 - Le metodologie per la valutazione bio-psico-sociale
 - Il riorientamento dei criteri di accesso ai servizi e agli interventi di welfare

- La individuazione definitiva (ICF) potrebbe essere poi utilizzata nell'ambito di tutte le prestazioni alle quali il cittadino avrebbe interesse di accedere
integrata da
- Relazione sociale laddove sia effettivamente necessario un esame più approfondito del contesto socio-ambientale di appartenenza e un parere sulla tipologia e sulla caratterizzazione dell'intervento assistenziale diretto, protesico, RSA, etc.

Una chiave concettuale per descrivere la condizione della persona: il funzionamento

- Il funzionamento è il risultato di un'interazione tra persona e ambiente
- L'ambiente può agire come facilitatore o come barriera
- Nell'ambiente sono compresi gli aspetti naturali, architettonici, tecnologici, interpersonali, sociali e politici
- Nessuna persona è in grado di funzionare in modo autonomo al di fuori di questa interazione con l'ambiente
- L'interdipendenza, con la sua duplice dimensione del dare e ricevere è la condizione tipica dell'esistenza umana

Le domande a cui dobbiamo trovare una risposta operativa

- Come si fa a distinguere “le persone con disabilità” da quelle “senza disabilità”?
- Si può parlare di “persone con disabilità” severa o grave e cosa significa questa espressione di grado?
- In che relazione starebbero le “persone con disabilità” con quelle certificate attualmente come invalidi civili, handicappate, disabili?
- Quante sono o potrebbero essere le “persone con disabilità”?
- Che cosa bisogna fare per ridurre la disabilità e come gli interventi pubblici possono essere resi sinergici e coerenti tra di loro nel contrasto della disabilità?

Cosa serve per rispondere alle domande che ci siamo posti

È' necessario :

- avere una definizione di persone con disabilità
- avere una modalità per descrivere la presenza o meno di disabilità e per “graduarela”
- Sperimentare la modalità descrittiva
- Chiarire in che relazione sta la descrizione del funzionamento/disabilità con la presa in carico integrata
- Ridefinire la finalità con cui vengono erogati servizi e concessi benefici, legandoli al risultato di contrasto della disabilità attraverso la presa in carico integrata
- Introdurre norme che affermino la valutazione della disabilità come LEA e che orientino gli interventi in favore del contrasto della disabilità
- Introdurre le nuove procedure nella pratica corrente

La condizione ideale, pertanto, sarebbe la
formazione **di un unico settore pubblico**
esperto in valutazione, continuamente
aggiornato attraverso incontri interdisciplinari



Grazie!

**DISPONIBILE PER OGNI
CHIARIMENTO**

