

INPS - Coordinamento generale medico legale - Direzione centrale Pensioni - Direzione centrale Organizzazione - Direzione centrale Pianificazione e Controllo di Gestione - Direzione centrale Sistemi Informativi e Tecnologici

20 settembre 2010

OGGETTO: *Accertamenti di invalidità civile – implementazione dei criteri per l'accertamento diretto.*

Dopo un primo periodo di applicazione del nuovo processo dell'invalidità civile, di cui alla circolare n.131/2009, si rende necessario fornire ulteriori istruzioni operative, concernenti gli aspetti organizzativi, informatici e medico legali per l'accertamento del diritto alle prestazioni assistenziali.

Pertanto, si rende necessario integrare le istruzioni precedentemente trasmesse, con particolare riferimento alle modalità di espletamento della fase di accertamento del requisito sanitario in sede di verifica ordinaria, e dei conseguenti adempimenti amministrativi.

Le innovazioni introdotte hanno come obiettivo il miglioramento della qualità della metodologia valutativa medico legale in sede di riconoscimento dello stato invalidante e l'omogeneizzazione dei criteri di accertamento sanitario presso le strutture territoriali dell'Istituto.

A tal fine si rende indispensabile potenziare - per i casi previsti dalle allegate linee guida formulate dal Coordinamento generale Medico Legale – il ricorso all'accertamento sanitario diretto sulla persona con l'obiettivo di verificare la sussistenza ovvero la permanenza dei requisiti sanitari, rendendo così definitivo il giudizio medico legale dei sanitari INPS, con il dichiarato obiettivo di evitare futuri disagi al cittadino conseguenti a successive verifiche sanitarie straordinarie.

Restano esclusi dalle nuove modalità sopradescritte i verbali sanitari validati fino alla data del 31.08.2010 e quelli per i quali è scaduto il termine dei 60 giorni dalla data di ricezione presso i CML, ai sensi dell'art. 1, comma 7 della legge n.295/1990

Pertanto, i soggetti in tal modo interessati non saranno più sottoposti ad ulteriori controlli, salvo le situazioni esplicitamente previste di rivedibilità o nei casi previsti dalla legge.

L'espletamento delle attività sanitarie, sia agli atti, sia a seguito di accertamento diretto, dovrà avvenire esclusivamente attraverso procedure informatiche.

Per dare piena attuazione a quanto premesso, i responsabili delle UOC/UOST dovranno predisporre, sulla base dei verbali trasmessi dalle ASL, liste contenenti i nominativi dei cittadini per i quali è stato disposto l'accertamento diretto, al fine di adottare i provvedimenti di sospensione con la massima sollecitudine e di consentire la contestuale chiamata a visita entro il termine di 60 giorni dalla data di ricezione dei citati verbali e la successiva definizione dell'esito non oltre 10 giorni dalla data di effettuazione della visita; nel caso di mancato adempimento l'esito sarà definito agli atti dalla CMS, in base alla documentazione esistente.

Nelle more del rilascio della procedura informatica, di cui si darà comunicazione con apposito messaggio da parte della DCSIT, le strutture territoriali dovranno comunque dar corso alle operazioni descritte con apposita comunicazione scritta.

Come già anticipato, gli adempimenti di pertinenza sanitaria dovranno ispirarsi alle linee guida operative elaborate dal CGML ed allegate al presente messaggio, cui i medici dovranno attenersi.

In attesa del rilascio delle funzionalità della procedura di cui sopra, la formazione dei calendari con la spedizione degli inviti a visita dovrà avvenire con modalità non telematica a cura delle UOC/UOST competenti.

Relativamente alla compilazione del verbale di visita diretta, i medici dovranno utilizzare esclusivamente il formato elettronico che sarà a breve disponibile nella procedura INVCIV2010.

L'attività di verifica ordinaria sarà sottoposta tempestivamente, e comunque non oltre i successivi 15 giorni dalla data di effettuazione della visita, alla validazione agli atti ed al giudizio definitivo da parte della Commissione Medica Superiore, prima degli adempimenti dei competenti uffici amministrativi e prima della trasmissione del verbale definitivo al

cittadino. Decorso il termine di cui sopra il giudizio definitivo sarà quello espresso dalla struttura territoriale competente.

L'attività di verifica ordinaria della CMS sarà comunque attuata secondo criteri di selezione in relazione alle evidenze territoriali definite dal CGML.

Al fine di assicurare la massima trasparenza ed efficacia delle operazioni, è indispensabile la collaborazione delle Associazioni di categoria attraverso il coinvolgimento dei relativi medici, secondo le modalità di cui al paragrafo 7, lettera b, della circolare n.131/2009.

Nelle more del rilascio delle procedure informatiche, oltre agli adempimenti per i provvedimenti di sospensione, restano confermate le modalità operative relative alla validazione dei verbali per tutte le tipologie non soggette ad accertamento diretto.

Adempimenti degli Uffici amministrativi

Le Sedi dovranno pertanto restituire al Centro medico legale i verbali validati dall'1.9.2010 che non siano stati sottoposti alla CMS – nei casi previsti dalla linee guida del CGML paragrafo “visita diretta” - e sui quali non risulti il giudizio finale di quest'ultima.

Per quanto concerne i verbali afferenti a patologie oncologiche, per la liquidazione delle relative provvidenze, continuano a trovare applicazione le disposizioni contenute nel messaggio 12857 del 3.5.2006, ferma restando la necessità di definizione del processo di validazione degli stessi.

Si raccomandano le strutture territoriali in indirizzo al rispetto delle procedure e della tempistica prevista al fine di consentire un corretto adempimento.

IL DIRETTORE GENERALE

Nori

LINEE GUIDA OPERATIVE IN INVALIDITÀ CIVILE

PREMESSA:

L'esigenza di assicurare la massima omogeneità sul territorio nazionale dei comportamenti

e delle valutazioni dei medici impegnati nella invalidità civile, ha indotto il Coordinamento Generale Medico Legale a emanare le seguenti linee guida. Rafforza tale esigenza anche la constatazione della volontà del Legislatore, espressa con il Decreto legge del 26 maggio 2010, convertito nella Legge 30 luglio 2010, n. 122, di richiamare le responsabilità dei medici che attestino intenzionalmente e falsamente uno stato di malattia o di handicap con conseguente pagamento di trattamenti economici di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità ai sensi dell'articolo 5, comma 5, del decreto del Presidente della Repubblica 21 settembre 1994, n. 698 e del comma 1 dell'articolo 55-quinquies del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni. All'art 10 della succitata Legge si precisa che, fermo restando le responsabilità penali e disciplinari, il medico ... è obbligato a risarcire il danno patrimoniale, pari al compenso corrisposto a titolo di trattamenti economici di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità nei periodi per i quali sia accertato il godimento da parte del relativo beneficiario, nonché il danno all'immagine subito dall'amministrazione.

FONTI NORMATIVE-CRITERIOLOGIA VALUTATIVA:

SOGGETTI DI ETA' COMPRESA TRA I 18 ED I 65 ANNI:

Il dettato legislativo è costituito dall'art.2 della Legge 30 marzo 1971, n. 118 e dal Decreto legislativo 23.11.1988, n. 509. A mente di legge sono... invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione della capacità lavorativa non inferiore a un terzo. I momenti valutativi saranno tesi a individuare: 1) il danno anatomo-funzionale permanente (art. 1 D.Lgs. 509/1988: Le minorazioni congenite od acquisite, di cui all'articolo 2, secondo comma, della legge 30 marzo 1971, n. 118, comprendono gli esiti permanenti delle infermità fisiche/o psichiche e sensoriali che comportano un danno funzionale permanente); 2) la capacità lavorativa, con riferimento a quella c.d. "attitudinale"; 3) il riferimento al sistema tabellare normato dal D.M. 5.2.1992. Il Legislatore, utilizzando termini come " chiarezza " e " precisione " circa le diagnosi e riferendosi al danno anatomo-funzionale permanente, rimanda in modo implicito al rigorismo obiettivo tipico della Medicina Legale supportato da adeguata documentazione clinico- strumentale. Vanno tenute in considerazione, in questa ottica, le Indicazioni per la valutazione dei deficit funzionali, contenuta nella seconda parte del D.M. 5.2.1992. E' il caso di ricordare che, secondo quanto prevede la prima parte del D.M. 5.2.1992, il verbale deve essere compilato in modo che siano espresse con chiarezza la diagnosi

clinica secondo quanto sancito dall'art. 1 comma 3, D.L. 509/88, la prognosi con particolare riguardo alla permanenza della infermità e del danno funzionale, la percentuale assegnata a ciascuna menomazione in base alla tabella ed in caso di menomazioni multiple, la valutazione complessiva, se trattasi di concorso d'invalidità ovvero, la valutazione ottenuta mediante il calcolo riduzionistico se trattasi di coesistenza d'invalidità, la possibilità di applicazione di protesi e la eventuale variazione percentuale ad essa connessa. Si rammenta che nel caso di infermità espressamente prevista nella tabella si è tenuti tassativamente ad applicare la relativa percentuale; ove sia previsto un range tabellare non si deve ricorrere alla applicazione indiscriminata del limite superiore, che realizzerebbe un superamento della volontà del Legislatore, ma modulare il valore percentuale secondo scale di gravità accreditate. Ove, invece, si tratti di infermità non tabellate è possibile, in ragione di natura e gravità, applicare un criterio analogico rispetto a quello tabellare. Sono da evitare soggettivismi valutativi e l'uso di criteri analogici non informati al metodo medico legale. Sarà utile ricordare, a tal proposito, l'ambito giuridico nel quale si opera; in altri termini, se si è chiamati ad una valutazione sulla capacità lavorativa, appare ingiustificato attribuire, ad esempio, con criterio analogico il punteggio della Psicosi ossessiva (80 %) ad un Disturbo di Personalità Ossessivo-Compulsivo di un soggetto con normale o, addirittura, elevato funzionamento lavorativo.

Nel caso, assai frequente, di menomazioni multiple occorre distinguere se esse siano **concorrenti**, interessanti cioè lo stesso organo o apparato, o **coesistenti**. Nel primo caso si rammenta che, ad eccezione di concorrenze espressamente previste in tabella, si deve procedere a valutazione complessiva che sarà proporzionale al valore percentuale attribuito alla perdita totale anatomo-funzionale dell'organo o dell'apparato e, di norma, non rappresenterà la mera somma aritmetica delle singole percentuali. Si ricorda che con la Circolare n. 14/1992 l'allora Ministero del Tesoro esortava all'applicazione della formula del Gabrielli, in analogia con il sistema infortunistico, nei casi in cui il grado di riduzione permanente della capacità lavorativa sia aggravato da invalidità preesistenti non pertinenti all'invalidità civile (guerra, lavoro, servizio). La formula è costituita da una frazione in cui il denominatore rappresenta il grado di capacità lavorativa preesistente alla valutazione (C) ed il numeratore la differenza fra questa e la capacità al lavoro residua dopo la minorazione in valutazione in invalidità civile (C'). **D (danno indennizzabile)= C-C'/C**. Nel caso di menomazioni concorrenti non esiste, comunque, un richiamo esplicito di legge all'utilizzo di particolari formule a differenza di quanto previsto per le minorazioni coesistenti, per le quali il D.M. 5.2.1992 rimanda al calcolo riduzionistico.

Un generico metodo di riferimento per le menomazioni concorrenti omogenee può essere il cosiddetto calcolo salomonico, indicativo di un valore intermedio tra i valori ottenuti con il calcolo riduzionistico e la somma delle minorazioni.

Si rammenta che menomazioni iscritte tra lo 0 e il 10% non sono valutabili nella valutazione complessiva dell'invalidità a meno che non siano concorrenti tra loro o con altre minorazioni afferenti a fascia superiore.

Nel caso di menomazioni coesistenti, interessanti organi e apparati funzionali distinti, si procederà al **calcolo riduzionistico** mediante la seguente formula:

$IT = IP1 + IP2 - (IP1 \times IP2)$ dove l'invalidità finale IT è uguale alla somma delle invalidità parziali IP1, IP2, diminuita del loro prodotto. Per tali finalità si rimanda alla funzionalità NEXTMATE presente in procedura.

E' prevista la possibilità di applicare una variazione percentuale di cinque punti in più o in meno, ove si configuri una incidenza della menomazione sulle occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto. L'aumento della variazione percentuale presuppone una accurata valutazione delle occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto che può derivare unicamente da una attenta indagine anamnestica. E' conforme alla volontà del Legislatore, laddove non emergano riflessi negativi della menomazione sulla cosiddetta capacità semispecifica, applicare la variazione della percentuale in senso riduttivo. I parametri tabellari indicativi dell'incapacità lavorativa generica sono strettamente ancorati alle caratteristiche del mondo del lavoro in essere al momento della loro emanazione, che sottendono l'attribuzione di specifiche percentuali di invalidità a singole minorazioni. E' evidente che le attuali modalità di prestazione d'opera sono qualitativamente assai difformi rispetto a quelle che circa 20 anni fa informarono la tabella tuttora in vigore, ovviamente ispirata a privilegiare le minorazioni incidenti su un tipo medio ipotetico di lavoro prevalentemente manuale. Si può ritenere che la tipologia media di lavoro "manuale" ha ceduto il passo a modalità di prestazione d'opera tecnologicamente più avanzate, professionalmente qualificate è maggiormente coinvolgenti la sfera intellettuale, con parallelo sviluppo di settori produttivi in precedenza minoritari (in particolare quello dei servizi e del terziario). Appare dunque appropriato laddove la menomazione coinvolga ambiti prevalentemente "manuali" considerare l'applicazione della variazione percentuale in senso riduttivo.

Si ricorda, infine, la necessità di esprimere con chiarezza le diagnosi e le relative codifiche D.M. 5.2.1992 e ICD-9, le eventuali indicazioni di revisioni programmate specificando il mese e l'anno della revisione prevista, la ricorrenza di patologia per cui è applicabile

quanto previsto dal D.M. 2.8.2007, la registrazione per ognuno dei componenti di giudizio “ favorevole “ o “ contrario”.

Occorre, inoltre, evitare l’abuso dello strumento della revisione che può causare disagi ingiustificati al cittadino verbalizzando, ove necessario, il parere contrario alla rivedibilità. Nel momento in cui, infatti, si è chiamati ad esprimersi circa un danno anatomo-funzionale permanente la revisione trova giustificazione unicamente per contesti caratterizzati da elevata dinamicità o suscettibili di apprezzabili modificazioni. Sono contemplati in questi casi le patologie oncologiche trattate con chemio-radioterapia, le insufficienze d’organo con possibilità di trapianto, le patologie dell’età evolutiva.

MINORI:

L’art. 2 della Legge 30 marzo 1971, n. 118 considera invalidi civili iminori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età..... I compiti e le funzioni proprie della età vanno intesi in senso ampio e sono da considerare “ parte integrante del processo evolutivo-maturativo della crescita, della strutturazione della personalità, nella acquisizione di un “ruolo sociale” (Scorretti). Saranno oggetto della valutazione, pertanto, attività quali il gioco, la capacità di verbalizzare, l’apprendimento scolastico, le attività sportive e ricreative, le capacità relazionali con adulti e coetanei, ecc..... Il dettato legislativo non quantifica in modo esplicito le difficoltà ma si deve presumere che esse abbiano un significato apprezzabile nel modo di essere della persona. Sarà opportuno riferirsi, ove possibile, alla seconda parte del D.M. 5.2.1992 ove sono riportati i vari livelli di gravità dei deficit funzionali. La valutazione è, secondo dottrina consolidata, di tipo comparativo; si tratta, in altri termini, di riferire le difficoltà ad un modello standard ispirato ai compiti e funzioni svolte da un coetaneo in buona salute. Da sottolineare che il termine “ persistenti “ rimanda ad una maggiore elasticità del giudizio medico legale rispetto al termine “ permanente “, come è logico attendersi in un contesto caratterizzato dalla elevata dinamicità tipica dell’età dell’accrescimento. Va segnalato che, nel caso di minori che abbiano superato l’età dell’obbligo scolastico, può essere opportuno esprimere anche una valutazione percentualizzata al fine di consentire la collocabilità assistita. Si ricorda, infine, che nei casi caratterizzati da un elevato carico assistenziale, eccezionale rispetto a coetanei in buona salute, spetta l’Indennità di Accompagnamento anche per gli infanti (vedi Sentenza della Corte di Cassazione n. 11329 del 7.6.1991).

SOGGETTI ULTRASESSANTACINQUENNI:

L’art. 6 del D.Lgs n. 509/1988 dispone che ...ai soli fini dell’assistenza socio-sanitaria e della concessione dell’indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i

soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età. Il successivo Decreto legislativo n. 124/1998 ha ripristinato la percentualizzazione per questi soggetti che deve essere riferita ai compiti e funzioni proprie dell'età. Con Direttiva del Ministero della Sanità sono state definite tre classi: 1) difficoltà lievi con invalidità comprese tra il 33,3% e il 66,6% 2) difficoltà medio-gravi con invalidità comprese tra il 66,6% ed il 99% 3) difficoltà gravi corrispondenti al 100%. Circa i compiti e le funzioni proprie della età occorre rifarsi al complesso delle attività attese, consuete e lecite tipiche della classe di età in considerazione. Tenuto conto delle minori possibilità di compenso funzionale e di adattamento, sarà opportuno valutare con attenzione le emendabilità delle minorazioni mediante intervento riabilitativo, protesico o chirurgico.

CECITA' CIVILE:

Lo status giuridico ed i benefici economici connessi alla cecità civile sono normati dalle leggi 382 del 1970, 508 del 1988, dal decreto legislativo n. 509 del 1988, nonché dalla Legge 138 del 2001. Il combinato legislativo individua le categorie dei ciechi assoluti, con mancanza totale della funzione della vista e che non sono in grado di percepire la forma degli oggetti, potendo al più avvertire il passaggio da ombra a luce, e dei ciechi parziali, identificati come coloro che presentano un residuo visivo non superiore a un ventesimo in entrambi gli occhi con eventuale correzione. Si ricorda che qualsiasi residuo visivo misurabile (1/30, 1/50 ecc) comporta che esista una possibilità di discriminare forme e, quindi, una condizione di cecità parziale. Le classiche definizioni sopra riportate identificano la funzione visiva con l'acutezza visiva centrale; orbene, visto che la funzione visiva contempla numerose altre capacità, come l'estensione del campo visivo, la stereopsi, la capacità di adattamento...ecc., con la Legge 138 del 2001 il Legislatore ha inteso prendere anche in considerazione il campo visivo, presupponendo che oltre un certo livello di perdita di campo visivo vi sia una perdita della capacità di interagire con l'ambiente in modo autonomo. La legge definisce, quindi, ciechi totali coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 3 per cento e ciechi parziali coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 10 per cento. Da notare, ai fini della applicabilità della Legge 138/2001, che si prende in considerazione la perimetria binoculare e che il residuo perimetrico è espresso in termini percentuali e non in gradi, secondo specifico programma perimetrico. Giova ricordare in tale sede, che le categorie degli ipoventi gravi, ipovedenti medio gravi e lievi di cui agli artt.4,5,6 della legge 138/2001 sono valutati dal punto di vista del beneficio economico secondo le voci tabellari presenti nel D.M./92. Sarà cura del

medico valutatore accertarsi della attendibilità della documentazione specialistica presentata, richiedendo nei casi dubbi i necessari esami elettrofisiologici. I Potenziali Evocati Visivi (PEV) e l'Elettroretinogramma (PERG) possono fornire utili informazioni soprattutto nel caso in cui forniscano risposte completamente destrutturate (vedi la voce 11 del D.M. 2 agosto 2007).

SORDITA' CIVILE:

La legge di riferimento in materia di sordomutismo è la legge n.381 del 26.5.1970 dove all'art.1 stabilisce che è da considerarsi **sordomuto:**” *il minorato sensoriale dell'udito affetto da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva che gli abbia impedito il normale apprendimento del linguaggio parlato, purchè la sordità non sia di natura esclusivamente psichica o dipendente da causa di guerra, di lavoro o di servizio*” .

La definizione normativa sollevava alcuni problemi interpretativi laddove non precisava il limite dell'età evolutiva, non specificava che per sordità non si intendeva necessariamente la perdita assoluta della funzione uditiva, citava l'impedimento del linguaggio parlato trascurando le difficoltà di linguaggio. Le perplessità valutative sono state chiarite successivamente dal Legislatore con il DM del 5.2.1992, ove si precisa che:

- il requisito della soglia uditiva è quello pari o superiore a 75 dB HTL di media alle frequenze di 500, 1000, 2000 Hz sull'orecchio migliore;
- ai fini della concessione dell'indennità di comunicazione la dizione di “**sordo prelinguale**” di cui all'art 4 della Legge 508 del 1988 è equivalente alla dizione di “**sordomuto**” di cui all'art.1 della Legge 381/1970;
- “.....*impedito il normale apprendimento del linguaggio parlato.....*” va inteso nel senso che”..... *l'ipoacusia renda o abbia reso difficoltoso il normale apprendimento del linguaggio parlato.....*”

Deve essere riportata, inoltre, la Legge n.95 del 20.2.2006 ove si precisa che:

- in tutte le disposizioni legislative vigenti, il termine “sordomuto” è sostituito con l'espressione “sordo”
- il secondo comma dell'art. 1 della legge 381/1970 è sostituito dal seguente: “ Agli effetti della presente legge si considera sordo il minorato sensoriale dell' udito affetto da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva che gli abbia compromesso il normale apprendimento del linguaggio parlato, purchè la sordità non sia di natura esclusivamente psichica o dipendente da causa di guerra, di lavoro o di servizio.

Il DM 5.2. 1992 stabilisce che:

- qualora il richiedente non ha compiuto 12 anni, l'ipoacusia deve essere pari o superiore a 60 dB di media tra le frequenze 500, 1000 e 2000 Hz nell' orecchio migliore;
- qualora il richiedente abbia superato i 12 anni l'ipoacusia deve essere pari o superiore ai 75 dB di media alle frequenze di 500, 1000 e 2000 Hz nell' orecchio migliore;

- I beneficiari dell'indennità di comunicazione con perdita uditiva inferiore ai 75 dB di media alle frequenze sopra indicate, decadono dal godimento dei benefici al compimento dei 12 anni di età;
- Gli esami audiometrici devono essere effettuati dopo il primo anno di età e devono recare una attestazione di attendibilità redatta dal medico esaminatore;
- Deve essere allegato obbligatoriamente anche l'esame impedenzometrico.

Inoltre il DM 5.2.1992 precisa alcune condizioni che di seguito elenchiamo:

- nel caso di ipoacusie trasmissive o di tipo misto, ipoacusie neurosensoriali con timpanogramma patologico, malattia di Menierè,..., si debbono considerare almeno tre esami oto-funzionali con punteggio che deriva dalla loro media. E' raccomandata, inoltre, la revisione ogni tre anni;
- la valutazione va fatta ad orecchio senza protesi; si applica una teorica riduzione dell'invalidità del 9% per le ipoacusie considerate protesizzabili che sono quelle a partire da 245 db di perdita nell'orecchio migliore;

vi sono casi dove non è utilizzabile l'audiometria tonale liminare soggettiva espressa in dB HTL (Hearing Threshold Level), ma solo test obiettivi quali i potenziali evocati acustici con valori espressi in dB SPL (Sound Pressure Level); in tal caso occorre convertire i dB SPL in dB HTL, ,sommare la perdita in dB HTL alle frequenze di 500, 1000, 200 Hz ove siano stati impiegati stimoli caratterizzati in frequenza, moltiplicare per 3 il valore della perdita riscontrato e convertito in db HTL ove sia stato impiegato uno stimolo non caratterizzabile in frequenza (è il caso del "click dei potenziali evocati). Il cardine valutativo in tema di sordità civile è rappresentato dall' accertamento dell' esistenza di una correlazione causale tra la sordità, insorta in età evolutiva, e la compromissione del linguaggio parlato e l'accertamento dell' integrità dell'apparato fonatorio tale da escludere altra genesi del deficit del linguaggio; in altri termini il deficit del linguaggio parlato deve discendere dal mancato uso del canale sensoriale fisiologico che è stato vicariato da altre modalità. (vista, tatto...).

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO:

Giova ricordare l'art.1 della Legge n. 508/1998 : ...L'indennità di accompagnamento è concessa: a) ai cittadini riconosciuti ciechi assoluti; b) ai cittadini nei cui confronti sia accertata una inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e che si trovino nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di una assistenza continua....E' opportuno sottolineare alcune requisiti di legge quali l'impossibilità a deambulare, non la semplice difficoltà, il carattere di permanenza dell'aiuto dell'accompagnatore, non di saltuarietà. Va da sé che presidi ortopedici e protesici che

rendano il soggetto autonomo nella deambulazione escludono il diritto all'indennità. Il requisito della permanenza implica la sussistenza di menomazioni anatomico-funzionali irreversibili e immodificabili da qualsiasi presidio. Per quel che concerne gli atti quotidiani della vita, constatando la genericità dell'espressione e in accordo con la prevalente dottrina medico legale, essi vanno intesi come quel complesso di attività che assicurano un livello basale di autonomia personale in un ambito per lo più intradomiciliare. 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. Si ricorda che il dettato legislativo prevede la necessità di una assistenza continuativa da parte di terzi per il concretizzarsi del requisito medico legale; si intende che la dizione "continuativa" rimanda ad una assistenza che si esplica nell'arco della intera giornata e non solo in saltuari momenti. In analogia a quanto precisato per l'impossibilità alla deambulazione autonoma, l'impossibilità dell'espletamento autonomo degli atti quotidiani della vita rimanda a condizioni cliniche non dinamiche, non suscettibili di miglioramenti terapeutici o di tipo riabilitativo e, quindi, irreversibili e immodificabili da qualsiasi presidio; in tal senso la prescrizione di terapie che prevedano un termine temporale configura, per lo più, un contesto clinico mutevole le cui ripercussioni funzionali non possono definirsi "permanenti".

Utile punto di riferimento sono le scale ADL (specialmente nell'indicare le funzioni basilari da prendere in considerazione: lavarsi, vestirsi, spostarsi, continenza sfinteriale e autonomia in toilette, alimentazione) e IADL (enfaticamente le funzioni più elementari quali l'assunzione dei farmaci e la preparazione dei pasti) rifuggendo però da schematismi. Si ricorda, infatti, che i suddetti strumenti nascono in ambiente fisiatrico e derivano, oltre che da una attenta raccolta anamnestica, anche da una diretta e prolungata osservazione. Suscita perplessità, dal punto di vista medico legale, la traslazione tout court di punteggi di non autosufficienza, ottenuti semplicemente con il colloquio anamnestico e non corroborati da adeguata documentazione clinico-strumentale, in indennità di accompagnamento. A tal proposito sembrano di maggiore affidabilità strumenti quali l'indice di Barthel o l'indice di Katz utilizzati in ambiente fisiatrico. Analoghe considerazioni possono essere fatte per la valutazione dei decadimenti cognitivi, laddove vengano tradotti meccanicamente in giudizi medico legali punteggi ottenuti mediante MMSE. In ambito clinico e successivamente in ambito medico legale, una diagnosi di decadimento cognitivo e la relativa stadiazione comportano, al di là dei casi conclamati, un'attenta indagine supportata da moderni strumenti scientifici (quali indagini neuroradiologiche, batteria di test neuropsicologici

standardizzati, Pet...). Sembra opportuno in questi casi ricorrere a competenze specialistiche appropriate da identificare, a nostro avviso, in quelle neurologiche o neuropsicologiche. Un richiamo al necessario rigore medico legale è indispensabile, visti i profili di responsabilità del medico citati in premessa, per le malattie psichiatriche. L'ambito psichiatrico comporta, infatti, numerose difficoltà; ad esempio la non ancora raggiunta uniformità di linguaggio circa le diagnosi, l'uso di termini desueti nella tabella del D.M. 5.2.1992, la frequente ambiguità della documentazione clinica allegata. Sarà cura del medico attenersi strettamente all'obiettività rilevata, con l'eventuale ausilio specialistico, avvalendosi delle informazioni attendibili ottenute circa la terapia in atto, il livello di funzionamento globale così come delineato nella scala del DSM IV, la testistica modernamente accreditata.

VISITA DIRETTA:

Si ribadisce quanto previsto dalla Circolare n. 131 del 28.12.2009. La visita medica sarà effettuata da una Commissione costituita da medico INPS, con funzioni di Presidente, indicato dal Responsabile del CML e diverso dal componente della Commissione Medica Integrata, al quale compete il giudizio definitivo e da un medico rappresentante delle associazioni di categoria (ANMIC, ENS, UIC, ANFASS) e dall'operatore sociale nei casi previsti dalla legge. La Commissione Medica si potrà avvalere della consulenza di un medico specialista della patologia oggetto di valutazione che avrà funzioni di supporto non partecipando, quindi, al giudizio finale. Si ricorda che, nel caso di assenza del medico rappresentante di categoria, nonostante regolare convocazione, è opportuno costituire Commissione Medica con altro medico INPS.

La Commissione Medica è tenuta al rispetto delle indicazioni del D.M. 5.2.1992 sopra riportate.

Si sottolinea che l'accertamento sanitario diretto è da ritenersi prioritario al fine di garantire la massima coerenza metodologica e la trasparenza dell'iter valutativo e del conseguente giudizio medico-legale. Ciò soprattutto nei casi in cui si evidenzia una severa minorazione dell'integrità psico-fisica da cui derivano benefici assistenziali.

In tali condizioni, garanzia di omogeneità dei giudizi medico legali espressi sul territorio è la validazione definitiva della CMS.

Nella disposizione delle visite dirette debbono comunque essere evitati automatismi.

Possibili cause di esclusione sono ravvisabili nei seguenti casi:

- Casi in cui si è proposta l'applicazione del DM 2 Agosto 2007, ove siano rispettati i requisiti previsti dalle singole voci;

- Minori con patologie validamente documentate soprattutto concernenti la sfera psichica o con patologie di tipo genetico-malformativo;
- Soggetti inseriti in strutture di lungodegenza o in residenze protette;
- Soggetti interdetti;
- Soggetti di interesse geriatrico con perdita dell'autonomia personale adeguatamente documentata; pur ritenendo ingiustificato assimilare l'anzianità a condizione di patologia, si deve considerare che la prevalenza della demenza raddoppia approssimativamente ogni 5 anni di età tra i 65- 85 anni. Appare opportuno, quindi, evitare accertamenti diretti indiscriminati soprattutto nei casi in cui emerga chiaramente la presenza di un caregiver dedito all'anziano, che del resto dovrebbero essere ricompresi dal DM 2 Agosto 2007;
- Patologie neoplastiche di comprovata gravità.