



**CONFERENZA NAZIONALE
SULL'INABILITÀ**

Direttore

Vittorio CRECCO

Direttore Responsabile

Annalisa GUIDOTTI

Direttore Scientifico

Maurizio CECCARELLI MOROLLI

Comitato Scientifico

Paolo ARBARELLO

Fabio BUZZI

Luigi PALMIERI

Pietrantonio RICCI

Redattore Capo Centrale

Lia DE ZORZI

Comitato di Redazione

Cristina CATALANO

Federico CATTANI

Anita CIPRARI

Marco MASSARI

Claudio MELONI

Rosella PASTORE

Massimo PICCIONI

Sonia PRINCIPI

Benedetto VERGARI

Segretaria dei Comitati Scientifico e di Redazione

Patrizia COLABUCCI

Documenti e materiali pubblicati possono essere mostrati, riformattati e stampati esclusivamente ad uso personale. Senza il consenso dell'Editore, gli utenti internauti accettano di non riprodurre, ritrasmettere, fornire, vendere, divulgare o diffondere le informazioni, i documenti e i materiali pubblicati su www.inps.it.

3

Anno XV, III trimestre 2002

SOMMARIO

Presentazione	
<i>Antonio Prauscello</i>	3

Relazione introduttiva	
<i>Maurizio Ceccarelli Morolli</i>	4

RELAZIONI

<i>Federico Cattani</i>	13
<i>Massimo Piccioni</i>	26
<i>Paolo Oliva</i>	30
<i>Luigi Lista</i>	33
<i>Pietrantonio Ricci</i>	42
<i>Giancarlo Iacovelli</i>	46
<i>Cristina Catalano</i>	53
<i>Caterina Venturi</i>	62
<i>Giuseppe Amendola</i>	66
<i>Massimo Belloni</i>	69
<i>Patrizia Carassai</i>	73
<i>Stefano Castaldo</i>	81
<i>Marco Massari</i>	89
<i>Giuseppe Siviglia</i>	93
<i>Fabrizio Zappaterra</i>	100

COLLEGAMENTI IN VIDEOCONFERENZA

Emilia Romagna: <i>Benedetto Vergari, Nicolò De Trizio</i>	115
Piemonte: <i>Giuseppe Vitiello, Manlio Di Mattei</i>	118
Sardegna: <i>Maria Nemesi Ferrari, Antonio Di Pietro</i>	129
Sicilia: <i>Calogero Rizzo, Vincenzo Morana</i>	136

CONTRIBUTI DALLE REGIONI

Abruzzo: <i>Adelmo Adani</i>	145
Basilicata: <i>Ferdinando Rutigliano</i>	154
Friuli Venezia Giulia: <i>Andrea Valmastri</i>	160
Liguria: <i>Franco De Luca</i>	163
Lombardia: <i>Luigi Patruno</i>	165
Marche: <i>Giovanni Punzo</i>	172
Molise: <i>Giuseppe Trivisonno</i>	176
Toscana: <i>Maria Grazia Cucurnia</i>	182
Umbria: <i>Giorgio Oricchio</i>	195
Valle d'Aosta: <i>Annamaria Niola</i>	197

Relazione di chiusura	
<i>Federico Cattani</i>	199

Relazione conclusiva	
<i>Maurizio Ceccarelli Morolli</i>	205

Presentazione

Antonio PRAUSCELLO

Direttore Generale f.f. (attualmente in quiescenza)
D.G. INPS - Roma

A distanza di diciotto anni dall'emanazione della legge 222/84 il Coordinamento Generale Medico Legale ha sentito la necessità di coinvolgere l'intero corpo medico legale dell'Istituto nel dibattito sul delicatissimo tema dell'istituto della pensione d'inabilità.

I responsabili sanitari delle Aree centrali e regionali hanno costruito un importantissimo momento di confronto con tutte le sedi sul territorio sulle linee tracciate nelle relazioni presentate in occasione della prima riunione della Consulta nazionale del giugno scorso, così evidenziando in base alla loro esperienza quotidiana i punti critici operativi.

La Conferenza Nazionale sull'Inabilità del 9 dicembre 2002 ha quindi visto la partecipazione, diretta o via etere, di tutti i dirigenti medici dell'INPS: importante è stato il contributo e il conforto sulla strada percorsa e sulle prossime sfide operative che si presenteranno nei prossimi anni, offertoci anche dagli altri medici legali pubblici presenti ai lavori.

Con estremo piacere presento questi Atti che intendono rappresentare un punto operativo-esperenziale e scientifico sull'inabilità nonché sottolineare questa rinnovata voglia di partecipazione e di protagonismo dei medici legali previdenziali nell'attività istituzionale dell'Ente a fianco di tutti i lavoratori assicurati e a tutela del lavoro, risorsa preziosa per ogni Nazione che voglia guardare serena al proprio domani.

Relazione introduttiva

Maurizio CECCARELLI MOROLLI

Coordinatore Generale Medico-Legale
D.G. INPS - Roma

È con vivo piacere che rivolgo il mio più sincero e cordiale saluto a tutti i presenti, partecipanti a questa **Conferenza Nazionale sull'Inabilità**, sicuro dell'interesse suscitato da questa iniziativa e con la certezza che i lavori che seguiranno, le relazioni che ascolteremo sapranno offrire un quadro aggiornato e scientificamente qualificato sulle problematiche legate all'inabilità pensionabile.

Prima dell'inizio dei lavori chiedo a tutti di osservare insieme un minuto di raccoglimento per ricordare il nostro Direttore Generale, dottor Fabio Trizzino, recentemente scomparso.

Il nostro obiettivo non è solo quello di tracciare un bilancio di quasi 20 anni di vita della Legge 222, ma è soprattutto quello di un esame attento del presente e delle prospettive per gli anni futuri che consentirà di continuare quella riflessione iniziata ormai sei mesi fa in un contesto scientifico che si è ormai spinto verso traguardi sempre più ambiziosi e per questo pone nuovi e continui interrogativi.

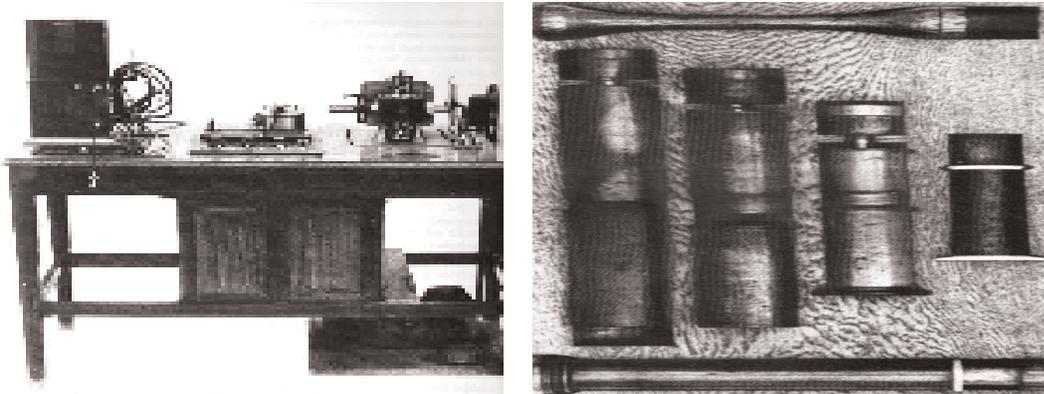
Oggi, ho l'onore di aprire e introdurre i lavori e per questo ho scelto una riflessione che vuol testimoniare il passaggio tra ciò che appartiene alla storia della medicina ed alla medicina del futuro, sottolineando come la straordinaria evoluzione scientifica abbia comportato indiscutibili implicazioni prognostiche e medico-legali.

È indubbio come, dal 1984 ad oggi, nuove malattie siano comparse, nuove metodiche strumentali non invasive e invasive siano state introdotte nella pratica clinica, così come nuove terapie mediche e chirurgiche, compresa la trapiantologia e programmi riabilitativi che hanno modificato radicalmente la prognosi di molte malattie, con le conseguenti implicazioni medico-legali.

Ecco perché oggi è legittimo porsi la domanda se oggi la valutazione del soggetto inabile possa essere la stessa di ieri.

Colleghi, è ancora vivo in me il ricordo della mia infanzia, quando, seguendo mio padre, al Policlinico Umberto I di Roma, vedevo il lettino del malato con accanto un elettrocardiografo non certo dotato di tutte le derivazioni attuali sopra una pedana di legno, il tutto all'interno di una gabbia di Faraday.

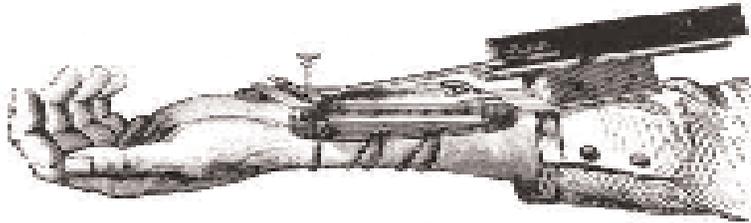
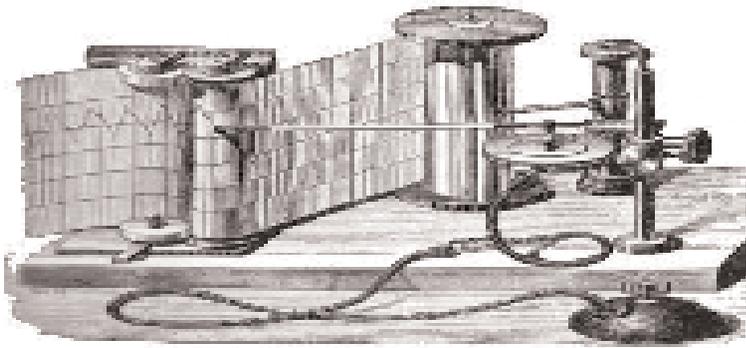
Erano passati pochi lustri dalla nascita dell'Elettrocardiografo a corde di Einthoven nel 1918.



Allora gli strumenti principali usati dal cardiologo erano lo stetoscopio, a partire da quello di Laënnec e lo sfigmomanometro. Siamo così ormai lontano dall'epoca in cui il reverendo Hales (1700), riuscì per la prima volta a



misurare cruentemente la pressione arteriosa ad un cavallo e dallo sfigmomanometro diretto di Marey del 1881.



È straordinario ripercorrere nei secoli l'evoluzione della medicina da Ippocrate e da Galeno (II secolo dopo Cristo) e nelle epoche successive fino ad oggi.



E così si sono progressivamente affinati gli strumenti diagnostici e i presidi terapeutici a disposizione del medico.

Ormai siamo assai lontani, da quando negli anni 1920-1930 pochi erano i farmaci a disposizione tra cui la digitale, utilizzata in maniera sperimentale



sotto forma di infusione e somministrata più volte al giorno fino alla comparsa dei sintomi dell'intossicazione, vomito in particolare, per poi procedere a ridurre scalando le dosi.

Oggi il medico si trova di fronte a nuove malattie, come l'AIDS, a partire dai primi anni 80 e con la sua stadiazione, la sua diagnosi, la sua prognosi e la sua terapia con l'evoluzione continua nell'impiego dei farmaci fino all'utilizzo dei più recenti antivirali e dei vaccini.

Ma proprio l'evoluzione diagnostica e terapeutica, non solo medica ma anche radiante e chirurgica, hanno subito nell'ultimo quarto di secolo, una straordinaria accelerazione tanto che sembra di essere a cavallo di un missile e le continue innovazioni diagnostiche e terapeutiche che la scienza ci propone costantemente appaiono come tanti flash in rapida successione; non fa in tempo a scattare un flash che già scatta il successivo. In un anno avvengono più scoperte di quante ne avvenivano in passato in dieci anni. Gli ultimi venti anni della nostra vita hanno contato come due secoli.

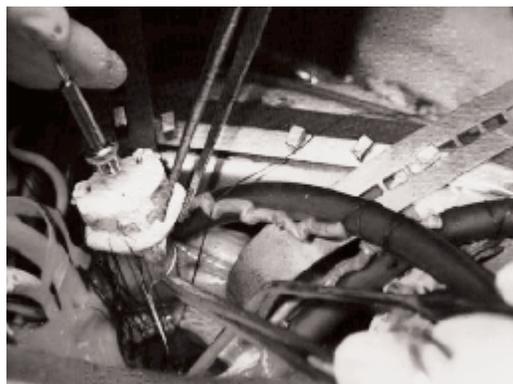
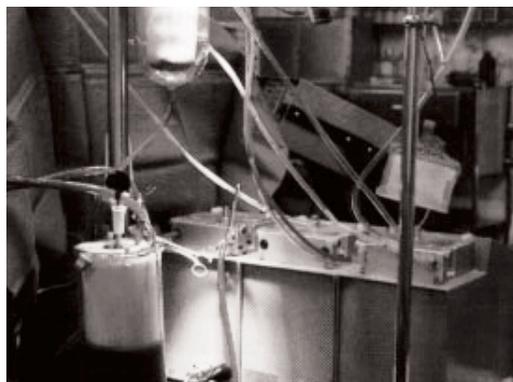
Pertanto le malattie hanno ormai assunto un carattere dinamico e la valutazione anatomo - funzionale di una patologia cronica, in ambito medico - legale, non può non risentire delle continue evoluzioni scientifiche.

La moderna diagnostica strumentale consente l'accertamento qualitativo e quantitativo sempre più accurato delle diverse alterazioni morbose e conseguentemente condiziona la strategia terapeutica, la prognosi e la valutazione medico-legale.

La ricerca scientifica ha introdotto nuovi farmaci che hanno ridotto la mortalità, migliorato la sopravvivenza e la qualità della vita e in alcuni casi hanno prodotto la guarigione di malattie precedentemente incurabili e inguaribili, condizionandone la valutazione medico-legale.

La radioterapia ha sempre di più esteso i suoi campi di applicazione, nuove tecniche di somministrazione e bersagli sempre più mirati sono disponibili per i pz., modificando, in oncologia, la storia delle neoplasie, condizionando così anche la valutazione medico-legale.

La terapia chirurgica non sostitutiva (sempre più conservativa e mini - invasiva) ha migliorato la prognosi, ha ridotto la mortalità, ha limitato le sequele, le complicanze post-operatorie e le conseguenze funzionali modificando anch'essa la valutazione medico-legale.



Pensiamo all'utilizzo della circolazione extra corporea con le più sofisticate macchine cuore-polmoni, alla rivascolarizzazione miocardica diretta con creazione di canali laser per neoformare piccoli vasi sanguigni, agli interventi per via minitoracotomica e in videolaparoscopia.

La trapiantologia poi ha aperto una nuova era della medicina e ha introdotto una nuova terapia chirurgica sostitutiva per pz. con prognosi infausta a breve-medio termine, ponendo nuovi problemi alla cultura, all'etica, all'organizzazione sanitaria, modificando drasticamente la storia di alcune malattie e condizionando la valutazione medico-legale.

Ed è proprio l'avvento dei trapianti uno degli aspetti di maggiore interesse nel giudizio di inabilità e pertanto meritevole di alcune brevi considerazioni.

La media italiana è salita a 17,1 donatori per milione di abitanti contro una media europea del 16,5 ma ancora 8.800 pz. (ottobre 2002) aspettano un trapianto di cuore, rene, fegato o polmone con una forte discrepanza tra nord e sud (Emilia Romagna 31,4 - Campania 3,1).

Le liste di attesa per i trapianti di organi in Italia sono ancora lunghe e servono organizzazione e cultura della donazione e anche gli avvisi previsti

dalla legge sul silenzio-assenso informato per l'espianto non sono ancora stati inviati ai cittadini.

Diversa è la situazione per le donazioni di midollo osseo tanto che il 40% dei donatori italiani dona per pz. all'estero.

Oggi anche per il fegato, come per il rene, si è aperta la strada per il trapianto da donatore vivente, anche se i casi risolti sono ancora assai esigui.

Il trapianto di rene è invece oggi una terapia consolidata, in grado di trattare efficacemente patologie gravemente invalidanti o mortali.

L'introduzione, all'inizio degli anni ottanta, di nuovi farmaci immunosoppressori (ciclosporina) e oggi anticorpi monoclonali selettivi hanno rivoluzionato i risultati, consentendo un incremento della sopravvivenza dell'organo del 30%, sia da vivente che da cadavere, con una sopravvivenza oggi a un anno di circa il 98% (> donatore vivente).

Però, anche in questo caso, occorre tener presente il rigetto acuto, il rigetto cronico, l'ipertensione arteriosa, l'infezioni da cmv, la nefrotossicità da farmaci e l'insufficienza renale residua.

Per il trapianto di cuore, dal 1980 si è assistito ad un rapido incremento dei trapianti eseguiti, ma sul finire degli anni ottanta, si è raggiunto un plateau che non si è modificato successivamente per la perdurante limitata disponibilità di organi.

È noto che la maggior parte dei riceventi post-trapianto può ritornare in classe funzionale NYHA I, con una probabilità di sopravvivenza ad un anno maggiore del 90%, però quale pz.?, quanti pz. presentano controindicazioni?, quale è la disponibilità di organi? e sappiamo tutto del rigetto acuto e cronico? e degli effetti iatrogeni? Attenzione!!

Alla luce di quanto detto sulla trapiantologia occorre pertanto tener presente che si tratta:

1. di terapia di non facile attuazione data la difficoltà del reperimento degli organi e della loro compatibilità;
2. di una terapia i cui risultati rimangono in molti casi incerti.

Da tener presente che oggi sono ormai entrate nella pratica clinica altre metodiche strumentali utilizzando isotopi radioattivi, anticorpi monoclonali, la RMN e l'impiego di tecnologie digitali.

Inoltre dal punto di vista terapeutico, oggi si apre lo scenario della terapia genica.

Altre tematiche poi coinvolgono direttamente il medico-legale quali le problematiche legate al giudizio nei casi di morte improvvisa, argomento che sarà trattato successivamente da Massimo Piccioni.

Tutto questo ha indubbiamente cambiato gli scenari scientifici ed ha avuto profonde modificazioni sul piano prognostico e medico-legale. È per questo che alla domanda iniziale la risposta non può che essere affermativa e così la valutazione dell'inabilità oggi non può non risentire dei cambiamenti sopraggiunti e che verranno.



Di pari passo la medicina legale previdenziale INPS ha risentito dell'evoluzione registrata in ambito scientifico e clinico dimostrando, non solo di sapersi adeguare al cambiamento, ma soprattutto di costituire essa stessa un valido riferimento per la corretta diagnosi anatomo-funzionale quali-quantitativa.

Ciò si è concretizzato anche attraverso la costituzione dei Centri Polispecialistici e Specialistici INPS, diffusi in tutto il territorio nazionale, capaci non solo di compiere valutazioni funzionali complete e oggettive, attraverso l'impiego di apparecchiature avanzate, con metodiche non invasive ma anche di svolgere una costante attività di studio e di ricerca.

Oggi abbiamo il dovere di proseguire in questa crescita per giungere a giudizi medico-legali riguardo all'inabilità sempre più aderenti alla legge e alla scienza medica, senza rigorismi fuori luogo e possibili semplificazioni temporali che se facilitano il medico non aiutano il lavoratore. Da evidenziare anche il concetto di irreversibilità delle patologie e di terapie straordinarie di incerto esito e comunque non incidenti in maniera preponderante nella valutazione medico-legale.

Così possibili innovazioni legislative, su cui noi stiamo compiendo con Voi la nostra riflessione, non possono essere ancora attuate nella prassi quotidiana in cui è richiesto di coniugare il requisito medico-legale con il complesso morboso nelle sue implicazioni cliniche, prognostiche e conseguente incidenza sull'attività lavorativa.

Nel ringraziarVi per l'attenzione sono qui ad ascoltare il Vostro contributo, indispensabile per le eventuali soluzioni attraverso un percorso che proseguirà anche nei prossimi mesi.

Relazioni

Federico CATTANI

Coordinatore Centrale
Area delle Invalidità
D.G. INPS - Roma

Rivolgo il mio più sentito saluto a tutti i presenti e a tutti coloro che sono tele-collegati dalle 20 sedi regionali d'Italia: dirigenti amministrativi e dirigenti medici, centrali e periferici, ospiti.

Il primo ringraziamento va al Prof. Ceccarelli Morolli, Coordinatore generale Medico Legale dell'INPS, che istituì la scorsa primavera la Consulta nazionale per l'Inabilità, così realizzando un'importante sede di confronto sulla materia della pensione di inabilità ex art. 2 della legge 222/84 tra i vertici istituzionali e l'intero ruolo sanitario dell'Istituto nonché al Direttore Generale, Dr. Prauscello, che ha consentito la realizzazione logistica di questa Conferenza.

Dopo un primo avvio dei lavori a Roma nel giugno scorso, in cui sono stati posti sul piatto della discussione i principali punti di riflessione concettuale ed operativa, tutti i Primari medici regionali, in seguito ad un successivo confronto nazionale, hanno convocato territorialmente in conferenza le realtà mediche operative provinciali e subprovinciali.

Si è così realizzata un'importante azione di *brain storming* tra tutti i sanitari dell'Istituto per fornire l'essenziale contributo esperienziale in questa strategica materia istituzionale, quale sono gli accertamenti sanitari degli stati d'invalidità ed inabilità, che quotidianamente i dirigenti medico legali del nostro Ente svolgono verso 15 milioni di assicurati da 70 anni a questa parte.

L'intuizione è stata importante ed è scaturita dalla constatazione che le norme e la loro applicazione, al pari di ogni materia vivente nella quale rientra certamente il diritto, richiedono una forte tensione ed attenzione, specialmente quando toccano diritti soggettivi, costituzionalmente garantiti al cittadino.

Infatti l'art. 38 della costituzione repubblicana è stato alla base dell'intero sistema previdenziale dei lavoratori, secondo i principali fondamenti normativi creati in Italia in tale settore dagli anni '30 e sviluppatisi di pari passo con lo sviluppo del nostro sistema economico.

Inizialmente la tutela ha riguardato i dipendenti, poi negli anni '50 gli autonomi, quali i coldiretti-coloni-mezzadri, i commercianti od artigiani, più recentemente con la legge 335 del 95 i lavoratori parasubordinati ed infine la categoria delle casalinghe, seppur per la sola pensione d'inabilità.

Il nostro Istituto è stato quindi chiamato, ai sensi della legge 88/89, ultima norma in ordine di tempo, a realizzare, nel rispetto dei disposti e degli assetti organizzativi approvati dal Parlamento, la tutela della vecchiaia, dei superstiti e della invalidità del regime pensionistico generale obbligatorio, allargandola a sempre più ampie categorie di lavoratori (i dirigenti industriali ne rappresenta l'ultima).

Ma l'unico provvedimento organico realmente riformatore delle prestazioni interviene nell'84 con la legge 222 inerente all'invalidità pensionabile; essa nasce per portare a compimento un processo di *razionalizzazione* nell'uso delle risorse, finalizzate dallo Stato, che ormai era fuori controllo per l'altissima incidenza nelle concessioni dei soli fattori socio-economici.

Si costruisce quindi il nuovo perno valutativo sul giudizio medico dell'invalidità e si istituiscono nuove forme di prestazione per i lavoratori; ci riferiamo, ex art. 2, alla nuova tutela delle grandi menomazioni psicofisiche, che compromettono nell'assicurato l'assoluta possibilità di svolgere qualsiasi attività di lavoro nonché, ex art. 6 come privilegio, l'impossibilità di provvedere ai bisogni quotidiani indipendentemente da qualsiasi anzianità contributiva.

Una sola nota per quanto riguarda il regime di tutela dell'Invalidità cosiddetta Civile, ad impronta *localistica* ed afferente ai diritti sociali di cittadinanza della persona. Nato a fine anni '60, esso ha da sempre avuto per gli accertamenti sanitari forti punti in comune con quelli pensionabili dei lavoratori, più a carattere *centralistico*, soggiacendo alla sola distinzione per le fonti di finanziamento.

Tale *sintonia* si è abbastanza realizzata sia per quanto concerne i criteri medico-accertativi sia per le categorie di provvidenza, che sono ormai oggetto di delega ai sensi dell'art. 6 della legge 137 del 2002, secondo la *ratio* già tracciata dall'art. 24 della legge 328 del 2000, legge quadro sui servizi sociali, e di cui si aspetta la nomina della relativa commissione da parte del competente Ministro.

Tornando alla legge 222, essa ha rappresentato la naturale evoluzione della tutela delle invalidità pensionabili diventando originale fonte di riferimento normativo anche in altri settori pensionistici, quale quello pubblico o privatistico-professionale.

La *ratio* ad essa sottesa era quella che una nazione avanzata, ed inserita nel contesto europeo, non potesse ormai fare a meno di prevedere una diversa e graduata tutela dei lavoratori, in tutte le occasioni in cui uno stato di malattia, perdurante nel tempo, non consentisse loro l'applicazione al lavoro, se non in condizioni usuranti o di pericolo. Si è perciò deciso di prevedere da una parte una prestazione *integrativa* e dall'altra una *completamente sostitutiva del reddito derivato dal lavoro*.

Era decisamente assurdo che *ante legem* 222 venisse infatti concessa una pensione di invalidità di 400 mila lire sia all'impiegato lievemente artrosico, che poteva continuare la sua mansione, come al muratore paraplegico, definitivamente escluso dal mondo del lavoro.

Peraltro per entrambi era precluso trasformare tale titolo pensionistico in vecchiaia od anzianità, rimanendo così cristallizzato nel quantum seppure in presenza di successivi periodi lavorativi; *handicap* che per le vecchie pensioni solo recentemente la giurisprudenza ha risolto.

Ed in effetti la norma *inerisce proprio alla tutela del lavoro*, e non a quella della salute, come in tale ambito alcuni talvolta erroneamente pensano. Per quest'ultima sono infatti chiamate a provvedere altre istituzioni, di norma locali, con altre finalizzate risorse.

La legge 222 ha quindi inteso realizzare la tutela della capacità lavorativa della persona ossia di quel patrimonio di esperienza, di competenza e di attitudine delle quali il primo beneficiario non è il singolo, ma proprio il corpo sociale, in quanto qualsiasi forma di crescita economica e professionale dell'individuo è al servizio di tutti, poiché di fatto *tutti* hanno investito per questa formazione (scuola, famiglia, ecc).

Solo quando questo dovesse venire meno, ed ecco il richiamo universale alla recente Carta Sociale Europea di cui alla legge 30/99, lo stesso corpo sociale interviene cercando di mantenere un approccio non solo indennitario, ma di reinserimento e di finale riutilizzo di tali competenze, seppur in ambiente protetto.

Il lavoro è infatti più che mai fonte di guadagno, possibilità di estrinsecare le proprie abilità, capacità ed attitudini oltre che a soddisfare un bisogno economico ed elevare l'uomo a dignità di "essere sociale".

Ecco quindi il legame della legge 222, che tutela l'invalidità, con la più recente legge 68/99, contestuale alla stessa Carta Europea, che tutela il collocamento a lavoro degli invalidi, seppur tuttora un collegamento organico e sinergico tra le 2 norme è *colpevolmente* assente.

L'istituto della inabilità, figlia della propria madre ossia la legge 222 del 1984, ha compiuto 18 anni di applicazione proprio il 1° luglio scorso.

Allora dobbiamo decidere se essa sia ormai emancipata o, come un tenero adolescente, se abbia ancora bisogno di tutela; dobbiamo dire cosa esattamente ora essa rappresenti nell'intero sistema di *welfare* os-

sia scrutare le sue coordinate genetiche e del perché qualcuno in qualche anonima stanza di Palazzo Madama decise un giorno di metterla alla luce.

Nei primi anni '80 in Italia esisteva un grande problema: *l'utilizzo di risorse della previdenza, pronte e disponibili, per risolvere problemi assistenziali*, visto che non c'era allora, e per altri versi ciò permane ancora oggi, una vera rete nazionale o federale di servizi sociali, che solo il decreto 112 nel 1998 ha affidato finalmente agli Enti Locali con uno specifico fondo.

Ma la politica assistenziale italiana, alla luce dell'ancora più recente legge quadro 328 del 2000, è in buona parte ancora da costruire.

Il grande assalto alla diligenza iniziò con la legge Brodolini del 1969 e il conseguente decreto 639/70 allorchè i Comitati Provinciali dell'INPS, in rappresentanza degli iscritti e dei datori di lavoro, divennero competenti nel *deliberare definitivamente* sul diritto alle prestazioni pensionistiche, anche quelle di invalidità, presentate dai lavoratori.

A distanza di un solo decennio, *la definizione medico legale di invalidità rapportata alla capacità di guadagno*, ideale per un Paese industriale europeo avanzato, *fu stravolta*, diventando un surrogato della disoccupazione o dello stato di precarietà economica, che a ben altre fonti avrebbe dovuto dissetarsi.

Si crearono fortune per alcuni Patronati, ma la pensione di invalidità divenne purtroppo un fiume in piena, terreno di coltura anche per qualche disonesto, lobbies legali o giudici d'assalto.

La legge 222/84 nasce quindi con l'esigenza duplice: da una parte di mantenere l'intervento dello Stato verso lavoratori *realmente* malati e perciò impossibilitati a lavorare e, dall'altra, di *limitare i danni di una gestione tutta politica delle invalidità*, obiettivo peraltro non ancora raggiunto per l'ambito dell'invalidità civile ove, malgrado le riforme o meglio grazie alle stesse, permane una fortissima frammentazione istituzionale delle competenze: il tutto a danno della rapida collocazione di risorse ai veri portatori di istanze di bisogno.

I funzionari medici dell'INPS, *ex lege* trasformati anche nominalmente medici legali, ben consapevoli di esercitare una delicata attività istituzionale su persone affette da malattie, esprimenti un'istanza, una sofferenza fisica e psicologica o inidonee ad esercitare un lavoro, magari trovato dopo anni di addestramento e di studio, *si resero protagonisti* nel tempo, di una forte stagione di cambiamenti organizzativi, operativi e culturali.

Da esperti nella pratica sanitario-burocratica, privati delle competenze clinico-terapeutiche sulla tubercolosi in un approccio universalistico alla terapia, essi divennero sempre più fini conoscitori di tutte le malattie e della loro valutazione medico legale, con una progressiva assimilazione giuridica

ed operativa agli altri medici pubblici del SSN, cui la legge 833 con l'art. 75 aveva fatto esplicito riferimento.

Fu così anche contrattualmente acquisito uno *status* giuridico, un *trend* di formazione scientifica ed una specifica di funzioni del tutto analoga ad un'organizzazione operativa sul modello ASL che, con il ruolo primario, istituito in INPS nel 1986 e ribadito nella figura di dirigente medico di 2° livello dalla delibera 209 del 1999, potesse permettere una gestione ottimale e soprattutto omogenea di tutte le procedure di accertamento sanitario dell'Istituto.

Lo sforzo di aggiornamento fu poderoso soprattutto per la prestazione oggetto oggi del nostro incontro, ossia la pensione di inabilità ex art.2, e si arrivò perfino, a metà degli anni '90, a svolgere una sinergica azione formativa con i medici militari su tale specifico tema per i nuovi obblighi loro derivati dalla legge 335/95.

E prendo l'occasione per dare il mio saluto al Dr. Lista, qui presente, con cui insieme lavorammo in quel periodo.

Voglio qui far rilevare come questo corpo sanitario, composto da varie centinaia di formichine in 150 Centri medico Legali nazionali, sia riuscito con dedizione, studio ed impegno a costruire dal niente un'applicazione dell'istituto dell'inabilità pensionabile, sino ad allora assolutamente sconosciuta.

Molta strada è stata percorsa, e negli anni sempre più Università hanno chiesto all'INPS:

- di accogliere tra i loro specializzandi in Medicina Legale e delle Assicurazioni anche i nostri dirigenti medici;
- a dare ad alcuni di loro specifici incarichi d'insegnamento nelle materie scientifiche istituzionali;
- ad inviare i loro studenti nei nostri Centri medico legali, così come brillantemente prescritto da un decreto del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica del luglio '97, per completare il loro processo formativo teorico-pratico nella disciplina della medicina legale previdenziale;

ed infine varie società scientifiche ci hanno chiesto di presentare i nostri dati ed esperienze di lavoro in ormai decine di sedi congressuali di medicina legale, e non solo.

Ma torniamo sul nostro tema principale: il rischio tutelato dall'art. 2.

Parliamo della tutela economica di una particolare condizione in capo al lavoratore ossia quella di essere affetto da infermità o difetti fisici che gli impediscano di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

Si è trattato di un rischio assolutamente nuovo e tutto da costruire in termini medico legali.

Il punto di particolare complessità nei primi anni, ma anche successivamente, è stata la individuazione del contesto in cui tale rischio deve realiz-

zarsi. Pacifica è la definizione dello stato di malattia, che richiede un peculiare sforzo di accertamento nel *qualis* e nel *quantum*, ma quello degno di tutela è esclusivamente quello *status* così grave da rendere impossibile alla persona, a quella persona, non solo la continuazione dell'attività lavorativa a lui propria, magari storica, omogenea ed anche attuale ma il ragionamento "improbo" richiestoci dal legislatore è stato quello che bisognasse estrapolare tale impedimento anche in altre attività, o meglio in qualsiasi attività.

Ma qualsiasi attività deve intendersi in termini di assoluta scambievolezza, prima concettuale e poi concreta, per esempio tra un'attività intellettuale ed un'altra manuale?

Ossia dobbiamo ritenere che un carpentiere emplegico possa tranquillamente riciclarsi in geometra oppure un bancario informatico, minorato nelle funzioni cognitive, possa pacificamente trasformarsi in operaio generico?

Dai medici dell'Istituto la sfida è stata raccolta ed attraverso le numerose occasioni di confronto realizzate dagli allora vertici istituzionali, il Prof. Iacovelli, che è in sala e che salutiamo con immenso piacere è stato fra questi, si è riusciti ad individuare un modello organizzativo e accertativo che mettesse al centro della ricerca il lavoratore, il contesto operativo, lo stato clinico, le menomazioni funzionali, la diretta incidenza di queste nell'esplicazione di un lavoro o meglio di un'ampia messe di lavori.

Ma allora perché l'esigenza di tenere oggi questa Conferenza Nazionale?

Quando si hanno dubbi diagnostici o necessità di confrontarsi su una determinata condizione morbosa noi medici siamo soliti svolgere un consulto, spesso al capezzale del paziente.

Questa Conferenza Nazionale INPS sull'Inabilità, alla quale sono state chiamate tutte le realtà medico legali, istituzionali e quelle principali pubbliche, nasce dall'esigenza di trovare una prima Sede qualificata di confronto per:

1) svolgere un primissimo bilancio, a livello centrale e periferico, di questi 18 anni di applicazione della legge;

2) individuare i nodi critici operativi, alla luce anche della dottrina e della giurisprudenza formatasi negli anni;

3) rafforzare il delicato ruolo accertativo svolto dal dirigente medico INPS e dall'Istituto stesso, quale Ente privilegiato nella tutela delle invalidità in Italia, in stretto raccordo con le altre istituzioni medico sociali, vedi l'Istituto Italiano di Medicina Sociale, di cui saluto il suo presidente Prof. Ricci, e medico legali pubbliche, vedi le ASL (un caro saluto al Prof. Oliva), la Sanità militare e il Tesoro;

4) sollecitare un confronto territoriale, centro-periferia, per acquisire tutti

i principali dati gestionali ed esperenziali sul fenomeno (criticità, giurisprudenza di merito locale, casi limite, statistiche) e tracciare una prima linea di interventi da riproporre alle sedi e quindi all'esterno, in un congresso programmato l'anno prossimo;

5) trovare possibili e condivisi rimedi e proposte, sia procedurali (dare nuove direttive o circolari ai CML) o normative (che migliorino lo strumento di legge).

Quindi dicevamo all'inizio: la pensione di inabilità è ormai maggiorenne, ma è in buona salute o presenta qualche malessere?

È importante premettere che in questo lungo intervallo di tempo sono nati altri fratelli.

L'idea, riconosciuta giusta per i lavoratori privati ed autonomi, è stata estesa a statali, dirigenti e casalinghe.

Ecco infatti che 11 anni dopo la legge 335/95 allarga la famiglia delle pensioni di inabilità (a tutela universale del lavoro ai sensi dell'art. 38 della Costituzione) a tutte quelle condizioni patologiche assolutamente ostative per la libera esplicazione dello stesso (ovviamente parliamo di un lavoro libero, non usurante e non svolto *pietatis causa!*).

Stavamo chiedendoci se l'istituto della inabilità abbia qualche malessere: io però parlerei più di un eventuale disturbo di crescita.

L'applicazione dell'art.2 è infatti inevitabilmente cambiata alla luce delle *nuove terapie mediche* (pensiamo solo all'AIDS e ai tumori), della *possibilità di vicariare i gravi deficit organo-funzionali con i trapianti o con la protesizzazione*, ove si sono raggiunti negli ultimi lustri risultati assolutamente insperati, nonché per il forte *polimorfismo delle nuove attività lavorative assicurate dall'INPS*, che impone uno studio interno sulla confacenza lavorativa, ma soprattutto in rapporto alla necessità di evitare il più possibile, in rapporto all'esigenze di riqualificazione sociale, l'allontanamento definitivo del soggetto dalla dimensione lavorativa.

Infatti normative italiane ed europee intendono sempre più favorire il *reinserimento* dell'individuo nel mercato del lavoro, ampliandone la collocabilità, anche se portatore di menomazione, handicap e disabilità.

Ed inoltre, possiamo ammetterlo, non esiste più oggi il legislatore, il magistrato o il medico legale dell'emergenza, che aveva fatto dire in alcune occasioni, e con tutta l'inesperienza dei primissimi anni, che *“si poteva essere per legge non inabili anche nelle condizioni in cui si fosse potuto svolgere un qualsivoglia lavoro, ancorché usurante”*.

Quindi nell'INPS l'articolo 2 è *danno al lavoro*, non danno da lavoro e, soprattutto, non è danno generico alla salute.

È tutela del lavoratore, non di un cittadino qualsiasi, quindi di un lavoro qualificato o quantomeno confacente e non ultragenerico!

Vediamo ora i vari aspetti della questione:

- 1) quello dottrinario
- 2) quello operativo
- 3) quello giudiziario.

Da un punto di vista dottrinario per l'inabilità, rileggiamo le prime cose che embrionalmente dissero di essa in qualche anonima stanza del Parlamento.

Nell'ottobre 1983 al Senato il relatore Sen. Bombardieri così recitò:

DDL 242 - SENATORE BOMBARDIERI

L'inabilità ex art. 2 viene definita come la perdita di qualsiasi capacità lavorativa remunerata e non qualsivoglia attività intellettuale e/o motoria; ciò che è compromesso totalmente non è la validità psico-fisica, che ne è il presupposto biologico.

Quindi può residuare una certa efficienza lavorativa purché non utilizzabile con lucro.

Tale affermazione di residualità viene confermata dalla contestuale previsione di revisione dell'istituto *de quo* ex art. 9, che non avrebbe alcun significato prevedere per chi è impossibilitato totalmente e permanente in qualsivoglia generica attività.

ASPETTI DOTTRINARI

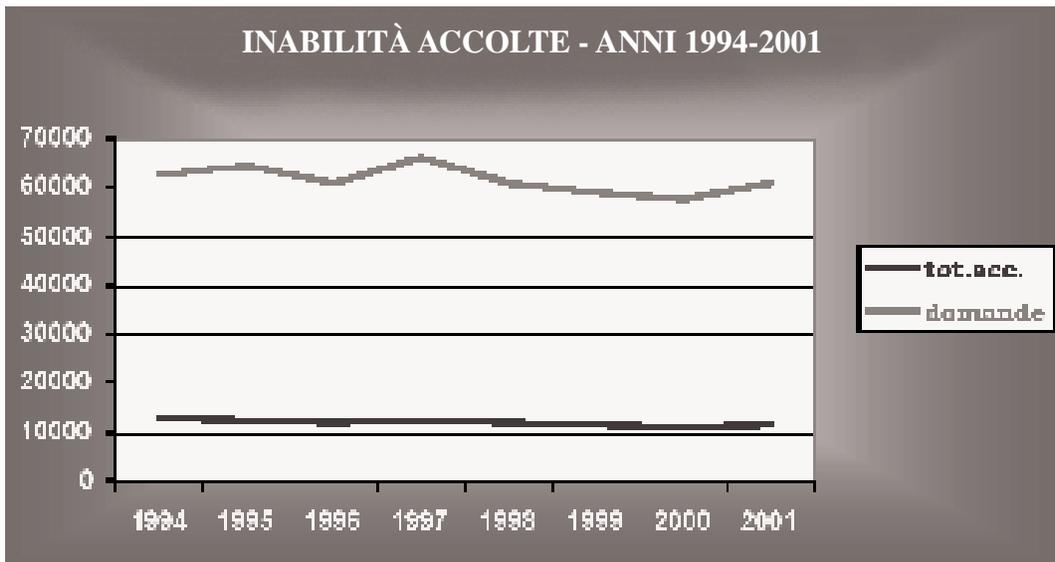
Voglio fare solo un accenno al sistema analogo vigente per i dipendenti pubblici; ove, dopo la legge 335/95, esistono 3 inabilità assolute e permanenti:

- alle mansioni svolte
- a qualsiasi proficuo lavoro
- a qualsiasi attività lavorativa

tutte e tre con specifici requisiti contributivi.

Indico ora solo il problema applicativo principe: l'aggettivazione del qualsiasi lavoro e la tipologia di malattie che hanno grave incidenza sulla sua effettiva esplicazione.

Per l'inabilità il riferimento alla proficuità del lavoro *tout court* ossia al reddito, così come spesso apprezzato da alcuni magistrati o medici legali, ci appare stretto. Anche se è opportuno premettere che solo negli ultimi 10 anni abbiamo consentito a 120.000 assicurati dell'Istituto, su 600.000 che ne hanno fatto richiesta, di fruire di questa importante prestazione con i relativi benefici economici rapportati ad una attività virtualmente svolta sino al 60° anno di età.



*Ma dobbiamo trovare, diciamo, una terza via, che ci permetta di slegarci da un cosiddetto astrattismo e riesca a farci calare ancor più nella concreta applicazione della *ratio legis* nel mondo del lavoro.*

Il riferimento ad un concetto di lavoro proficuo potrebbe essere svolto ma con inequivoco riferimento qualitativo alla reale collocabilità lavorativa di quel soggetto (non astratto), affetto da quelle patologie qualitativamente e concretamente incidenti su di lui con quelle menomazioni funzionali.

Quindi possiamo parlare della perdita di qualsiasi capacità di lavoro in occupazioni confacenti alla persona? o parliamo di collocabilità altamente improbabile del soggetto nel mondo del lavoro?

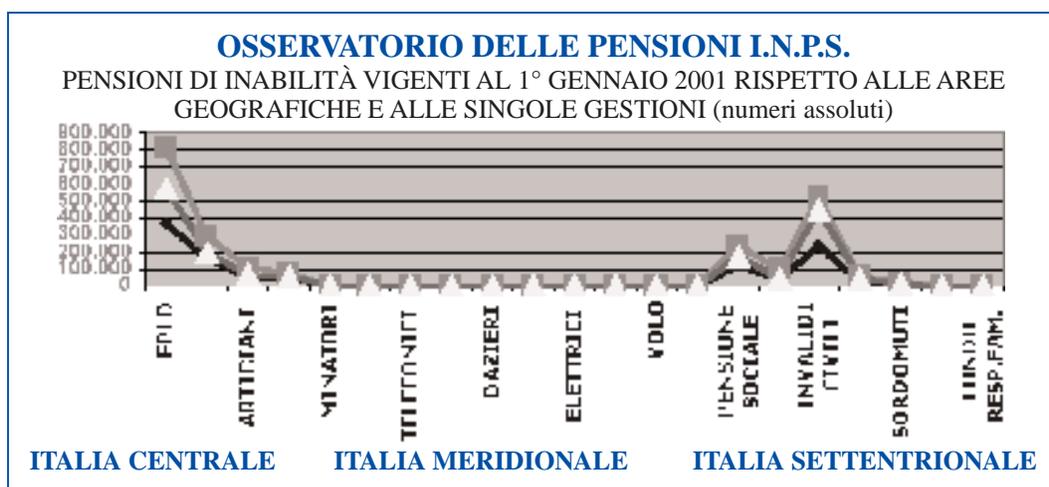
Concedere una pensione di inabilità vuol dire quindi avere il più possibile *la certezza medico legale* che quella malattia rientri tra quelle che *Quoad vitam e Quoad valetudinem* determineranno una assoluta e permanente incapacità a svolgere, per quella persona con quelle menomazioni, qualsiasi lavoro ossia la prevalenza delle attività a lui possibili, e quindi in ultima analisi *parliamo di una persona cui sia di fatto pregiudicata ogni sua reale collocabilità fisica al lavoro.*

Quali principali esperti nella materia credo che possiamo porci con serenità tali domande e, se possibile, trovare tutti insieme delle risposte, prima che, se ci estraniassimo completamente da tale dibattito, che dura da anni intorno alla legge, *alla nostra legge*, qualcuno possa calarle dall'alto, magari con nuovi provvedimenti normativi, cui, tranne qualche inesperto consigliere di turno, noi non avremo potuto dare alcun contributo!

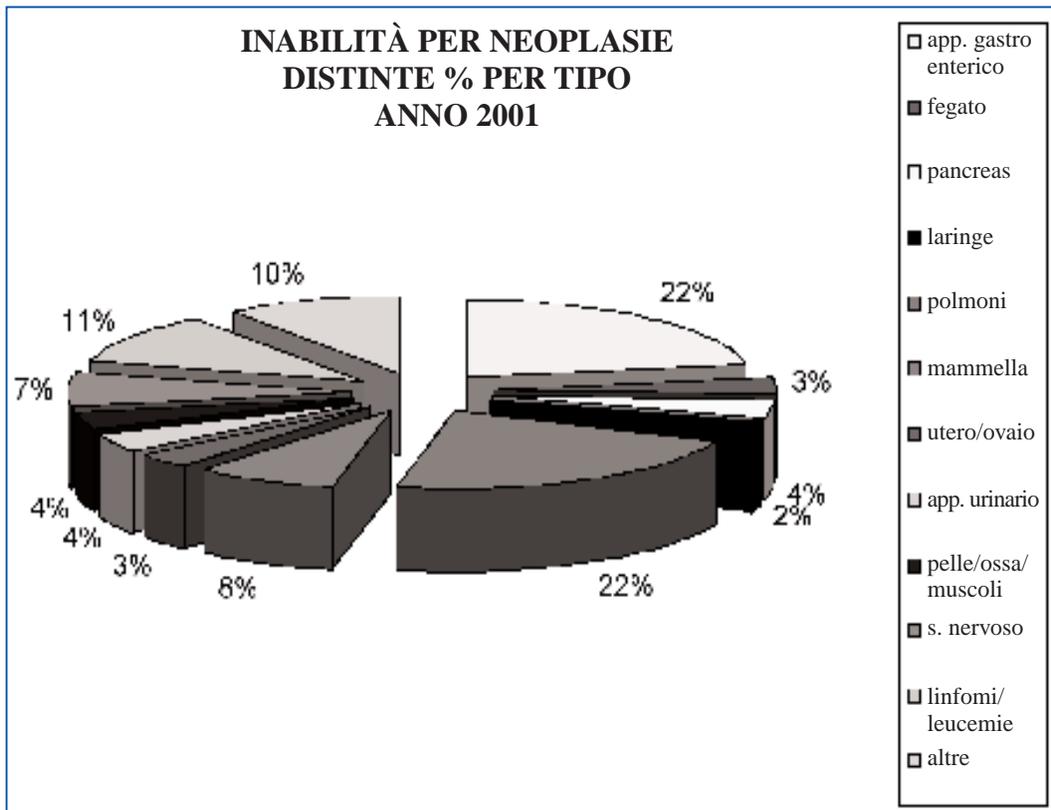
Per concludere questa relazione voglio sintetizzare in alcuni schemi, che vi mostro:

- alcuni dati statistici ed operativi

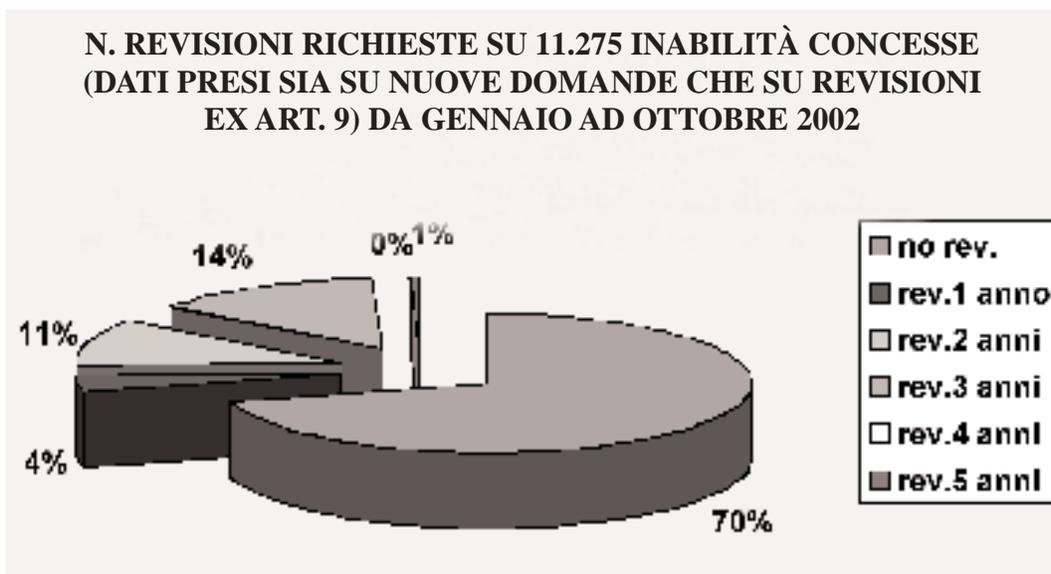
- i flussi economici
 - i principali punti critici
- che sono scaturiti dalla diretta e concreta applicazione della legge e che, molti, sono frutto dei vostri consessi regionali di questi mesi.

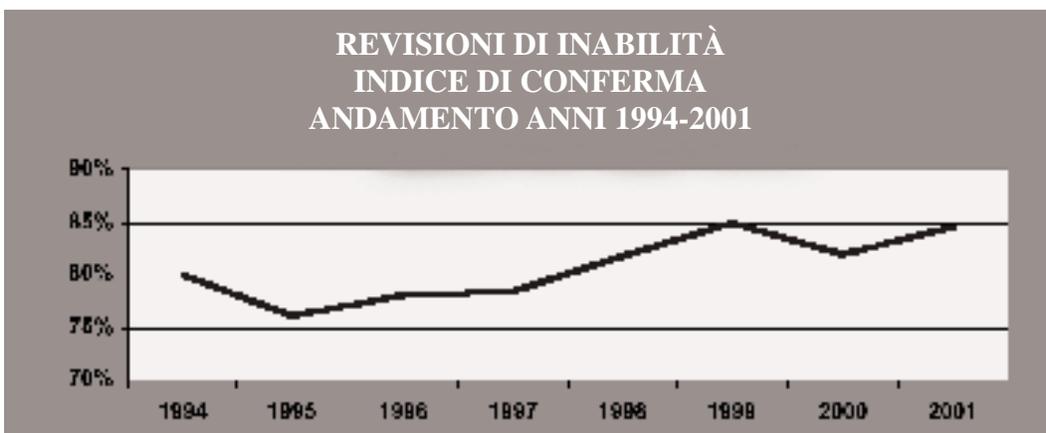
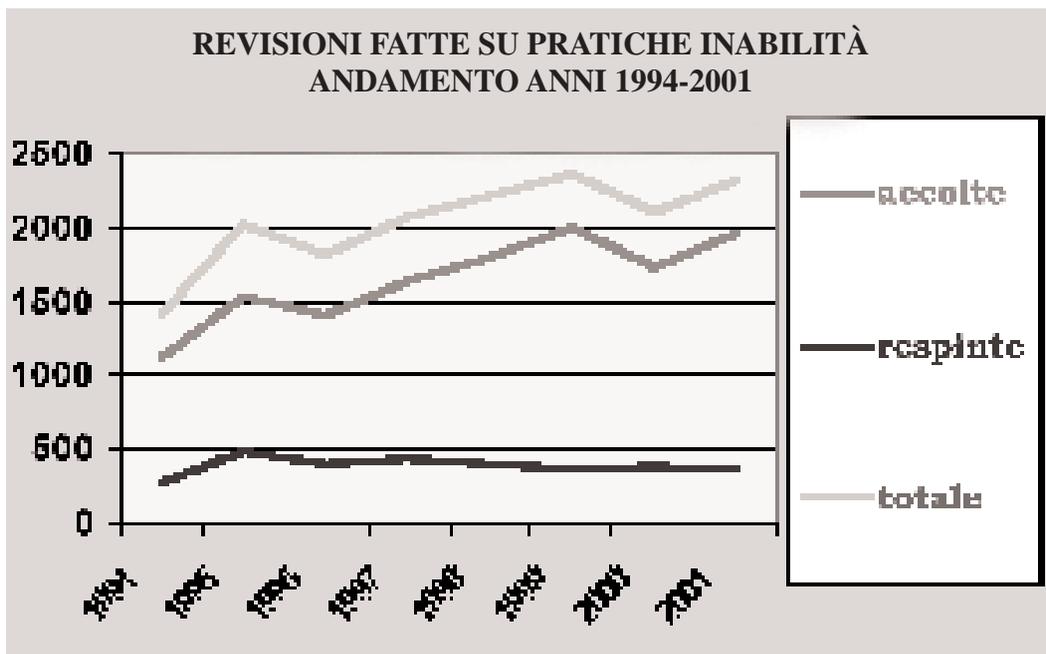


In particolare per quanto riguarda le neoplasie vediamo come è stato l'andamento negli anni rispetto l'accoglimento di invalidità ed inabilità secondo la tipologia di neoplasie prevalenti.



Ecco ora un dato assolutamente originale fornitoci dalla tecnologia informatica.





Vediamo ora alcuni **aspetti di criticità**, presentatisi nella concreta applicazione dell'art. 2 legge 222/84 e visti negli anni dal particolare osservatorio centrale delle invalidità del Coordinamento Centrale Medico Legale.

- inabilità e morte improvvisa o immediata
- inabilità e proficuità del lavoro ex art.36
- inabilità ed attività complementari a quella principale (es. problema del recarsi al lavoro)
 - disabili inseriti al lavoro tramite cooperative sociali
 - inidoneità totale al servizio e inabilità
 - inabilità e analisi valutativa di pluralità di patologie
 - I.R.C. in trattamento dialitico
 - patologia psichiatrica
 - inabilità per soggetti minori o per adulti che non hanno mai lavorato

- inabilità e prognosi (vedi neoplasie)
- inabilità e periodo di effettivo abbandono dell'attività lavorativa
- inabilità e concrete residue attività compatibili con lo stato del soggetto
- inabilità e revisione (Sentenza Corte di Cassazione n.10033 del 1991
“si deve parlare di soppressione del diritto e non di revoca”)
- inabilità e “trapianti”
- inabilità e “nuove professioni”(art. 2, comma 22, l. 335.95)
- inabilità ed “interdizione”

Sui predetti punti, al termine di questa giornata, dovremo trovare insieme alcune opportune risposte.

Lascio ora a voi la parola, ad iniziare dal dr. Piccioni, Coordinatore Centrale dell'Area della Specialistica, che affronterà il tema delicatissimo delle morti improvvise.

Grazie per la vostra paziente attenzione.

Massimo PICCIONI

Coordinatore Centrale
Area della Medicina Specialistica
D.G. INPS - Roma

Un saluto a tutti i partecipanti, al Prof. Ceccarelli Morolli, al Prof. Ricci, al Prof. Oliva, al Prof. Lista.

Premetto la mia totale adesione alla relazione del Dott. Cattani e il ringraziamento al nostro Coordinatore Generale per aver creduto e voluto fermamente realizzare questa occasione di approfondimento scientifico.

L'argomento che mi è stato affidato è una delle problematiche più complesse anche per le sue implicazioni medico-legali e quindi per i suoi riflessi nell'ambito dell'inabilità pensionabile.

Infatti la “morte improvvisa” costituisce uno degli interrogativi di maggiore interesse per il clinico e per il medico legale.

Proprio per questo è indispensabile una premessa generale sulle cause di morte.

In base alle cause che la provocano, si parla distintamente di:

- **Morte Naturale** se il decesso rappresenta la naturale (e perciò prevedibile e prevista) conclusione di un processo morboso, ben conosciuto dal pz., dai familiari o dal medico curante; quando è determinata da malattie che rientrano nell'ordine della morbosità spontanea. Ne costituisce una “varietà” la cosiddetta **Morte Improvvisa**.

- **Morte Violenta** da cause esterne all'organismo; può essere causata dal comportamento violento di terzi o della stessa persona su se stessa (omicidio, suicidio). Ne costituisce una “varietà” la cosiddetta **Morte Traumatica** immediatamente dopo il trauma (ma la rapidità della morte non consentirà di definirla M.I., poiché questa è per definizione solo quella che si verifica per cause naturali) oppure a distanza per sequele o complicanze delle lesioni riportate a causa del sinistro.

- **Morte Iatrogena** quando nella genesi del decesso assumono importan-

za prevalente fattori legati al trattamento medico o chirurgico instaurato, alla errata condotta professionale dei sanitari curanti.

• **Morte Sospetta** quando non è chiara l'origine, interna o esterna, e quindi il carattere di morte naturale o violenta.

La definizione di M.I. si fonda su due possibili criteri:

- Criterio eziologico: causa naturale.
- Criterio cronologico:

morte istantanea (entro pochi minuti dai sintomi iniziali)

morte molto improvvisa (meno di un'ora...)

morte improvvisa (da 1 a 24 ore...): istantanea, in compendio (entro le 12 ore), rapida (tra le 12-24 ore)

morte non improvvisa (più di 24 ore...).

Ciò che interessa in questo ambito è la *definizione corretta di M.I.*, la quale può essere definita come *morte naturale, istantanea o rapida (entro 24 ore) inattesa, imprevedibile, di una persona apparentemente in buona salute.*

“La morte per dirsi improvvisa non deve essere indotta da causa tossica o meccanica o come che sia violenta, ma dovrà essere provocata da causa o concausa unicamente e solo naturale”.

*Le cause più frequenti di M.I. sono le **cardiopatie**:*

- **Morte Aritmologica:** coronaropatie aterosclerotiche, miocardiopatie (ipertrofica..), displasia aritmogena del V.D., S. di Brugada, WPW, Sindrome del QT lungo, valvulopatie (stenosi aortica)...

- **Morte da Insufficienza Meccanica:** tamponamento cardiaco, miocarditi, rottura di cuore, rottura di aneurisma aortico...

Altre cause di M.I. sono rappresentate dalle *cause vascolari periferiche* (embolia polmonare e cerebrale, aneurismi aortici, emorragie intracraniche), dalle *cause respiratorie* (asma, pneumotorace, edema glottideo), dalle *cause gastroenteriche* (peritoniti, pancreatite ittero-emorragica, emorragie digestive, emoperitoneo), dalle *cause disendocrine e dismetaboliche* (chetoacidosi diabetica...).

Dal punto di vista epidemiologico la M.I. nel mondo occidentale è responsabile del 15-20 % di tutte le morti naturali.

Il 60 % delle morti avviene per cardiopatia ischemica, il 40 % per altre cause.

Ogni anno in Italia si verifica una M.C.I. ogni 1000 abitanti; in Europa l'incidenza è di circa 500 decessi/anno per milione di abitanti (uomo/donna = 3/1; età 20-64 anni).

In base a criteri anatomo - patologici i casi di M.I. possono essere così classificati:

1. Soggetti portatori di lesioni viscerali croniche od acute causa del decesso:

- processi morbosi ad andamento cronico asintomatici,

- complicità mortale di processi morbosi cronici asintomatici,
- malattie iperacute, "fulminanti" (es. miocarditi...)

2. Soggetti con reperto anatomico-patologico negativo

CONSIDERAZIONI

Va sottolineato, innanzitutto la complessità della definizione di M.I. sia in relazione al criterio cronologico che eziologico ed in particolare l'alta incidenza tra la popolazione lavorativa, più frequente nei maschi, le cause numerose a carico di diversi organi ed apparati, l'esistenza di quadri anatomico-patologici non sempre dirimenti e soprattutto le opinioni non univoche in clinica e in medicina legale.

Ai fini medico-legali previdenziali esistono alcuni possibili criteri di ammissione per la valutazione in tema di inabilità.

Possibili criteri di ammissione

- morte naturale, inattesa, entro 24 ore
- in soggetti nei quali la causa della morte è una patologia cronica preesistente asintomatica, non precedentemente diagnosticata o una sua complicità.

Contestualmente è possibile ipotizzare anche possibili criteri di esclusione dalla valutazione medico-legale previdenziale.

Possibili criteri di esclusione

- criterio cronologico non determinante (morte istantanea, in compendio o rapida)
- quadri anatomico-patologici caratterizzati da patologia iperacuta in assenza di processi morbosi cronici o negativi.

CONCLUSIONI

Nella definizione del rapporto tra morte improvvisa e inabilità il percorso è ancora lungo in clinica e in medicina legale, per cui non è possibile nessuna risposta definitiva.

Le uniche certezze concernono la definizione del criterio eziologico come criterio base e del criterio anatomico-patologico in grado di evidenziare un processo morboso cronico preesistente ed infine l'assenza di cause esterne.

Nei Centri Medico-Legali INPS e nei Centri Regionali Polispecialistici le attività di diagnostica clinica e strumentale dei processi morbosi cronici

preesistenti non precedentemente documentati sono in grado di fornire spesso informazioni sull'esistenza di fattori predisponenti alla M.C.I. e, se difficoltà si incontrano nella valutazione medico-legale, un contributo concreto viene dato sul piano della **prevenzione della morte improvvisa**.

In sintesi, è anche questa un'occasione per evidenziare come l'apporto degli specialisti interni ai fini dell'accertamento dell'inabilità pensionabile- così come per la morte improvvisa- ma soprattutto per le patologie croniche più complesse, è certamente utile ed indispensabile.

Paolo OLIVA

Responsabile del Servizio
di Medicina Legale
ASL Roma D

PECULIARITÀ DELL'INABILITÀ NELL'AMBITO DEL S.S.N.

L'inabilità nell'ambito del S.S.N. richiederebbe, per una trattazione completa, spazi ben maggiori rispetto a quelli concessimi per cui mi limiterò ad esaminarne soltanto alcuni aspetti.

Nel campo dell'invalidità civile l'inabilità deve essere limitata alla fascia di età lavorativa, 18-65 anni, anche se si tende ad ampliare tale fascia diminuendo di 2 anni l'età minima in considerazione dell'età di inizio dell'attività di apprendistato, ed è regolamentata dall'art. 12 della Legge 18 del 1971 che recita "Ai mutilati ed invalidi civili di età superiore agli anni 18, nei cui confronti, in sede di visita medico-sanitaria, sia accertata una totale inabilità lavorativa, è concessa...".

Tale concetto viene ribadito dalla Legge 118 del 1980 e dalla L. 508 del 21 novembre '88 che, all'art. 1, recita "L'indennità di accompagnamento è concessa ai "cittadini nei cui confronti sia stata accertata una inabilità totale...".

Sembrerebbe quindi pacifico che in ambito di invalidità civile si dovesse parlare di inabilità secondo gli stessi canoni dell'inabilità dell'INPS ovvero sia di assoluta e totale incapacità lavorativa.

Ma la stessa Legge 508 del 21 novembre 88, al comma 3 del citato art. 1, recita "fermi restando i requisiti sanitari previsti dalla presente legge, l'indennità di accompagnamento non è incompatibile con lo svolgimento di attività lavorativa..." modificando quindi il concetto di inabilità almeno per quanto riguarda quei soggetti che hanno necessità di una assistenza continua non essendo in grado di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita o che non sono in grado di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore.

Due giorni dopo (il 23 novembre dell'88) il D. L.vo 509 richiama il concetto della totale incapacità lavorativa ed ecco quindi che ci troviamo di fronte a tale situazione:

- soggetti compresi tra i 18 e i 65 anni che non hanno necessità di un accompagnatore: va valutata la totale incapacità lavorativa;
- soggetti compresi tra i 18 e i 65 anni che hanno necessità di un accompagnatore: l'inabilità è compatibile con l'attività lavorativa.

Tale situazione si veniva ad aggiungere ad una sempre maggiore importanza che l'invalidità civile assumeva nel nostro contesto sociale e, soprattutto, ad una crescente spesa ad essa legata.

Si aveva quindi un rifiorire di convegni e di dibattiti sull'argomento da cui riemergevano i concetti di:

- *capacità lavorativa generica* cioè la capacità potenziale di dedicarsi a qualsivoglia lavoro generico che non richieda una data specializzazione, cioè ancora come l'insieme delle condizioni psico-fisiche che permettono lo svolgimento di un lavoro non specializzato al fine di poter ricollocare l'invalido nel mondo del lavoro (concetto poi ripreso dalla L. 68/99)

- *capacità lavorativa specifica* cioè l'insieme delle condizioni psico-fisiche che permettono lo svolgimento di uno specifico lavoro non sempre di tipo manuale; capacità specifica che permette di valutare differentemente una determinata patologia se applicata a due distinte lavorazioni

- *capacità semispecifica* concetto che, richiamando le attività confacenti, riavvicina l'invalidità civile, almeno da un punto di vista strettamente medico-legale, all'invalidità pensionabile.

Tale complessa situazione ha quindi reso ragione della decisione di consentire la presidenza delle Commissioni soltanto agli specialisti in Medicina Legale; soltanto una specifica competenza poteva infatti permettere di muoversi bene tra le varie norme (non dimentichiamoci che la materia dell'invalidità civile è stata la materia che ha subito negli ultimi 15 anni il maggior numero di modifiche legislative), di riportare la spesa in termini accettabili e di valutare, quindi, con il 100% soltanto le patologie effettivamente inabilitanti.

Sempre rimanendo nell'ambito dell'invalidità civile non possiamo non ricordare come nelle fasce di età inferiori a 18 anni e superiori ai 65 il concetto di inabilità è completamente diverso in quanto fa riferimento non più a quanto precedentemente riportato, bensì all'incapacità di svolgere autonomamente gli atti quotidiani propri dell'età che si differenziano, ovviamente, da quelli propri della vita.

Non è questa la sede per affrontare la problematica relativa agli atti quotidiani della vita; mi limiterò soltanto a ricordare che il concetto, soprattutto per i soggetti ultrasessantacinquenni, risente molto dell'aspetto sociale e dovrebbe quindi essere considerata la possibilità concreta di ritrovare vivo un soggetto lasciato solo, più che essere guidati da principi economici che po-

trebbero trovare una soluzione in scelte politiche diverse (ad es. legare l'indennità ad un reddito al di sotto di una soglia da concordare) e non nella mancata concessione di una indennità solo perché il soggetto, magari, è in grado di mangiare da solo.

Mi sembra invece questa la sede opportuna per ricordare come nella ASL RM D è stata, da tempo ormai, istituita una collaborazione con l'INPS (al di là della recente convenzione stipulata dalla Regione Lazio per motivi di erogazione delle prestazioni economiche) per formare delle commissioni miste in cui alle figure dei Medici Legali delle ASL si affianchino le figure dei Medici Legali dell'Istituto; questa collaborazione potrà avvicinarci sempre di più a quel concetto di Dipartimento Unico di Medicina Legale Pubblica al quale far afferire tutti i Medici Legali pubblici indipendentemente dall'origine (INPS, INAIL, ASL, Polizia, Forze Armate, Tesoro, FFSS, etc).

Tale Dipartimento potrebbe, in una fase iniziale, far mantenere le competenze professionali acquisite, per passare (magari con le nuove assunzioni) ad una fase di completa integrazione.

Tale Dipartimento infine non dovrebbe essere legato a logiche economiche ma soltanto a logiche medico-legali di primario interesse del cittadino e dello Stato.

Luigi LISTA

Capo Sezione Medicina Legale
Centro Studi e Ricerche - Sanità e Veterinaria
Ministero della Difesa - Roma

Un ringraziamento da parte mia al prof. Ceccarelli Morolli ed un saluto ai presenti ed a quanti sono in collegamento dalle Sedi Regionali.

Il tenente generale medico Convito, Capo del Dipartimento di Sanità e Veterinaria dell'Esercito e Capo del Corpo di Sanità dell'Esercito, mi ha incaricato di portare il suo saluto e partecipare il suo apprezzamento per questa iniziativa al prof. Ceccarelli ed al Coordinamento Generale Medico Legale dell'INPS.

Il tema di questa Conferenza mi riporta con gioia alla bellissima collaborazione ed esperienza della Sanità Militare con l'INPS negli anni '97-'98, allorquando nelle Sedi di Brescia, Verona, Genova, Firenze, Napoli e Bari abbiamo insieme provveduto a portare un tempestivo aggiornamento ed indottrinamento dei medici militari, allorché la L.335/95 estese il beneficio della pensione di inabilità anche al Pubblico Impiego.

Sono stato invitato a tenere questa relazione in un particolare momento per la medicina legale pubblica, ovvero quella che oggi viene ancora trattata dalle CMO, perché di recente è stato approvato un regolamento di semplificazione che è entrato in vigore il 22/01/02, e che doveva essere seguito entro 30 giorni da uno di esecuzione.

Le nostre organizzazioni medico legali, per problemi di ordine quantitativo, oltre che qualitativo, si trovano un po' in difficoltà.

Come in difficoltà sono io che ho dovuto assemblare i vari riflessi che l'inabilità ha nel settore del pubblico impiego.

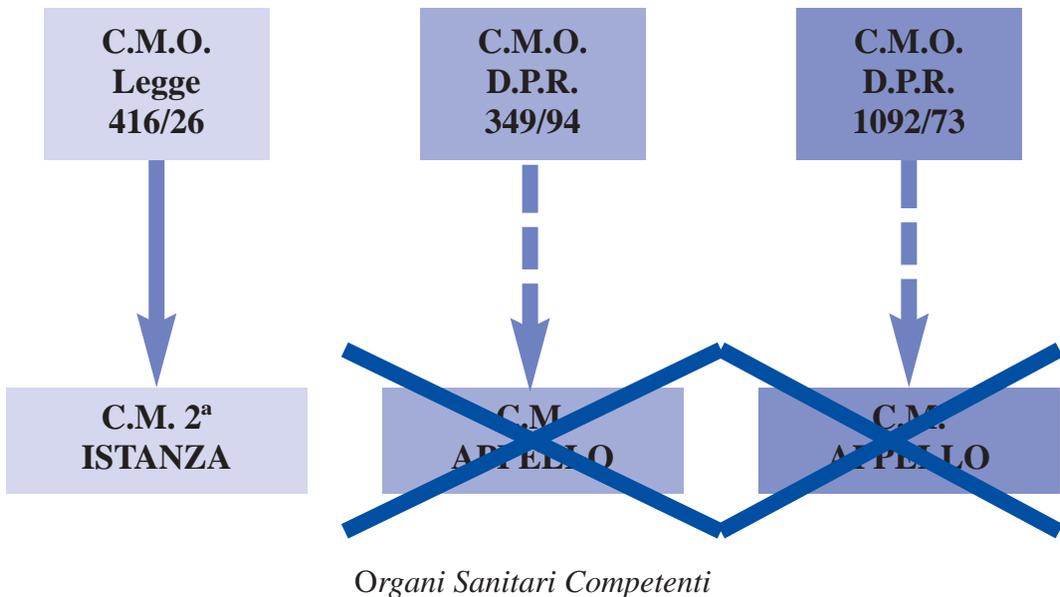
Il collega Oliva ha già tracciato qualche linea sulle competenze ASL.

Ripartiamo quindi dal comma 2 art.12 della legge 335/95.

Art. 2, comma 12 - Legge 335/95

Con effetto dal 1° gennaio 1996, per i dipendenti delle Amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, iscritti alle forme di previdenza esclusive dell'Assicurazione Generale Obbligatoria, nonché per le altre categorie di dipendenti iscritti alle predette forme di previdenza, cessati dal servizio per infermità non dipendenti da causa di servizio per le quali gli interessati si trovino nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa, la pensione è calcolata in misura pari a quella che sarebbe spettata all'atto del compimento dei limiti di età previsti per il collocamento a riposo. In ogni caso non potrà essere computata un'anzianità utile ai fini del trattamento di pensione superiore a 40 anni e l'importo del trattamento stesso non potrà superare l'80 per cento della base pensionabile, né quello spettante nel caso che l'inabilità sia dipendente da causa di servizio.

TRE DIVERSE TIPOLOGIE DI COMMISSIONE MEDICHE OSPEDALIERE



COMMISSIONE MEDICA OSPEDALIERA

La commissione esegue gli accertamenti sanitari mediante visita diretta nella propria sede. Nei casi di comprovate gravi condizioni di salute dell'interessato, che non gli permettano di recarsi nella sede della commissione, il presidente può disporre l'esecuzione della visita domiciliare a cura del membro relatore e, se ritenuto necessario, di altro membro della commissione.

La commissione, può esaminare i documenti sanitari eventualmente esibiti dall'interessato, quali elementi di orientamento per gli accertamenti diagnostici. Inoltre, la commissione può pronunciare il suo giudizio utilizzando anche documentazione sanitaria rilasciata da strutture pubbliche, in originale o in copia conforme, e può altresì disporre il ricovero e richiedere accertamenti sanitari anche presso tali strutture.

- L'interessato ha la facoltà di farsi assistere, nel corso degli accertamenti, da un medico di fiducia, riservandosi di indicarne il nominativo alla commissione fino alla data di convocazione a visita medica. Il medico di fiducia può formulare osservazioni e chiederne la trascrizione nel processo verbale

- Le spese relative al medico di fiducia sono a carico dell'interessato.

- Nel caso in cui gli accertamenti riguardino particolari infermità, il presidente può chiamare a far parte della commissione, di volta in volta e per singoli casi, un medico specialista con voto consultivo.

- La commissione si pronuncia a maggioranza; l'eventuale membro dissenziente fa inserire a verbale i motivi del dissenso.

Il membro relatore della commissione, al termine degli accertamenti sanitari, redige un processo verbale dal quale devono risultare:

- la data di definizione del verbale e le generalità dell'interessato;
- gli accertamenti eseguiti;
- il giudizio diagnostico sulle infermità riscontrate con l'indicazione della menomazione complessiva che compromette l'efficienza psico-fisica;
- Il giudizio sulle conseguenze che le infermità riscontrate determinano sulla idoneità al servizio, indicando se queste costituiscano o meno impedimento temporaneo o permanente alla prestazione lavorativa.

GIUDIZI DI INABILITÀ

TIPOLOGIE

- **INABILITÀ TEMPORANEA AL SERVIZIO**
- **INABILITÀ PERMANENTE ED IN MODO RELATIVO AL SERVIZIO**
- **INABILITÀ PERMANENTE ED IN MODO ASSOLUTO AL SERVIZIO**
- **INABILITÀ PERMANENTE A (QUALSIASI) PROFICUO LAVORO**
- **INABILITÀ ASSOLUTA E PERMANENTE A QUALSIASI ATTIVITÀ LAVORATIVA**

Inoltre dal verbale devono risultare:

- La sussistenza o meno dell'assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa determinata da infermità, che cagionino o abbiano cagionato la cessazione dal servizio;

- se la eventuale inabilità è determinata da infermità dipendenti o meno da causa di servizio. Nei casi di coesistenza di infermità dipendenti e non dipendenti da causa di servizio, occorre precisare se la inabilità è determinata in misura prevalente dalle une o dalle altre;

- l'eventuale previsione di una rivedibilità, qualora emergano risultanze per ritenere che, anche col tempo, possano far cessare lo stato inabilitante;

- la classifica tabellare delle infermità inabilitanti;

- le eventuali osservazioni del medico di fiducia;

- le eventuali osservazioni del membro dissenziente della commissione, in caso di giudizio non unanime;

- la qualifica e la firma di tutti i membri della commissione.

La commissione restituisce all'amministrazione o ente richiedente il verbale, entro sessanta giorni dalla data della sua definizione.

La commissione, decorso il termine di trenta giorni dalla data fissata per gli accertamenti, restituisce inevasa la pratica dell'interessato che non si sia presentato entro il predetto termine, senza darne comunicazione.

INABILITÀ E DISPENSA

L'amministrazione o ente, ricevuto l'esito degli accertamenti sanitari attestante lo stato di inabilità assoluta e permanente a svolgere qualsiasi attività lavorativa, provvede alla risoluzione del rapporto di lavoro del dipendente, ovvero agli adempimenti occorrenti se la risoluzione del rapporto di lavoro è già intervenuta.

Qualora l'esito degli accertamenti attesti uno stato di inabilità permanente al servizio non si procede ad ulteriori accertamenti sanitari ai fini dei successivi adempimenti a carico dell'amministrazione o ente, salvo che per l'applicazione di disposizioni speciali o per particolari esigenze.

Nei casi in cui la procedura per la risoluzione del rapporto di lavoro per infermità dipendenti e non dipendenti da causa di servizio venga espletata in assenza della domanda di inabilità, i relativi accertamenti sanitari continuano ad essere svolti dai competenti organi sanitari previsti, rispettivamente, dalle disposizioni in vigore nei distinti ordinamenti previdenziali e dalle norme che disciplinano il rapporto di lavoro.

Ecco ora alcuni dati statistici:

**DOMANDE DI INABILITÀ ESAMINATE DALLA CMO DI TORINO
DA INIZIO APPLICAZIONE LEGGE 335/95 A 30/06/99**

N° totale casi esaminati	539	%
Giudizio favorevole	262	(48,6)
Giudizio contrario	268	(49,7)
Tempi non idonei	9	(1,7)

Osservando l'indice di accoglimento che risulta in questa tabella, tanto più elevato rispetto a quello riportato dai vostri dati sugli assicurati INPS, vorrei far notare che solitamente, nel nostro ambito, la domanda di inabilità per causa non di servizio, viene presentata solo da coloro che versano veramente in gravi condizioni di salute, per cui ricorre un più facile giudizio positivo.

Vi propongo adesso una tabella in cui sono riportati i dati in valore assoluto ed in percentuale sulle inabilità accolte e respinte suddivise per patologie.

Possiamo evidenziare come le patologie prevalenti siano le neoplasie, le malattie psichiatriche e le forme neurovascolari (vedi tabella pagina successiva).

POSTERIORMENTE ALL'ENTRATA IN VIGORE DEL NUOVO REGOLAMENTO

Il citato articolo 18, anche per gli accertamenti in tema di pensione di inabilità fa espresso rinvio alle norme previste dall'articolo 15 del nuovo regolamento che prevede:

1. *Ai fini dell'accertamento delle condizioni di idoneità al servizio, l'Amministrazione sottopone il dipendente a visita della Commissione, con invio di una relazione recante tutti gli elementi informativi disponibili.*

2. *Si applicano le disposizioni di cui all'articolo 6.*

3. *In conformità all'accertamento sanitario di inidoneità assoluta a qualsiasi impiego e mansione, l'Amministrazione procede, entro trenta giorni dalla ricezione del verbale della Commissione, alla risoluzione del rapporto di lavoro e all'adozione degli atti necessari per la concessione di trattamenti pensionistici alle condizioni previste dalle vigenti disposizioni in materia, fatto salvo quanto previsto per il personale delle forze armate e delle forze di polizia, anche ad ordinamento civile.*

A sua volta, come evidenziato, il richiamo alle disposizioni contenute nell'articolo 6, sempre del nuovo regolamento, evidenzia che l'organo sanitario competente è la Commissione da essa prevista.

MALATTIA	TOTALE	%	INABILI	%	NON INABILI	%	TNI	%
NEOPLASIE	183	34	127	69,3	53	28,9	3	1,7
NEURO/VASCOL	76	14,1	41	53,9	35	46,1	/	/
PSICHIATRICHE	82	15,2	53	64,6	27	32,3	2	2,5
REUM./ORTOP.	22	4,1	2	9,1	20	90,9	/	/
CARDIOLOGICHE	36	6,6	7	19,4	28	77,7	1	2,7
RESPIRATORIE	5	0,9	4	80	1	20	/	/
OCUL/ORL 1	7	3,2	6	35,8	11	64,7	/	/
AIDS	6	1,1	5	83,3	1	16,7	/	/
NEFROLOGICHE	8	1,6	/	/	6	75	2	25
GASTROENTER	4	0,8	2	50	2	50	/	/
EMATOLOGICHE	1	0,2	/	/	1	100	/	/
METAB/ENDOCR	3	0,5	2	66,6	1	33,3	/	/
POLIPATOLOGIE	96	18	15	15,6	80	83,3	1	1,1

Si fa rinvio ad un decreto del Ministero dell'Economia e Finanze di concerto, tra gli altri, anche con la Difesa per la previsione dei giudizi necessari in un modello di verbale. Nel merito dei giudizi occorrenti per la definizione di una pratica medico-legale in argomento, è il comma 6 che prevede intanto solo tre dei giudizi che sono necessari: il giudizio di idoneità, di altre forme di inabilità, nonché la indicazione della ascrivibilità della menomazione dell'integrità fisica, psichica o sensoriale.

Gli accertamenti sanitari devono essere svolti

dalla **Commissione Medica Ospedaliera**

ovvero, in via alternativa,

dalle **Commissioni mediche di verifica** del Ministero dell'Economia e delle Finanze (D.lvo 278/98).

o

dalle **Commissioni mediche di invalidità civile** presso le Aziende Sanitarie Locali (Legge 295/90).

Per completezza e per le indicazioni di dettaglio, si riporta l'**articolo 6**, che costituirà ormai il modello unico di riferimento della nuova Commissione Medica Ospedaliera:

1. **La diagnosi dell'infermità o lesione** comprensiva possibilmente anche dell'esplicitazione eziopatogenetica, nonché del momento della conoscibilità della patologia, e delle conseguenze sull'integrità fisica, psichica o sensoriale, e sull'idoneità al servizio, è effettuata dalla Commissione territorialmente competente in relazione all'ufficio di ultima assegnazione del dipendente ovvero, se il dipendente è pensionato o deceduto, alla residenza rispettivamente del pensionato o dell'avente diritto. Per coloro che risiedono all'estero la visita è effettuata, per delega della commissione, da un collegio di due medici nominati dalla locale autorità consolare ovvero dal medico di fiduciario dell'autorità stessa.

2. **La Commissione è composta di tre ufficiali medici** di cui almeno uno, preferibilmente, specialista in medicina legale e delle assicurazioni. Assume le funzioni di presidente il direttore dell'Ente sanitario militare o l'ufficiale superiore medico da lui delegato o, in loro assenza, l'ufficiale superiore medico più elevato in grado o, a parità di grado, con maggiore anzianità di servizio.

3. La Commissione, quando deve pronunciarsi su infermità o lesioni di **militari appartenenti a forze armate diverse o di appartenenti a corpi di polizia**, anche ad ordinamento civile, è composta di due ufficiali medici, di cui uno con funzioni di presidente identificato con le modalità indicate al comma 2, e di un ufficiale medico o funzionario medico della forza armata, corpo o amministrazione di appartenenza.

4. La Commissione, per esigenze legate alla complessità dell'accertamento sanitario, può richiedere la partecipazione alla visita, con voto consultivo, di un **medico specialista**.

5. L'interessato può essere assistito durante la visita, senza oneri per l'amministrazione, da un **medico di fiducia**, che non integra la composizione della Commissione.

6. **La Commissione, entro trenta giorni dalla ricezione degli atti dall'Amministrazione, effettua la visita** per il tramite di almeno un componente e redige **processo verbale**, firmato da tutti i membri. Dal verbale debbono risultare le generalità del dipendente, la qualifica e la firma dei componenti della Commissione, il giudizio diagnostico, gli accertamenti e gli elementi valutati a fini diagnostici, la determinazione della data di conoscibilità e stabilizzazione dell'infermità da cui derivi una menomazione ascrivibile a categoria di compenso, nonché l'indicazione della categoria stessa, il giudizio di idoneità al servizio od altre forme di inabilità, le eventuali dichiarazioni verbali del medico designato dall'interessato, i motivi di dissenso del componente eventualmente dissenziente ed il voto consultivo del medico specialista.

7. **Il verbale è trasmesso all'Amministrazione competente entro quindici giorni dalla conclusiva visita.** In caso di accertamento conseguente alla trasmissione di certificazione medica ai sensi dell'articolo 8, comma 1, il verbale è inviato direttamente al Comitato dalla Commissione, che provvede a dare comunicazione all'interessato ai sensi del comma 2 dello stesso articolo 8.

8. **In caso di accertamento diagnostico di infezione da HIV o di AIDS**, il Presidente della Commissione interpella l'interessato per il consenso, da sottoscrivere specificamente a verbale, circa l'ulteriore prosecuzione del procedimento; il Presidente impartisce le necessarie disposizioni, anche organizzative, in aggiunta a quanto previsto dall'articolo 3 del decreto legislativo 11 maggio 1999, n. 135, per l'ulteriore utilizzazione e conservazione dei contenuti del verbale, in modo da limitare la conoscibilità.

9. **La data di effettuazione della visita è comunicata al dipendente con anticipo non inferiore a dieci giorni.** In caso di mancata partecipazione, per giustificato motivo del medico designato dal dipendente alla visita, è convocata una nuova visita da effettuarsi entro trenta giorni dalla prima.

10. **In caso di giustificata assenza del dipendente** alla visita, la Commissione convoca il dipendente per una nuova visita da effettuarsi entro trenta giorni dalla prima.

11. **In caso di ingiustificata assenza del dipendente** alla visita, la Commissione redige processo verbale e restituisce gli atti all'Amministrazione nel termine di quindici giorni.

12. Il Presidente della Commissione, in caso di comprovato e permanente impedimento fisico del dipendente, può disporre l'esecuzione della **visita domiciliare** da parte di un componente della Commissione stessa.

13. **Con decreto del Ministero** dell'economia e delle finanze, di concerto con i Ministeri della giustizia, della difesa, dell'interno e della salute, da adottarsi entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente regolamento, **sono definiti i criteri organizzativi** per l'assegnazione delle domande agli organismi di accertamento sanitario di cui all'articolo 9 ed è approvato il modello di verbale utilizzabile, anche per le trasmissioni in via telematica, con le specificazioni sulle tipologie di accertamenti sanitari eseguiti e sulle modalità di svolgimento dei lavori.

CONCLUSIONI

La riflessione di un medico-legale che può scaturire da queste brevi note di commento normativo, è quella che finalmente il nuovo regolamento fa intravedere un notevole passo in avanti nella semplificazione dei procedimenti, riduzione e uniformazione dei tempi, riduzione, accorpamento e armonizzazione di procedimenti di medesime attività, soprattutto per quelle di tipo sanitario, che evitano soprattutto all'invalido, quando non è già grande invalido o addirittura superinvalido quelle "vie crucis" che oggi erano diventate sempre più lunghe, tortuose e plurime.

In definitiva, dopo vari tentativi con decreti-legge non convertiti e tre deleghe parlamentari, è stato finalmente approvato un regolamento che per noi operatori del settore finalmente individua un organo sanitario unitario, che può operare anche in formazione inteforzizzata, cui sono attribuiti compiti sufficientemente chiari, senza ulteriori aporie e discontinuità procedurali che nell'ultimo quinquennio hanno messo a dura prova la professionalità di ognuno di noi e l'organizzazione della medicina legale (militare) pubblica.

Pietrantonio RICCI

Presidente dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale
Direttore dell'Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni
dell'Università della Calabria - Catanzaro

Dieci anni sono passati dalla promulgazione della legge 104/92, legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate, che ha recepito una più matura sensibilità sociale nei confronti del disabile. Il disabile non è considerato più un peso per la collettività, da tutelare con prestazioni previdenziali o assistenziali, ma una risorsa da utilizzare rispettando la dignità e i diritti della persona, nell'ottica di un solidarismo attivo e non di facciata. L'aspirazione al cambiamento del sistema di protezione sociale è chiaramente espressa già nella relazione di accompagnamento alla legge laddove si afferma *che "gli interventi previsti dalla nuova disciplina legislativa mirano a concretizzare, pur nella consapevolezza delle difficoltà connesse ai tempi e ai costi di attuazione, una produttiva e reale integrazione della persona con handicap nel tessuto sociale"*.

Il **"disabile come risorsa"** è il concetto base della legge 104/92 che deve informare sia gli interventi di tutela economica apprestati dall'assicurazione obbligatoria contro l'invalidità (legge 222/84) che quelli rivolti al collocamento mirato del disabile previsti dalla legge 68/99 e dall'atto di indirizzo e coordinamento recante i criteri di accertamento delle condizioni di disabilità (DPCM 13.1.2000).

Le norme di legge che definiscono l'invalido pensionabile INPS e il cittadino disabile collocabile, devono essere, quindi, interpretate nella fase applicativa di specifica competenza medico legale, al fine di garantire compiutamente e congiuntamente il diritto alla salute, il diritto al lavoro e i diritti sociali (assistenza per il cittadino, previdenza per il lavoratore).

L'invalido INPS è un lavoratore che a causa di infermità o di difetto fisico o mentale vede ridotta permanentemente la propria capacità lavorativa

attitudinale a meno di un terzo. L'inabile INPS non può svolgere, in modo assoluto e permanente, una qualsiasi attività lavorativa remunerata.

Il disabile collocabile è un cittadino (lavoratore e non) che a causa di una qualunque minorazione presenta una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%, ma che conserva comunque abilità che gli consentano di disimpegnare una attività lavorativa compatibile con il suo patrimonio biologico ed attitudinale.

Un parametro definitorio comune è, come si vede, quello della capacità lavorativa.

Il DPCM 13.1.2000 definisce la capacità lavorativa come la potenzialità ad espletare una o più attività qualora sussistano caratteristiche ben delineate, sia biologiche, sia attitudinali, sia, ancora, tecnico-professionali.

Elemento centrale della valutazione è, quindi, la personalità biologica del lavoratore.

I punti di contatto con la definizione dell'invalido INPS sono bene evidenti ove si consideri che il riferimento alle occupazioni confacenti alle attitudini nel giudizio di invalidità pensionabile costituisce un fattore di personalizzazione nella valutazione del danno alla capacità lavorativa.

Anche l'invalido INPS è, tuttavia, un invalido collocabile. In definitiva, uno dei momenti più qualificanti dell'attività del medico-legale previdenziale è proprio quello della diagnosi differenziale tra invalido (collocabile) e inabile (non più collocabile).

Invalido è quel lavoratore che può continuare a svolgere, senza usura, una attività lavorativa confacente a tempo parziale o una attività declassata meno impegnativa (anche a tempo pieno).

Inabile è quel lavoratore che non può più svolgere neppure una attività declassata a tempo parziale.

Prima di emettere un giudizio medico legale di invalidità o di inabilità, è bene considerare con molta attenzione il ruolo degli interventi di riabilitazione e di riqualificazione professionale. La attuale dinamica del mercato del lavoro richiede flessibilità e capacità di riconvertire le proprie attitudini lavorative anche a soggetti esenti da malattie. Nel lavoratore infermo, la riqualificazione professionale in funzione delle potenzialità biologiche e delle offerte del mercato può ribaltare una condizione di disagio favorendo nuove opportunità di proficuo reinserimento nel circuito produttivo. Il fattore critico del successo degli interventi di riqualificazione è il tempo. Se i tempi necessari alla acquisizione di nuove competenze si presentano eccessivamente lunghi, soprattutto in assenza di adeguate forme di sostegno economico nel periodo dedicato alla formazione, allora il giudizio di permanenza del danno invalidante deve essere comunque formulato, salvo poi rivedere lo stesso allorquando il lavoratore dimostri di aver recuperato una sufficiente capacità lavorativa in occupazioni confacenti alle (nuove) attitudini.

Anche il lavoratore inabile può ritornare a svolgere una attività lavorativa (a tempo parziale ma talvolta anche a tempo pieno) dopo trattamenti volti a migliorare il suo stato biologico (trapianti, trattamenti antineoplastici, interventi riabilitativi) eventualmente integrati da momenti di formazione professionale in mansioni compatibili.

Lo stesso lavoratore giudicato invalido dall'INPS può essere poi valutato, al pari del cittadino minorato in attesa di inserimento lavorativo, sulla base dei protocolli previsti dalla legge 68/99 e dal DPCM 13.1.2000.

Sul piano applicativo di competenza medico-legale non può non porsi in evidenza una contraddizione tra legge 68/99 e il DPCM 13.1.2000.

Infatti, secondo l'art 1 della legge 68/99 il prerequisite per accedere ai benefici del collocamento mirato è l'accertamento di una incapacità lavorativa superiore al 45%, valutata con riferimento alla tabella indicativa in uso nella valutazione dell'invalidità civile (D.M. 5.2.92). È questa una scoria del passato, frutto di una metodologia valutativa incentrata sul concetto, da tempo ripudiato dalla migliore dottrina medico legale, di capacità lavorativa generica, e su una modalità di traduzione del danno, il procento di invalidità, che si è dimostrato nella prassi inutile e spesso fuorviante. Basti pensare alle vicende giudiziarie legate al fenomeno dei cosiddetti "falsi invalidi", proliferato proprio in funzione dell'attribuzione del titolo di invalido civile con diritto all'iscrizione nelle liste del collocamento obbligatorio previste dalla legislazione previgente (legge 482/68). Minorazioni tabellate con micropermanenti, sommate tra loro con disinvolta metodologia medico-legale, consentivano l'attribuzione del 46% anche nei confronti di soggetti che non avevano una compromissione del patrimonio bio-attitudinale tale da comportare un effettivo svantaggio nella libera concorrenza sul mercato del lavoro, superabile solo con i benefici del collocamento obbligatorio. A parte le distorsioni clientelari del sistema, particolarmente appariscenti soprattutto nelle aree più depresse del Paese, il punto debole di tale metodologia era la mancanza di una qualsiasi forma di personalizzazione nella valutazione del danno. L'esistenza di uno svantaggio sul mercato del lavoro derivante da fattori esclusivamente biologici va, quindi, accertata in concreto, eventualmente con riferimento alla definizione di persona handicappata, ma senza gli inutili appesantimenti valutativi rappresentati da indicazioni percentuali che traducono una realtà virtuale.

Il DPCM 13.1.2000 delinea invece un protocollo valutativo che mira quasi a fotografare la realtà bioattitudinale del disabile e ad individuare le sue potenzialità.

In altri termini, la valutazione percentualistica basata sul concetto astratto di capacità lavorativa generica era funzionale alla legge sul collocamento obbligatorio, che valorizzava appunto la obbligatorietà della assunzione degli invalidi da parte delle aziende pubbliche e private, senza particolari valutazioni sulla compatibilità tra mansioni e disabilità.

La valutazione qualitativa, propria del DPCM 13.1.2000, è finalizzata, invece al collocamento mirato del disabile e non necessita di una previa astratta valutazione percentualistica dell'invalidità generica, ma di una concreta valutazione della disabilità che rende non concorrenziale il cittadino sul mercato del lavoro. Questa valutazione, a differenza di quella tradizionale, basata sulla individuazione di percentuali di invalidità, si propone di accertare non il quantum di perdita della potenzialità lavorativa, ma la qualità e la misura delle potenzialità residue concretamente spendibili nel circuito produttivo.

Per collocamento mirato dei disabili (art 2 legge 68/99) si intende, infatti, quella serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione. L'art. 1 del DPCM 13.1.2000 stabilisce che l'attività accertativa della commissione competente è finalizzata a formulare una diagnosi funzionale della persona disabile, volta ad individuarne la capacità globale per il collocamento lavorativo dopo aver acquisito le notizie utili a delineare il profilo socio-lavorativo della persona disabile (art. 4).

La diagnosi funzionale consiste (art. 5) nella descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psico-fisico e sensoriale della persona disabile, si basa sui dati anamnestici, clinici e documentali, nonché sul profilo sociolavorativo precedentemente tracciato e viene effettuata secondo le indicazioni di una scheda che definisce dettagliatamente le capacità. L'attività della commissione si conclude con la redazione di una relazione conclusiva.

Il percorso valutativo delineato dalla legge 68/99 e dal DPCM 13.1.2000 costituisce un modello che potrebbe essere utilizzato sia in ambito assistenziale che previdenziale.

Ciò può realizzarsi stabilendo preliminarmente le condizioni di accesso al collocamento mirato, per poi attivare tutte le procedure che consentano l'effettivo inserimento o reinserimento lavorativo del disabile, prevedendo i requisiti per il conseguimento delle prestazioni economiche assistenziali o previdenziali in tutti i casi in cui il collocamento mirato non sia possibile in tempi ragionevolmente brevi.

Giancarlo IACOVELLI

Coordinatore Generale Medico-Legale a.r.
D.G. INPS - Roma

Per essere stato tra i promotori dell'ultima revisione legislativa dell'invalidità pensionabile (1984) ed avendo poi direttamente contribuito, in sede parlamentare, alla <formazione> della legge n. 222/84, ritengo anzitutto opportuno riproporre - anche in qualità di testimone - l'autentica interpretazione dei tre caposaldi della norma di cui all'art.2 (pensione di inabilità).

1) Le condizioni di <invalidità> e di <inabilità> sono concettualmente diverse - sancite da due distinte definizioni - per cui **l'inabilità non deve intendersi come una <invalidità aggravata>** poiché in questo caso lo stesso art.1 avrebbe previsto un secondo livello, corrispondente ad un stadio di maggiore gravità, come peraltro avviene per le analoghe prestazioni nell'ambito della invalidità civile. La differenza tra le due situazioni non è di ordine quantitativo: l'invalidità afferisce all'area della <capacità di lavoro in occupazioni confacenti> mentre l'inabilità all'area delle <attività lavorative>. Vale a dire che la riduzione della capacità di lavoro confacente potrebbe anche arrivare al 100% (totale incapacità verso una determinata attività e/o un gruppo di attività) senza con ciò realizzare la condizione di inabilità poiché quest'ultima include non soltanto la perdita della capacità lavorativa in attività confacenti ma anche l'assoluta impossibilità di svolgere ogni altra attività lavorativa. In effetti la parola <qualsiasi> che figura nel testo della norma allarga la gamma dei lavori dei quali in sede di valutazione si deve tenere conto, ma sempre nei limiti delle possibilità che l'assicurato avrebbe se non fosse inabile, per cui in definitiva si è inteso dire che il soggetto inabile deve trovarsi nella situazione di non poter svolgere, a motivo di condizioni biologiche, ogni e qualsiasi mansione lavorativa.

2) La ratio della legge 222/84 è stata fondamentalmente quella di escludere nei giudizi di invalidità e di inabilità ogni interferenza da parte di elementi

extrabiologici (socioeconomici ed ambientali), in un contesto di tendenziale maggiore oggettivazione delle valutazioni medico-legali, attraverso la sostituzione, per l'invalidità, della <capacità di guadagno> con la <capacità di lavoro> e l'esclusione, per l'inabilità, della relazione con il <lavoro proficuo> contenuto nella precedente normativa. **Sotto un profilo dottrinario il concetto di lavoro proficuo è omogeneo e conforme ad una concezione biosociologica della invalidità dove il bene protetto è la potenzialità lucrativa, risulta invece incompatibile con una impostazione dove oggetto delle protezione è divenuta la integrità della attitudine psico-fisica al lavoro.**

3) È stato detto che una applicazione testuale della nozione delineata dall'art. 2 non avrebbe consentito il riconoscimento della inabilità a nessun richiedente. Premesso che per dichiarato intendimento del legislatore questa prestazione doveva concedersi solo eccezionalmente, in casi limite, essendo la tutela fondamentale della invalidità compiutamente regolamentata dal precedente art.1, da parte dell'INPS, sin dall'inizio, è stato accolto (e reso noto mediante una "circolare") l'orientamento interpretativo, aderente allo spirito della legge ma nel contempo non così restrittivo come si era temuto, che avevo prospettato nella Relazione Congressuale "ufficiale" sulla nuova disciplina ("*non è neppure accettabile una interpretazione della norma in senso talmente letterale e rigoroso da delimitare il riconoscimento dello stato di inabilità soltanto a casi rari ed eccezionali nei quali la compromissione delle condizioni biologiche coincida con una condizione di totale inettitudine*").

E, sotto l'aspetto operativo, adeguata alla impostazione data, si è dimostrata la prassi seguita in sede di applicazione dove di regola **l'impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa è stata concettualmente parificata alla impossibilità – prodotta solo da infermità o difetti fisici mentali - di svolgere, senza usura e danno, qualunque attività effettivamente prospettabile in concreto, produttiva di guadagno.** E in realtà, dai dati disponibili, risultano indici di accoglimento annuali ben oltre le previsioni, con andamento crescente nel tempo (21% nel 1997; 28% nel 2001), che smentiscono le congetture negative adombrate all'epoca della promulgazione della legge.

Pertanto una volta stabilito questo criterio e confermata la sua corretta applicazione, **ogni eventuale modifica del testo della norma diventa una pericolosa apertura a favore di istanze di interpretazione estensiva** come, per esempio, la proposta sostituzione dell'espressione <qualsiasi attività lavorativa> con <qualsiasi proficuo lavoro> che snatura la ragione stessa della revisione operata dalla L.222/84 ed è foriera della ricomparsa, densa di gravi rischi, delle problematiche del lavoro proficuo dalle quali il legislatore l'aveva affrancata ricorrendo ad una apposita formula definitoria coniata *ex novo*.

Dato atto che l'attività lavorativa richiamata nelle normative previdenziali è quella produttiva di reddito, ciò che richiede la L. 222/84 è che la im-

possibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa debba unicamente dipendere dallo stato di salute del richiedente, escludendo ogni fattore estrinseco a questo. Il rischio che si corre nel volere qualificare l'attività lavorativa con il termine <proficuo> è che non ci si arresti al suo significato di lavoro utile ma che attraverso esso, novello cavallo di Troia, vengano reintrodotti elementi di giudizio (ambientali, socio-economici) dichiaratamente abrogati.

Piuttosto che rischiare di sbilanciare, annullando il principio informatore della riforma, un sistema che ha raggiunto un accettabile equilibrio dopo anni burrascosi, appare decisamente più attuale e vantaggioso affrontare, nella prospettiva di una integrazione europea, un progetto di riordino legislativo del complessivo sistema delle invalidità (previdenziali, civili e militari) che prendendo avvio da un'unica definizione dell'invalidità lavorativa superi la suddivisione che caratterizza il sistema italiano.

La necessità del riordino delle prestazioni di invalidità ed inabilità al lavoro, permanenti e temporanee, sebbene sempre rinviato, rimane costantemente attuale per motivazioni di ordine politico, sociale, finanziario ed organizzativo. Adesso che il processo di unificazione europea è stato realizzato, considerato che gli ordinamenti in materia di invalidità vigenti nei diversi stati membri si differenziano per molteplici e sostanziali punti di divergenza, è prevedibile che venga ripresa, sotto la spinta del costo crescente delle spese sociali in tutti i paesi dell'unione, la discussione sulla necessità di una normativa unificata, tenuto conto che la libertà di movimento dei lavoratori all'interno della UE dovrebbe essere garantita da equivalenti norme di tutela.

Torna così attuale la storica raccomandazione della Commissione della CEE (1966) che sollecitava i vari stati membri ad adottare univoche direttive a partire, come criterio base, da una stessa definizione di invalidità. A tale proposito, un primo indispensabile passaggio diventa la eliminazione delle incongruenze che caratterizzano le normative italiane per il fondamentale scopo di evitare dispersioni e realizzare risparmi. In questa ottica, la riprogettazione del complessivo sistema delle erogazioni economiche collegate al riconoscimento della condizione di invalidità dovrebbe occupare il primo posto tra le questioni da affrontare costituendo la più onerosa delle anomalie costitutive dello stato sociale italiano.

L'attuale assetto che vede la presenza di istituzioni diverse (SSN, INPS, INAIL, Ministero del Tesoro), ciascuna dotata di strutture sanitarie, con personale medico ed amministrativo, che non dialogano tra loro e seguono regole diversificate, comporta duplicazione di adempimenti e forte esposizione finanziaria. Proprio a questa ripartizione viene attribuita la responsabilità primaria del costo eccessivo del sistema che peraltro non assicura nemmeno validità di risultati per le possibilità insite in una organizzazione suddivisa in aree chiuse di cumulare più prestazioni per la medesima causa invalidante e, in tale contesto, ottenere indebiti riconoscimenti.

Per attuare la revisione di questa materia, la proposta normativa più avanzata rimane quella formulata con la legge n. 335/95 che accomuna le invalidità previdenziali e l'invalidità civile in unico progetto di riordino, prescrivendo all'art.3 l'armonizzazione dei requisiti medico-sanitari, dei relativi criteri di riconoscimento e dei procedimenti di erogazione e revisione delle prestazioni. Si tratta di una direttiva rivoluzionaria in quanto sottintende una totale revisione normativa sia della disciplina e sia delle procedura di attuazione.

La legge è rimasta inattuata. La ragione principale del fallimento non va ricercata in ostacoli di tipo concettuale bensì in una sorta di difesa corporativa dei vari regimi esercitata per malintesa affezione istituzionale, per timore dell'esproprio di competenze. Questo atteggiamento si è tradotto in pratica in una indisponibilità di fondo ad affrontare, anche soltanto come ipotesi di studio, l'unificazione dei requisiti sanitari di base e conseguentemente del protocollo di valutazione, anche quando fosse stata tassativamente esclusa ogni ipotesi di unificazione delle diverse tutele.

Non lasciamo cadere l'intento unificatore che ha ispirato la normativa. L'impianto prefigurato dalla legge 335/95 rimane valido come base di partenza per un progetto di revisione procedendo secondo due linee:

- **unificazione concettuale delle differenti invalidità** con esclusivo riferimento alle conseguenze che tale stato determina rispetto alle opportunità di lavoro, indipendentemente dalla causa invalidante, con esclusione della possibilità di cumulare più prestazioni per una medesima causa invalidante;
- **individuazione di un'unica istituzione competente per l'accertamento** delle condizioni di invalidità civile, di lavoro, di servizio.

Per quanto concerne il primo punto occorre istituire, sia in ambito previdenziale che assistenziale, una univoca procedura valutativa (un protocollo) a partire da quello stato iniziale, comune a tutte le forme di invalidità, costituito dal danno biologico che si colloca pertanto come evento base da valutare con le stese modalità e metro (un'unica tabellazione) in tutti gli ambiti che qui interessano.

Per quanto concerne il riverbero del danno biologico sulla idoneità allo svolgimento di attività lavorative, con effettivo pregiudizio reddituale, trattandosi di un danno - conseguenza non passibile di stime percentuali tabellabili, spetta una risposta differenziata (personalizzata) articolata sulla base dei livelli di residua capacità lavorativa. Per la qualificazione di questo pregiudizio sembrano rispondenti in campo previdenziale ed assicurativo-sociale, sia le definizioni di invalidità ed inabilità che ritroviamo nella legge previdenziale (L.222/84) sia il protocollo per la determinazione delle potenzialità lavorative degli invalidi (DL 509/88).

Mi rendo conto di avere sempre riferito il giudizio di invalidità alla riduzione della capacità lavorativa, così rimanendo ancorato alla cosiddetta va-

lutazione monodimensionale. A tale riguardo si deve innanzi tutto rilevare come la corrente dottrina medico legale continui a fare riferimento in Italia ed all'estero, a valori di pregiudizio funzionale, di danno biologico, di riduzione della capacità lavorativa, sempre riferiti ad eventi menomativi, mai facendo riferimento ai bisogni personali derivanti dalle menomazioni e meno che mai considerando il grado di compromissione della autonomia personale, il livello di dipendenza da terze persone, l'esistenza di fattori o circostanze socio ambientali interferenti con gli effetti della menomazione.

La legge quadro del 1992, come pure la recente normativa di riforma dell'assistenza (legge n. 328 del 2000) contengono generalmente indicazioni programmatiche di indirizzo e solamente in alcune parti ritroviamo benefici e prestazioni immediatamente esigibili. Però da queste leggi emerge con chiarezza che la disabilità non viene più vista come un fenomeno esclusivamente sanitario ma si tratta di formulare un giudizio frutto di più competenze all'interno di una commissione integrata, composta da esperti a seconda del problema e delle difficoltà da rimuovere o da attenuare.

Vi è ormai piena consapevolezza dell'avvenuta frattura tra una concezione dell'intervento di tutela della disabilità basata unicamente su compensazioni economiche e una modalità di intervento finalizzata invece alla rimozione degli ostacoli che impediscono alla persona disabile una partecipazione piena e completa alla realtà sociale che lo circonda.

Ciò premesso, nel nostro sistema, il trasferimento dalla incapacità lavorativa all'handicap, mutando sia il requisito che dà diritto alle prestazioni e sia le modalità dell'accertamento (passando da un approccio esclusivamente medico ad un intervento interdisciplinare) comporta una totale riforma concettuale del sistema valutativo. **Appare estremamente problematico e difficile introdurre il riferimento all'handicap in ambito assicurativo-previdenziale dove il bene tutelato è dichiaratamente la capacità di lavoro.**

Inoltre penso con preoccupazione a ciò che potrebbe accadere con la delega della valutazione dei requisiti per la concessione di prestazioni economiche a commissioni multidisciplinari: devo ricordare la nefasta esperienza fatta dall'INPS negli anni 70 quando il giudizio di invalidità era stato allargato anche ad esperti non medici. La normalizzazione della invalidità INPS si è realizzata soltanto quando con la legge n. 222/84, è stato corretto precisamente questo aspetto riportando al medico l'esclusiva responsabilità dei giudizi.

In sintesi, considerazioni eminentemente realistiche di una lettura saggia dell'art.13 della L. 335/95 dovrebbe portarci a concludere che sono tre le condizioni da prendere in esame: l'invalidità, l'inabilità e l'handicap:

- per quanto riguarda le situazioni di invalidità ed inabilità l'obiettivo è quello di realizzare una definizione unitaria ed un unico protocollo valutati-

vo, assumendo il danno biologico come evento base da valutare con lo stesso metro in tutti gli ambiti;

- per la qualificazione del danno conseguenza sembrano rispondenti le definizioni di invalidità ed inabilità che ritroviamo nella legge previdenziale (L. 222/84) come pure il protocollo per la valutazione delle potenzialità lavorative degli invalidi che ritroviamo nel DL 509/88. Va notato al riguardo che nella stessa legge 335/95 è stata assunta proprio la formula “previdenziale” per definire l’inabilità dei pubblici dipendenti;

- per quanto concerne l’handicap la fase valutativa medico legale dovrà esser completata con l’ausilio di altri esperti e l’apprezzamento resta autonomo e vale per i fini attuativi della legge 104 /92 e 328/2000 che sono, come tutti sappiamo, la rimozione dei processi di svantaggio sociale o di emarginazione, **l’evidenziazione delle capacità residue**, di ciò che la persona disabile è ancora in grado di fare, finalizzando in modo sostanziale l’accertamento all’inserimento lavorativo mirato.

Resta sospeso il punto cruciale della individuazione di un’unica istituzione competente per l’accertamento delle condizioni di invalidità civile, di lavoro e di servizio.

Ritengo che se verrà realizzato costituirà un passo veramente decisivo per la normalizzazione di quest’area. Ma lasciamo la soluzione di questo problema alla competenza di altri esperti della materia (giuristi, amministratori, politici, ecc.). Da parte nostra impegniamoci invece a fondo, senza ergere steccati, su quanto più attinente alla nostra professionalità: l’unificazione concettuale e valutativa delle diverse invalidità in tutti gli ambiti della sicurezza sociale anche per affrontare, superata la settorializzazione che attualmente caratterizza il sistema italiano, il confronto con l’articolata legislazione che regola le forme di tutela negli stati della UE e concorrere alla realizzazione di un modello uniforme europeo.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- 1) Barni M.: “*La legge 12 giugno 1984, n. 222. Revisione della disciplina dell’invalidità pensionabile. Rendiconto dell’immediato impegno medico legale*”. Federazione Medica 1984; 984: 37.
- 2) Barni M.: “*Danno biologico e incapacità al lavoro*”. Rass. Med. Leg. Prev. 1993; 3: 3-4.
- 3) Barni M.: “*Lettura magistrale*”. VII Congresso Nazionale SIMLA, 12 ottobre 1995, Serramazzone.
- 4) Fallani M.: “*La valutazione del bisogno e della mancanza di partecipazione nella persona del disabile: la mancanza di criteri omogenei e l’applicazione dei criteri di riferimento internazionale*”. In Atti del seminario nazionale ANMIC 15.11.2001, Roma, p. 85.

- 5) Fiori A.: *“Legge n.222 del 1984: problemi e prospettive valutative della invalidità e della inabilità”*. Previdenza sociale 1984; 6.
- 6) Iacovelli G.: *“Legge 12 giugno 1984, n. 222: i profili medico legali”*. Relazione al Convegno Nazionale INPS sulla *“Revisione dell’invalidità pensionabile”*. Roma 5-6-novembre 1984. Previdenza Sociale 1984; 4-5.
- 7) Iacovelli G.: *“Profili medico legali della nuova disciplina dell’invalidità pensionabile”*. Le Nuove Leggi Civili Commentate 1985; 436: 2-3.
- 8) Iacovelli G.: *“La riforma dell’invalidità”*. Rass. Med. Leg. Prev. 1995; 3: 1.
- 9) Scorretti C.: *“Proposte valutative in base ai principi della legge quadro sul sistema integrato di servizi ed interventi sociali”*. In Atti del seminario nazionale ANMIC 15.11.2001, Roma, p. 91.
- 10) Umani Ronchi G.: *“L’evoluzione recente nella valutazione medico legale dell’invalidità: i problemi ancora aperti”*. In Atti del seminario nazionale ANMIC 15.11.2001 Roma, p. 73.
- 11) Zappaterra F., Carassai P., Iacovelli G.: *“Invalidità: un concetto da uniformare”*. Difesa Sociale 1996; 7: 4.

Cristina CATALANO

Coordinatore Centrale Area Contenzioso Giudiziario
D.G. INPS - Roma

La legge n. 222 del 12 giugno 1984, con la pensione ordinaria di inabilità, ha introdotto una novità nel sistema previdenziale. Tuttavia il precepto dell'art. 2 non sembra sufficientemente preciso, univoco e rigoroso prospettando letture interpretative discordanti con la conseguenza di un variabile concetto di inabilità pensionabile.

Ne derivano, in relazione ai casi concreti, indicazioni difformi e sentenze contraddittorie.

Dobbiamo infine constatare che ci sono diverse sentenze della Suprema Corte sull'inabilità pensionabile che considerano l'inabile INPS come inabile a proficuo lavoro.

La sostanziale ambiguità della disposizione legislativa in esame è stata per consuetudine applicata secondo un criterio omogeneo, rigoroso ed ispirato alla "ratio legis" da noi medici INPS che, lavorando per 20 anni, in riferimento alla norma, abbiamo esaminato - in pratica - l'intera clinica medica. Un futuro riassetto normativo dovrebbe opportunamente tenere conto del nostro parere che, ad oggi, sembra il più qualificato nel campo medico - legale previdenziale.

Dalla procedura SISCO, il contenzioso giudiziario per inabilità risulta avere una percentuale di pratiche sfavorevoli pari al 40%.

Da alcune verifiche effettuate presso le sedi, risulta invece che la percentuale delle "accolte sfavorevoli" è molto più bassa.

Tale dato infatti rappresenta ed aggrega anche le pratiche accolte a "decorrenza differita" o per "sopraggiunte patologie" o per "aggravamento".

Ed ecco alcune delle più significative massime e relative sentenze della Cassazione in tema di inabilità:

Cassazione civile, Sezione Lavoro, 25 gennaio 2001, n. 1026 (*massima*)

“Il tenore letterale dell’art. 2 della legge n. 222 del 1984 non legittima un’interpretazione che ammetta alla pensione di inabilità solo i soggetti impossibilitati ad espletare qualsiasi attività lavorativa, anche non proficua, dato che, alla luce dei precetti contenuti negli art. 1 e 38 cost., deve ritenersi che il lavoro che non consente il conseguimento della prestazione previdenziale è quello che, espletato in attività confacenti alle attitudini dell’assicurato e non dequalificanti, abbia il requisito della remuneratività, e sia quindi idoneo ad assicurare un’esistenza libera e dignitosa (art. 36 cost.)”.

Cassazione civile, Sezione Lavoro, 25 gennaio 2001, n. 1026 (*sentenza*)

“[...] Questa Corte in analoghe occasioni (Cass., 8.11.1994, n. 9245; Cass., 26.2.1993, n. 2397) ha ritenuto che il tenore dell’art. 2 della legge 12 giugno 1984, n. 222 - in cui manca il riferimento al lavoro proficuo - non legittima una interpretazione che ammetta alla pensione di inabilità solo i soggetti impossibilitati ad espletare qualsiasi attività: deve infatti ritenersi - alla luce dei precetti contenuti negli artt. 1 e 38 della Costituzione - che il lavoro che non consente il ricorso alla prestazione previdenziale, è quello che abbia il requisito della remuneratività. Il sistema previdenziale è, infatti, finalizzato a garantire una prestazione di supplenza nei confronti di soggetti che per motivi medico - biologici perdano l’autosufficienza, il cui parametro deve, tuttavia, restare quello di una esistenza libera e dignitosa (art. 36 Cost.) quale solo il lavoro “proficuo” può assicurare. [...]”.

Cassazione civile, Sezione Lavoro, 30 maggio 2000, n. 7212 (*massima*)

“Ai fini del riconoscimento del diritto alla pensione di inabilità, l’impossibilità assoluta di svolgere qualsiasi attività lavorativa (art. 2 della l. n. 222 del 1984) deve essere valutata secondo un criterio concreto, ossia avendo riguardo al possibile impiego delle eventuali energie lavorative residue in relazione al tipo di infermità e alle generali attitudini del soggetto, in modo da verificare, anche nel caso del mancato raggiungimento di una riduzione del cento per cento della astratta capacità di lavoro, la permanenza di una capacità dello stesso di svolgere attività idonee nel quadro dell’art. 36 cost. e tali da procurare una fonte di guadagno non simbolico”.

Cassazione civile, Sezione Lavoro, 30 maggio 2000, n. 7212 (*sentenza*)

“[...] L’art. 2 l. 222-1984 attribuisce il diritto alla pensione di inabilità all’assicurato che versi in stato d’impossibilità assoluta di svolgere qualsiasi attività lavorativa. Questo significa certamente che l’assicurato deve essere incapace di svolgere non solo il lavoro proprio, ma anche qualsiasi

altro lavoro. Ma, come ha più volte precisato la giurisprudenza della Corte, siffatta inabilità deve tuttavia essere valutata con criterio concreto, ossia avendo riguardo al possibile impiego delle eventuali energie lavorative residue in relazione al tipo di infermità e alle generali attitudini del soggetto, in modo da verificare la permanenza di una capacità a svolgere attività idonee a procurargli una fonte di guadagno effettivo, avuto riguardo al parametro di cui all'art. 36 Cost.(cfr., ex plurimis, Cass. 17 marzo 1994, n. 2558; 4 agosto 1994, n. 7222; 29 aprile 1998, n. 4396). [...]

Cassazione civile, Sezione Lavoro, 11 novembre 1994, n. 9487 (massima)

“L’inabilità richiesta ai fini del riconoscimento del diritto alla pensione d’inabilità prevista dall’art. 2 della legge n. 222 del 1984 presuppone la permanente ed assoluta impossibilità di svolgere non già una qualunque attività, ma un’attività lavorativa, e non può essere quindi esclusa dal solo fatto che l’infermità accertata consenta all’assicurato di svolgere una certa attività lavorativa nel proprio ambiente familiare”.

Cassazione civile, Sezione Lavoro, 11 novembre 1994, n. 9487 (sentenza)

“[...] L’inabilità richiesta ai fini del riconoscimento della pensione di inabilità, pur essendo fondata esclusivamente su fattori biologici, presuppone la permanente e assoluta impossibilità di svolgere non già una qualunque attività, ma una “attività lavorativa”, ossia un’attività da esplicare con quella intensità e con quelle modalità che sono normalmente richieste nel rapporto di lavoro.

Ad esempio, come ha già affermato questa Corte, l’inabilità non può considerarsi esclusa dal fatto che l’infermità accertata consenta, tuttavia, al soggetto di prendersi cura della propria persona e della propria casa (Cass. 14 marzo 1992 n. 3169). Tale attività, difatti, non è equiparabile all’attività lavorativa propria del rapporto di lavoro domestico in quanto non è subordinata al datore di lavoro, ma è rimessa alla volontà del soggetto che la esplica e che può graduarla in relazione alle proprie condizioni fisiche e giovare di pause e di riposi a seconda delle circostanze (Cass. 5 dicembre 1990 n. 11656).

L’inabilità, inoltre, presuppone l’impossibilità di svolgere non qualsiasi attività lavorativa, ma solo quelle che il soggetto può svolgere in relazione alla propria qualificazione professionale, o che potrebbe svolgere a seguito di un apposito corso di riqualificazione.

[...] il Tribunale non ha tenuto conto in alcun modo della differenza tra l’attività espletata nel proprio ambiente familiare e quella espletata in un normale rapporto di lavoro subordinato e che la prima non è del tutto equiparabile, ai fini previdenziali, alla seconda.

[...] Il ricorso deve pertanto essere accolto per quanto di ragione, la sentenza impugnata deve essere cassata e la causa va rinviata al Tribunale di Isernia che, quale giudice di rinvio, si atterrà ai seguenti principi di diritto: “il riconoscimento della pensione di inabilità richiede l’ accertamento della permanente ed assoluta impossibilità di svolgere non già una qualunque attività, ma una attività lavorativa, ossia un’attività qualificata da quella subordinazione e da quell’impegno normalmente richiesti in un rapporto di lavoro. Pertanto il riconoscimento non può essere escluso dal solo fatto che l’infermità accertata consenta all’assicurato di svolgere una certa attività lavorativa nel proprio ambiente familiare”. [...]”.

Cassazione civile, Sezione Lavoro, 8 novembre 1994, n. 9245 (massima)

“L’impossibilità (assoluta e permanente) di svolgere qualsiasi attività lavorativa, prevista dall’art. 2 della l. 12 giugno 1984 n. 222 ai fini del riconoscimento della pensione d’inabilità, va intesa come impossibilità di svolgere (in attività confacenti alle attitudini del soggetto assicurato, non dequalificanti e non usuranti) qualsiasi lavoro proficuo, cioè idoneo ad assicurare - in relazione al parametro di cui all’art. 236 cost. - un’esistenza libera e dignitosa”.

Cassazione civile, Sezione Lavoro, 8 novembre 1994, n. 9245 (sentenza)

“[...] Invero, questa Corte, con sentenza n. 2397-1993 (riprendendo l’indirizzo già espresso con la decisione n. 11656-1990 e dissentendo da quello di cui alla sentenza 3169-1992) ha ritenuto che il tenore dell’art. 2 della legge 12 giugno 1984, n. 222 - in cui manca il riferimento al lavoro proficuo - non legittima una interpretazione che ammetta alla pensione di inabilità solo i soggetti impossibilitati ad espletare qualsiasi attività: deve infatti ritenersi - alla luce dei precetti contenuti negli artt. 1 e 38 della Costituzione - che il lavoro che non consente il ricorso alla prestazione previdenziale, è quello che abbia il requisito della remuneratività.

Il sistema previdenziale è, infatti, finalizzato a garantire una prestazione di supplenza nei confronti di soggetti che per motivi medico-biologici perdano la autosufficienza, il cui parametro deve, tuttavia, restare quello di una esistenza libera e dignitosa (art. 36 Cost.) quale solo il lavoro “proficuo” può assicurare.

In ogni caso avrebbe dovuto trattarsi di una capacità residua di lavoro in attività confacenti alle attitudini dell’assicurata, non dequalificanti e non usuranti ed anche a tale riguardo manca nella sentenza di appello una qualsiasi motivazione, tanto più necessaria in presenza di malattia tumorale recidivante, trattata con cure antitumorali. [...]”.

Cassazione civile, Sezione Lavoro, 2 novembre 1994, n. 8981 (*massima*)

“L'impossibilità (assoluta e permanente) di svolgere qualsiasi attività lavorativa, prevista ai fini del riconoscimento della pensione d'inabilità dall'art. 2 della legge n. 222 del 1984 (in tema di revisione della disciplina dell'invalidità pensionabile), va intesa come impossibilità di svolgere qualsiasi lavoro proficuo; ossia come impossibilità di svolgere qualsiasi attività che sia effettivamente “lavorativa” (non, quindi, “amatoriale”) e, per ciò stesso, capace di concretare vantaggi e risultati economici apprezzabili (sia per il prestatore che per il beneficiario) con sacrifici ed usura fisiologici e non abnormi, in quanto altrimenti la prestazione sarebbe, oltre che priva del carattere della proficuità, addirittura anomala ed eccezionale”.

Cassazione civile, Sezione Lavoro, 2 novembre 1994, n. 8981 (*sentenza*)

“[...] In altri termini, il riferimento a qualsiasi attività lavorativa non può che sottintendere il concetto di attività lavorativa proficua, avente un concreto significato economico.

Se così non fosse, nessun soggetto verrebbe in realtà a trovarsi nella condizione fruire della prestazione previdenziale. O meglio la pensione di invalidità sarebbe riconosciuta solo laddove la compromissione delle condizioni biologiche rasenti - come si è rilevato in dottrina - la totale abolizione di ogni forma espressiva, anche la più elementare, di partecipare, ancorché in frange produttivo-occupazionali marginali, all'ambiente sociale.

In conclusione, il senso della norma postula una impossibilità di svolgere qualsiasi attività, che sia effettivamente “lavorativa” (non pertanto amatoriale”) e, per ciò stesso, capace di concretare vantaggi e risultati economici apprezzabili (sia per chi mette a disposizione la propria forza lavorativa sia per chi la riceve) con sacrificio ed usura, fisiologici non abnormi, altrimenti la prestazione sarebbe, oltre che priva del carattere della proficuità, addirittura anomala ed eccezionale. [...]”.

Cassazione civile, Sezione Lavoro, 5 dicembre 1990, n. 11656 (*massima*)

“L'impossibilità (assoluta e permanente) di svolgere qualsiasi attività lavorativa, prevista dall'art. 2 della l. 12 giugno 1984 n. 222 (revisione della disciplina dell'invalidità pensionabile) ai fini del riconoscimento della pensione d'inabilità, va intesa come impossibilità di svolgere qualsiasi lavoro proficuo, sicché, con riguardo ad una ex operaia, l'inabilità considerata da tale norma non può essere esclusa per la sola circostanza che la lavoratrice sia in grado di attendere nella propria casa ai normali lavori domestici, in quanto tale attività (che può giovare di pause e riposi)

non è equiparabile all'attività lavorativa propria del rapporto di lavoro (subordinato) domestico”.

Cassazione civile, Sezione Lavoro, 5 dicembre 1990, n. 11656 (sentenza)

“[...] per comune acquisizione, per lavoro s'intende l'applicazione di una energia al conseguimento di un fine determinato e, nell'organizzazione sociale, per lavoro s'intende l'attività produttiva dal punto di vista giuridico, economico e sindacale. “L'Italia è una Repubblica democratica fondata sul lavoro” (art. 1 Cost.). “I lavoratori hanno diritto che siano provvisti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia” (art. 38 Cost.).

La legge 1984 n. 222 art. 2 provvede all'attuazione di questo precetto costituzionale ed è pertanto giuridicamente errato affermare che la pensione prevista per la inabilità in questione non riguarda la inabilità a proficuo lavoro, mentre è proprio il sopravvenuto infortunio sanitario all'assicurata, ex operaia, il fatto giustificativo del mezzo sussidiario (la pensione) per la sua esigenza di vita.

Se per lavoro s'intende l'applicazione di una energia diretta al conseguimento di un fine determinato: quello domestico della cameriera è mirato al riassetto e pulizia dell'abitazione per retribuzione e vi è quindi il fine delle energie impiegate; quello della casalinga, per giunta forzata perché ammalata, non è certo mirato ad un risultato se non generico per una civile abitazione, con le pause necessitate ed i riposi occorrenti; e non vi è quindi “lavoro” in senso proprio, bensì mera “attività” quale possibile compatibilmente con lo stato di salute e si è quindi fuori da qualsiasi “attività lavorativa” anche in senso sociale, oltre che in senso giuridico, già escluso dalla indagine precedente. [...]”.

Cassazione civile, Sezione Lavoro, 14 marzo 1992, n. 3169 (sentenza)

“[...] In accoglimento del ricorso, la sentenza impugnata dev'essere, quindi, cassata con rinvio ad altro giudice d'appello, designato in dispositivo, perché proceda al riesame della controversia, uniformandosi al seguente principio di diritto:

“l'inabilità - quale requisito per l'accesso alla pensione ordinaria (di cui all'art. 2 l. 222-84) - prescinde, bensì, dalle attitudini dell'assicurato, dai fattori socio-economici e dalla stessa “proficuità” dell'attività svolta mentre risulta radicata, esclusivamente, sui fattori biologici, ma postula, tuttavia, che la permanente ed assoluta impossibilità - a causa di infermità o difetto fisico o mentale - sia riferita a “qualsiasi attività lavorativa” e non già a “qualsiasi attività” (quale, ad esempio, l'attività di cura della persona e della casa)”. [...]”.

La fase del contenzioso giudiziario rappresenta un momento rilevante delle attività istituzionali e presuppone una solida preparazione medico-legale ed una buona esperienza medico-forense.

In particolare mentre è prevalente l'esigenza di assicurare un adeguato livello di competenza e di omogeneizzazione è pure necessario tenere conto che la difesa dell'attività dei colleghi in ambito giudiziario concorre ad affermare un'immagine di efficienza, di equità e di professionalità dell'Ente con effetti densi di ricadute economiche e d'immagine. Giungono a questa Area segnalazioni da diversi CML circa una incostante e, a volte, tardiva segnalazione della data di inizio degli accertamenti peritali da parte di altri Uffici.

In pratica l'Istituto è adeguatamente fornito di tutte le competenze medico-forensi necessarie ma spesso la soccombenza - nelle controversie sulle invalidità-inabilità INPS - è da ritenere strettamente legata alla mancata presenza del nostro medico alle operazioni peritali.

A tale proposito il Coordinamento Generale Medico Legale, in collaborazione con il Coordinamento Generale Legale e la Direzione Centrale Sistemi Informativi e Telecomunicazioni, ha ideato una procedura informatica che consentirà, in tempo reale, lo scambio di notizie tra area legale ed area medica. Questo anche in attuazione alla delibera del C.d.A. n. 289 del 13 novembre 2001 dove è stata riconosciuta l'esigenza di un raccordo tra uffici amministrativi, uffici legali ed uffici medico legali ai fini del contenzioso giudiziario.

Con questa procedura informatica - in fase di sperimentazione - si potranno gestire tutte le informazioni necessarie alla programmazione dell'attività dei medici INPS relative al contenzioso: le cause trattate, il nominativo e la prestazione richiesta dall'assicurato ricorrente, il nominativo del consulente tecnico d'ufficio nominato dal giudice, il luogo ed il giorno d'inizio delle operazioni peritali. Con tutte le necessarie notizie a disposizione il medico INPS non solo potrà partecipare alle operazioni peritali ma avrà a disposizione tutti gli elementi necessari per una efficace difesa tecnica.

La Direzione Generale dell'INPS, tenuto conto dell'entità e delle peculiari caratteristiche del contenzioso giudiziario medico-legale, ha più volte sottolineato la necessità di garantire la difesa dell'Istituto tramite una corretta dialettica processuale individuando nei medici dell'Istituto la figura centrale come consulenti tecnici di parte.

Più in particolare è stato riconosciuto il principio generale che attribuisce la responsabilità del contenzioso giudiziario medico-legale al CML che ha gestito in via amministrativa la pratica. In questo modo la fase del contenzioso viene ricondotta a chi ha trattato il caso, che ha la disponibilità del fascicolo sanitario e che, eventualmente, ricorda il paziente.

È riconosciuta una ragionevole eccezione solo quando le operazioni peritali dovessero svolgersi a considerevole distanza dal CML competente, in

questi casi sarà possibile delegare una altra struttura medico-legale, tramite un tempestivo accordo tra i rispettivi dirigenti medico-legali di II livello.

Anche per il contenzioso di II grado sembra opportuno delegare altri CML territorialmente più vicini anche rinunciando ad una perfetta linearità della difesa tecnica. Inserire un passaggio ulteriore evita eccessivi oneri economici ed organizzativi ed altre deleghe saranno proponibili anche in casi particolari e selezionati per considerazioni da individuare di volta in volta.

Sarà compito dell'ufficio legale il tempestivo inserimento in un'apposita procedura *software* dei dati sopra indicati che saranno, in tal modo, immediatamente disponibili per il dirigente medico-legale di II livello responsabile del CML competente.

La registrazione informatica deve essere garantita anche nel caso in cui gli uffici legali afferiscano ad avvocature distrettuali o metropolitane.

La presenza del consulente tecnico dell'Istituto è, inoltre, necessaria non solo in occasione dell'inizio delle operazioni peritali, ma anche in caso di eventuale prosecuzione per acquisire le risultanze di eventuali accertamenti clinici (disposti in occasione della visita medico-legale) e per discutere con il C.T.U. gli aspetti valutativi inerenti al caso.

In tali attività, il medico dell'Ente dovrà prendere nota della obiettività clinico-strumentale, prestando particolare attenzione alla dinamica evolutiva del complesso invalidante qualora questo si discosti, per efficienza menomativa, da quello in essere nel corso della fase amministrativa.

Per tale scopo è stato predisposto un nuovo modulo di raccolta dati, la cui struttura è funzionale all'informatizzazione ed utile per la eventuale integrazione degli stessi nel "fascicolo sanitario elettronico".

Un aspetto rilevante di questa procedura è la conoscenza delle diagnosi per le quali si perdono o vincono le cause. Infatti, in essa, è stato inserito l'elenco dei codici nosologici presenti nell'ICD9 del Ministero della Sanità, anche in previsione di un collegamento al fascicolo elettronico sanitario.

Questo criterio agevola gli studi statistico epidemiologici sulle patologie riscontrate che, seguite per un lungo periodo con criterio medico - legale facilitano l'omogenizzazione dei risultati a livello nazionale.

Inoltre, sarà possibile monitorare il contenzioso giudiziario medico legale anche riferito all'inabilità¹.

¹ Vorrei ricordare i tre articoli della Costituzione che vengono spesso richiamati nelle sentenze della Cassazione per inabilità pensionabile INPS.

Art. 1 - "L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro. La sovranità appartiene al popolo, che la esercita nelle forme e nei limiti della Costituzione".

Art. 36 - "Il lavoratore ha diritto ad una retribuzione proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro e in ogni caso sufficiente ad assicurare a se e alla famiglia un'esistenza libera e dignitosa. La durata massima della giornata lavorativa è stabilita dalla legge. Il lavoratore ha diritto al riposo settimanale e a ferie annuali retribuite, e non può rinunziarvi".

Il ruolo poliedrico dei consulenti tecnici medico-legali dell'Istituto comporta non solo la partecipazione alle operazioni di consulenza, ma anche la stesura di pareri in merito alla opportunità di resistenza in giudizio, ovvero alla congruità dell'operato del CTU, con possibilità di essere direttamente chiamati ad illustrare, in udienza, le tesi sostenute.

Tale attività, ovviamente, presuppone la necessità di acquisire rapidamente, ed in ogni caso prima della sentenza del Giudice, copia della relazione del Consulente Tecnico d'Ufficio.

Tramite un'opera di monitoraggio, a livello nazionale, si sono individuate situazioni di tipo "*territoriale*" e di tipo "*cronologico*" che si riflettono in senso pregiudizievole sull'attività dei consulenti tecnici di parte INPS. Alcuni colleghi dell'Istituto lavorano in condizioni sfavorevoli, spesso nell'ambito di un'intera provincia, laddove fattori ambientali concorrono con figure professionali inadatte agli accertamenti tecnici.

Art. 38 - "Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto di mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale.

I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale. Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato. L'assistenza privata è libera".

Caterina VENTURI

Coordinatore Centrale
Area delle Verifiche
D.G. INPS - Roma

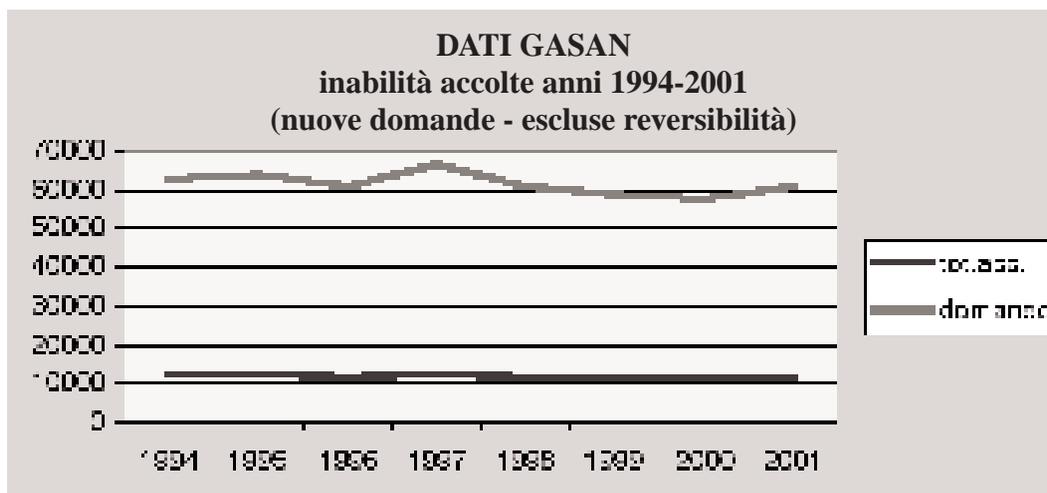
Un affettuoso saluto a tutti i partecipanti a questa teleconferenza. Al termine della prima parte degli interventi è sembrato utile “quantificare” le inabilità e la loro incidenza sui prodotti o adempimenti cui noi medici siamo preposti.

Giancarlo Iacovelli nel suo intervento ha fra l’altro sottolineato l’intendimento, la volontà del legislatore nel redigere, nel 1984, la nuova legge sull’invalidità pensionabile e cioè il contenimento della spesa pubblica che si riassumeva nella frase “INVALIDI sì, qualcuno; INABILI nessuno”.

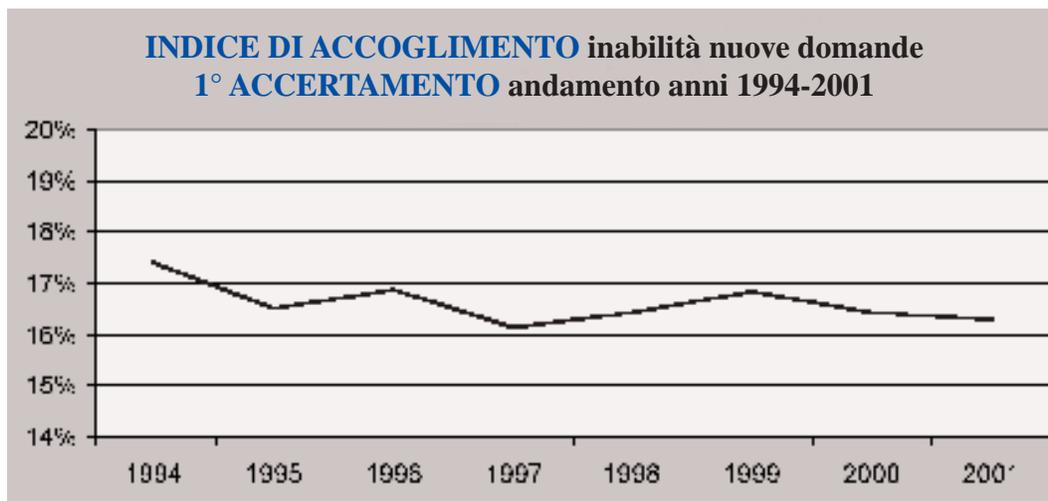
La realtà non è “numericamente” andata così ma è indubbio che il solo criterio sanitario ha selezionato i veri INVALIDI/INABILI disinquinando gli accoglimenti da ogni altra discriminante considerazione.

I grafici che seguono dimostrano l’incidenza del fenomeno negli anni dal 1994 al 2001 usufruendo dei dati GASAN, il programma che dal 1994 permette il monitoraggio dell’attività sanitaria dell’Istituto.

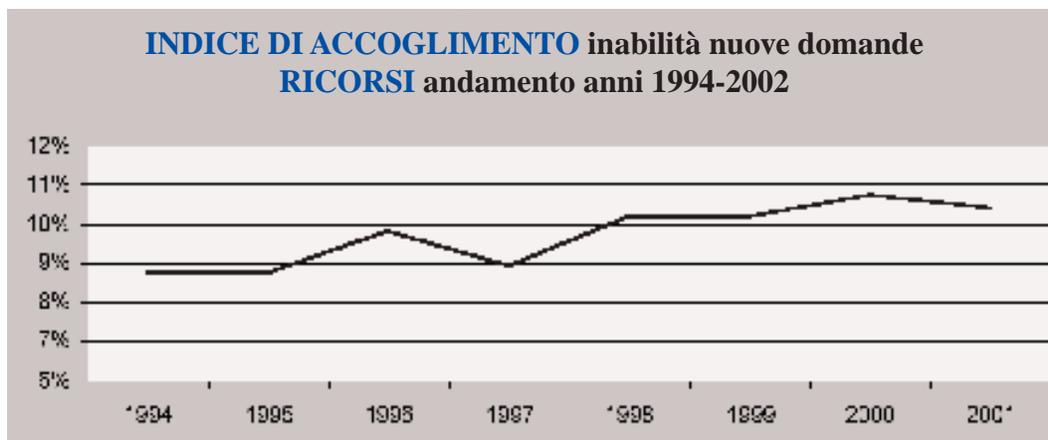
Il primo grafico visualizza il numero delle domande di inabilità presentate negli anni dal 1994 (n. 62913) al 2001 (n. 61108) ed il totale degli accoglimenti, n. 12834 nel 1994 e n. 11614 nel 2001;



a fronte di un picco nel 1997 e di un calo significativo di circa 9000 domande nel 2000, l'indice di accoglimento è rimasto sostanzialmente stabile in-



torno al 16% in fase di 1° accertamento, mentre in fase di ricorso è andato aumentando negli anni soprattutto dal 1998 al 2001; nel 1994, infatti, era pari all'8,75% mentre nel 2001 era il 10,42%.



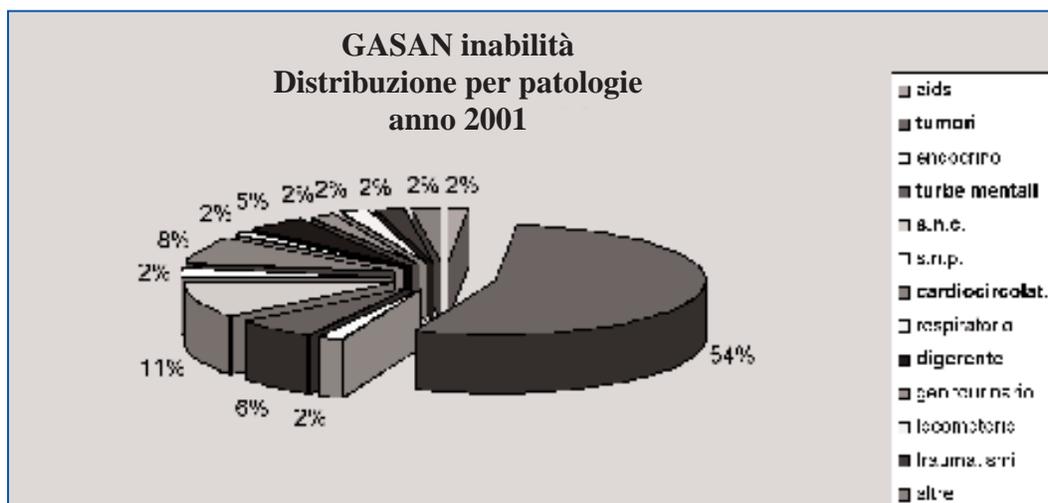
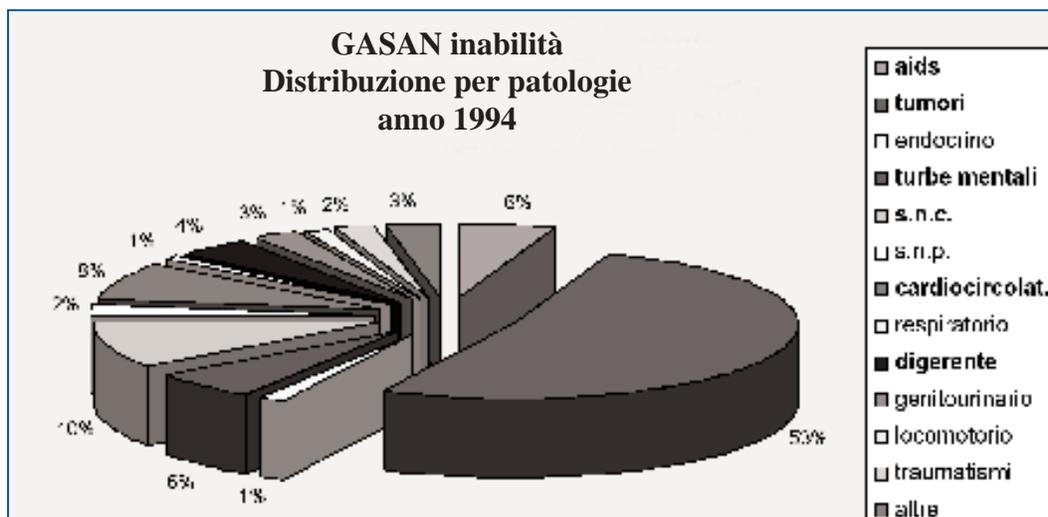
Interessante è la distribuzione per patologie, sostanzialmente invariata negli anni se non per alcune patologie che meritano qualche osservazione.

Dall'analisi dei dati di seguito riportati in appositi grafici si evidenzia che:

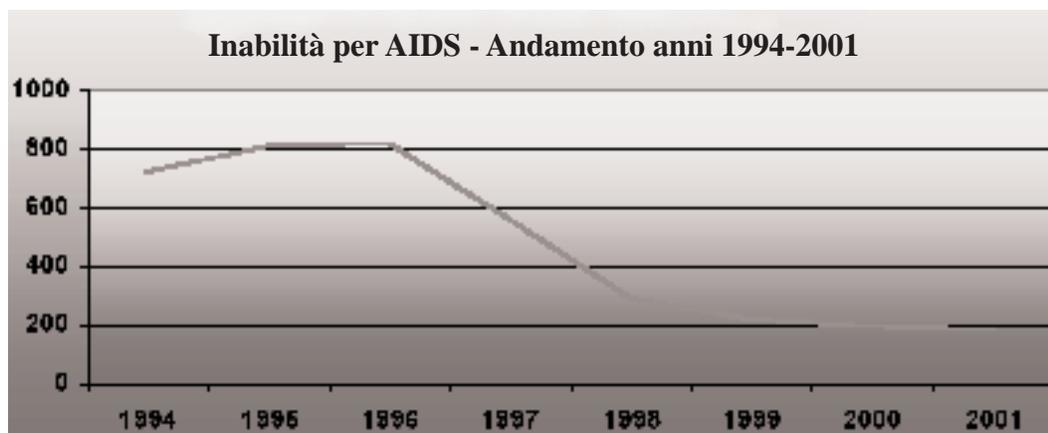
- le neoplasie sempre al primo posto con il 53-55%;
- le infermità del sistema nervoso centrale con il 10-12%;
- le infermità dell'app.to cardiocircolatorio stabili negli anni all'8%;
- la patologia psichiatrica o turbe mentali stabile al 6%.

Per quanto attiene gli altri gruppi di patologie non vi sono differenze significative negli anni se non per i riconoscimenti di inabilità per AIDS:

- percentualmente sono calati dal 6% del '94 al 2%, stabile dal 1998 ad oggi;

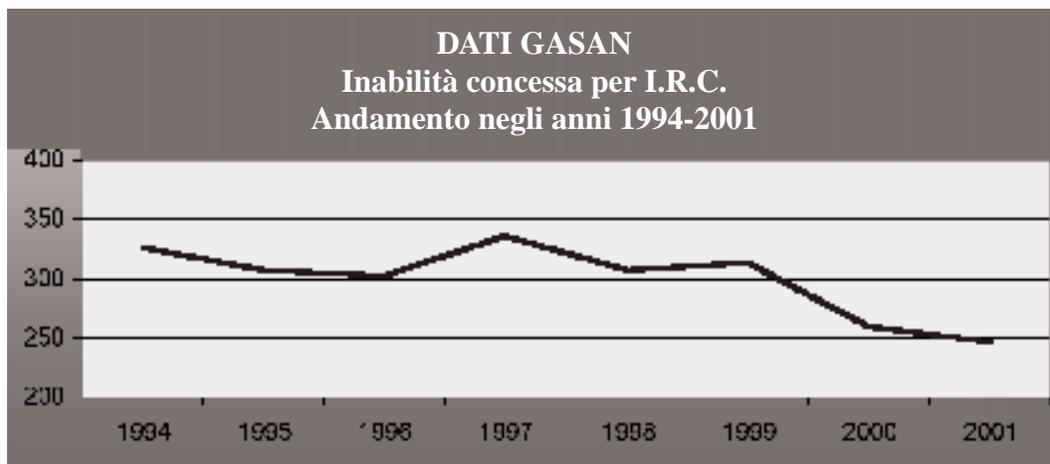


- il grafico dimostra nel '94 n.724 casi che scendono a 184 casi nel 2001;
 - il calo dei riconoscimenti di inabilità per AIDS evidenzia, non il calo di casi di malattia, ma la maggior efficacia dell'attuale terapia antivirale.



Altrettanto interessante, ma non tanto quanto i dati precedentemente esposti per l'AIDS, sono i dati che riguardano l'inabilità concessa per Insufficienza renale cronica:

- in percentuale si passa dal 3% del 1994 (326 casi) al 2% del 2001 (246 casi).



Giuseppe AMENDOLA

Direzione Centrale Sistemi Informativi
D.G. INPS - Roma

Cogliendo l'occasione del collegamento in diretta con i medici di tutte le sedi, abbiamo concordato assieme ai colleghi del Coordinamento Generale, di inserire un mio breve intervento in questa conferenza, allo scopo di favorire una migliore comprensione di alcuni aspetti della procedura 'GASAN'.

Tale esigenza è stata posta in evidenza dalle richieste di chiarimenti pervenute dai CML di varie sedi periferiche e dallo stesso Coordinamento Generale Medico Legale.

Gli argomenti principali, oggetto di tali richieste, riguardavano principalmente la produzione di dati statistici sulle cause invalidanti e la loro corretta lettura anche in funzione delle implementazioni e dei miglioramenti apportati all'archivio centrale nel corso di questi ultimi anni.

Infatti, a più riprese, per sopperire alle accresciute esigenze degli utenti, sono stati inseriti nel 'data base' dati aggiuntivi come il codice nosologico sulle pratiche respinte, l'inserimento delle pratiche riguardanti i superstiti inabili e da ultimo il numero degli anni stabilito dai medici per la revisione delle pratiche di inabilità accolte.

In merito a quest'ultimo punto, vi posso comunicare che presto sarà messo a disposizione degli utenti un nuovo ramo della procedura riguardante i dati statistici, che metterà in relazione le varie patologie o gruppi omogenei di patologie, con il numero di anni stabiliti per la revisione.

Tutto ciò in rapporto alla fase della domanda, all'ambito territoriale e quello temporale.

La doppia possibilità di accedere ai dati statistici sulle cause invalidanti (vedi sotto il Pannello 1), deriva dal fatto che un assicurato può chiedere più di una prestazione nello stesso modulo di domanda, in particolare quelle

PANNELLO 1. - Scelta di dati statistici

DATA 03/03/2003

I. N. P. S. ORA 14:12

ARCHIVIO MEDICI, ARCHIVIO ITER SANITARIO DELLE DOMANDE

Scelta ==> _

1. Esiti e Giacenze
2. Accertamenti Specialistici
3. Tempi Medi
4. Cause Invalidanti - Numero pratiche
5. Cause Invalidanti - Numero giudizi

MODO DI OPERARE DELLA PROCEDURA PER LE SCELTE 4. E 5.

SCELTA 4. - Numero pratiche: nel caso di DOMANDA MULTIPLA (223, 224, 225), analizza l'insieme delle richieste per Inab./Inval./Accomp. di ogni singola pratica, e la classifica secondo il criterio della RISPOSTA PREVALENTE tra quelle date dall'equipe medica. Si ottiene cioè il n. pratiche in assoluto esaminate dal C.M.L.

Premere FP1 per la esemplificazione dei criteri adottati.

SCELTA 5. - Numero giudizi: analizza un solo tipo di richiesta alla volta (solo Inab., solo Inv. o solo Acc.) di tutte le pratiche in esame.

Le totalizzazioni si riferiscono al n. di accoglimenti o reiezioni della serie esaminata. Si ottiene così il n. di Inab. accolte e respinte, le Inval. acc. e resp., le Accomp. acc. e resp.

FP1 = Aiuto FP2 = Tabelle FP5 = Menu Princip. PF6 = USCITA SESS. FP3 = Fine

contrassegnate dai codici '223': domanda di pensione di inabilità e assegno di accompagnamento; '224': domanda di pensione di inabilità e assegno di invalidità in subordine; '225': domanda di pensione di inabilità, assegno di invalidità in subordine e assegno di accompagnamento.

A fronte di più richieste di prestazioni, sono previste altrettante risposte di accoglimento o reiezione da parte dell'equipe medica.

La difficoltà principale risiede nel modo in cui queste pratiche debbono essere classificate.

Per tutte le altre non esistono difficoltà di classificazione poiché contengono una singola richiesta di prestazione.

Considerate queste premesse, suggerirei questo criterio generale circa l'utilizzo dei due diversi metodi di approccio ai dati statistici.

Scegliere l'opzione '4. Numero pratiche' quando il risultato che si vuole ottenere deve rappresentare il numero di tutte le pratiche, a richiesta singola o multipla, che sono transitate nel CML con un iter che si è concluso con una decisione medica e la registrazione in archivio del relativo codice nosologico.

L'accluso pannello di aiuto (Pannello 2) esemplifica il criterio di classificazione per ciascun tipo di pratica multipla.

PANNELLO 2. - Classificazione delle pratiche**SCELTA 4. - NUMERO PRATICHE**

Classificazione delle pratiche secondo il criterio della RISPOSTA PREVALENTE nelle DOMANDE COSIDETTE MULTIPLE (223, 224, 225)

Tipo Domanda	Decisione			RISPOSTA PREVALENTE	Risposta/e ignorata/e
	Inab.	Medica Inval.	Accomp		
'223'	A		R	Accolta Inab.	Resp. Accomp.
'223'	A		A	Accolta Accomp.	Accolta Inab.
'223'	R		R	Respinta Inab	Resp. Accomp.
'224'	A	A		Accolta Inab.	Accolta Inval.
'224'	R	A		Accolta Inval.	Resp. Inval.
'224'	R	R		Respinta Inab.	Resp. Inval.
'225'	A	A	R	Accolta Inab.	Acc. Inval/Resp. Acc.
'225'	A	A	A	Accolta Accomp.	Acc. Inab/Acc. Inv.
'225'	R	A	R	Accolta Inval.	Resp. Inab/Resp. Acc.
'225'	R	R	R	Resp. Inab.	Resp. Inv./Resp. Acc.

quindi, in presenza di domande multiple viene totalizzata, come nelle domande singole, una sola risposta: quella della colonna RISPOSTA PREVALENTE.

FP3 = Fine

La scelta dell'opzione '5. Numero giudizi' invece, presuppone l'esigenza di analizzare un solo tipo di richiesta alla volta (Pensione di Inabilità o Assegno di Invalidità o Assegno di Accompagno), pur se presente nella stessa pratica, e quindi il risultato che si ottiene non rappresenta il numero di tutte le pratiche transitate nel CML, ma quello delle pratiche coinvolte nel tipo di richiesta che si esamina in quel momento.

Massimo BELLONI

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Roma

Parlando in tema di inabilità, di cui all'art. 2 della L. 222/84, è bene premettere che non è una prestazione da considerare autonoma nel contesto della stessa legge, ma si tratta della continuazione di un percorso valutativo che inizia con l'art. 1, dove il medico INPS deve indicare, in relazione al "danno biologico", se esiste una riduzione della capacità di lavoro in occupazioni confacenti superiore a due terzi. Si tratta di un passaggio mentale obbligato che comporta la piena conoscenza dell'attività propria dell'assicurato e di quelle confacenti alle attitudini per poi passare a una irrealistica capacità lavorativa ultragenerica che, in base all'art.2 della stessa L. 222/84, porti alla esclusione di tutte quelle attività lavorative produttive di reddito.

Non si tratta quindi di un processo astratto, da applicarsi ad un lavoratore altrettanto astratto, in cui l'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa viene collegata irreversibilmente ad una malattia nosologicamente definita, come di fatto avviene nella valutazione tabellata della invalidità civile.

La legge, non riportando nessun elenco di malattie "gravi" e inemendabili che di per sé sono causa di inabilità, di fatto afferma che non esistono patologie che in maniera assoluta concretizzano il diritto alla pensione INPS, a differenza di quanto scritto in taluni testi di insegnamento di Medicina Legale.

Pertanto bisogna ripercorrere quel processo metodologico, suesposto, che con l'aiuto del curriculum lavorativo e attitudinale del lavoratore, attraverso una preliminare valutazione della invalidità, giunga a confrontarsi con qualsiasi lavoro per giudicare se quel danno biologico precluda in modo permanente l'utilizzo delle residue capacità anche in attività ultragenerica.

Bisogna quindi sottolineare uno degli aspetti criteriologici che in qualche modo crea perplessità nella difficile opera di valutazione medico legale ogni volta che si trova di fronte a una malattia neoplastica a prognosi infausta.

Rapidamente l'art.2 della legge 222/84 recita che: "si considera inabile ai fini del conseguimento del diritto alla pensione INPS..., l'assicurato il quale, a causa di infermità difetto fisico o mentale, si trovi nella assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa".

La legge pertanto ci invita ad usare un qualitativo a differenza di quanto previsto per l'invalidità per la quale va usato un criterio quantitativo (grado di riduzione).

Elementi costitutivi per l'erogazione della prestazione sono quindi:

1) l'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa;

2) l'infermità o difetto fisico o mentale causa di tale impossibilità.

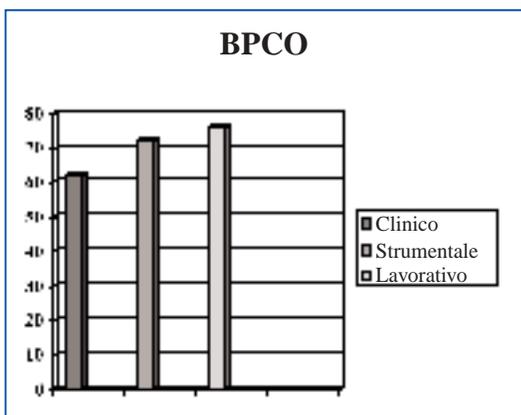
In tema di neoplasie a prognosi infausta, tipico esempio è il tumore del polmone. La valutazione non potrà prescindere dalla prognosi clinica in relazione alla stadiazione e al tipo istologico del tumore, e alla possibilità del trattamento più idoneo in base alle conoscenze del momento.

In questi casi non si deve prescindere dall'atteggiamento psicologico dell'assicurato, il quale di volta in volta potrà manifestare fiducia nel trattamento medico in relazione alla concreta possibilità di guarigione e mostrare una volontà di reintegrazione nel mondo del lavoro superiore alla paura del domani.

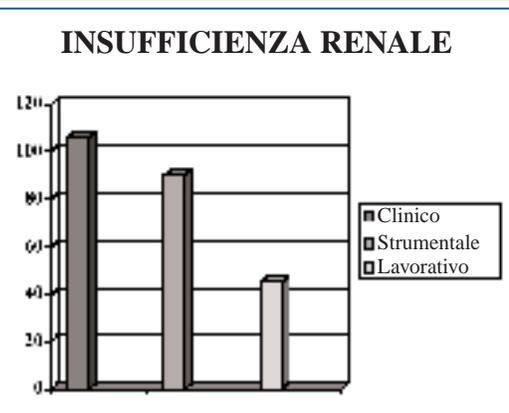
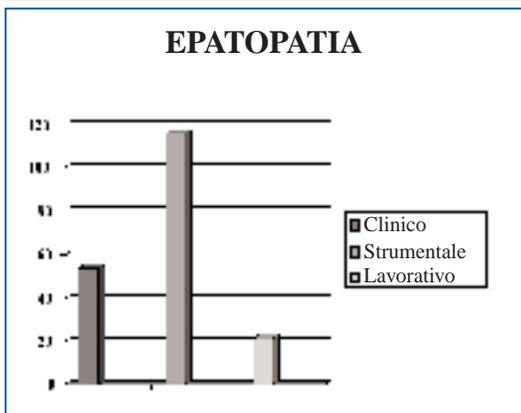
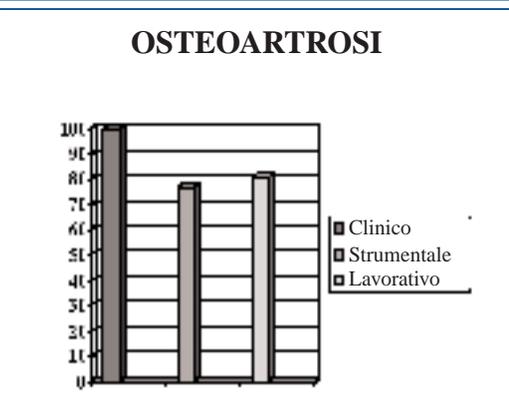
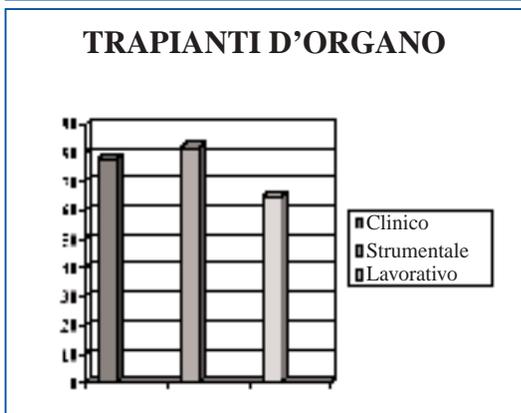
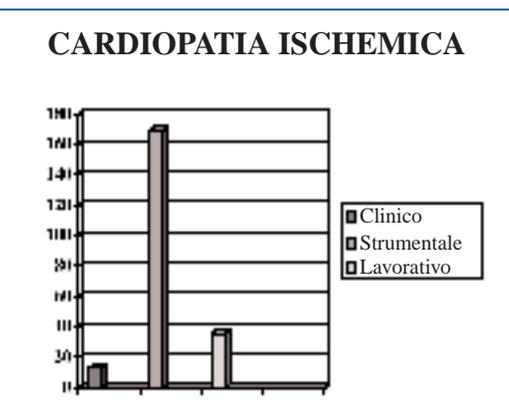
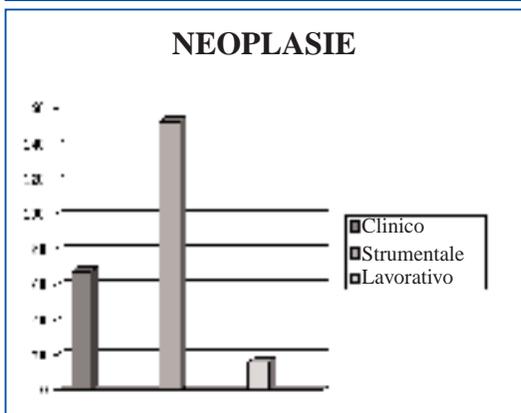
METODO DI INDAGINE

- QUESTIONARIO METODOLOGICO-VALUTATIVO A RISPOSTE MULTIPLE, VOLTO ALLA CONOSCENZA DEI CRITERI DI GIUDIZIO MEDICO-LEGALE DEI MEDICI INPS.
- CARATTERISTICHE: DOMANDE MULTIPLE A SCELTA LIMITATA, BASATO SUL TRIPODE VALUTATIVO: 1. CLINICO, 2. STRUMENTALE, 3. LAVORATIVO.

In questo contesto la prognosi a 5 o 10 anni dovranno guidare il valutatore tenendo presente che al di là di una definitiva guarigione, possibile nei primi stadi della neoplasia, le terapie antitumorali nelle prime fasi del trattamento sono oltremodo devastanti, intaccando la funzionalità di apparati e organi, anche in funzione del numero di cicli ravvicinati e dei generosi dosaggi per l'eradicazione della malattia. Dosaggi e cicli che incideranno maggiormente in quei malati che si trovano negli stadi più avanzati della malattia, manifestandosi con effetti collaterali più gravi e talora senza possibilità di reversibilità, con oggettiva impossibilità di svolgere attività lavorativa sia per le conseguenze fisiche che psichiche legate al disinteresse per tutto ciò che non rientra nella sfera della propria salute.



Ecco quindi che ci troviamo di fronte a una valutazione per la cui formulazione il danno giuridicamente tutelato si potrà svolgere in un duplice contesto: il primo di *danno attuale* con una coincidenza tra danno biologico e danno giuridico allorché la neoplasia è così distruttiva al punto da causare una abolizione funzionale non emendabile e incompatibile



con qualsiasi attività lavorativa (es. tumore polmonare con metastasi cerebrali).

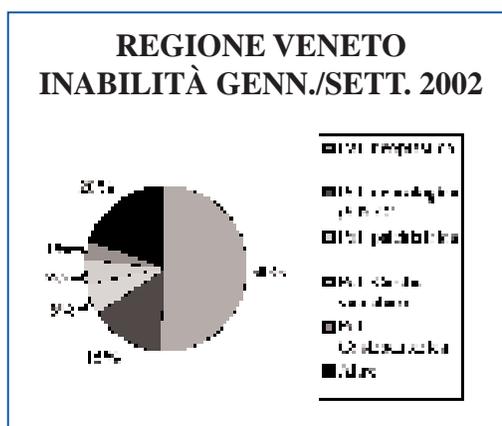
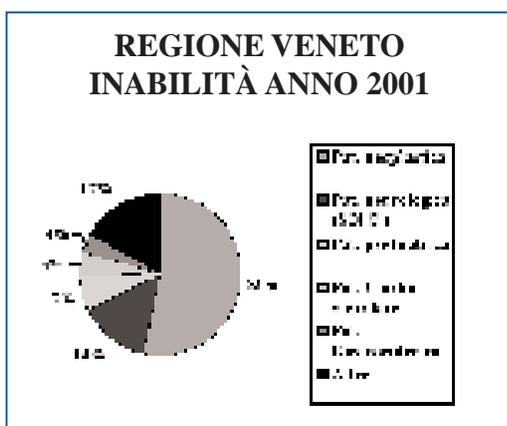
Il secondo di *danno di previsione* allorché la neoplasia in trattamento non presenta un impegno funzionale totalmente incompatibile con qualsiasi attività lavorativa ma, in base agli indici prognostici di malignità la stessa evolverà in tempi brevi in una situazione di inabilità.

È in quest'ultimo caso che dovrà emergere la preparazione professionale del medico legale dell'INPS, il quale, tenendo presenti le concause di inabilità che si possono presentare in un paziente neoplastico, dovrà dare il giusto risalto non solo alle componenti disfunzionali organiche ma anche a quelle psicopatologiche nonché ai problemi di medicalizzazione tipici della vita di questi malati, al fine di *onorare* al meglio quella delicata funzione della medicina previdenziale cui noi siamo chiamati e per la quale oggi ci troviamo tutti insieme a discutere.

Patrizia CARASSAI

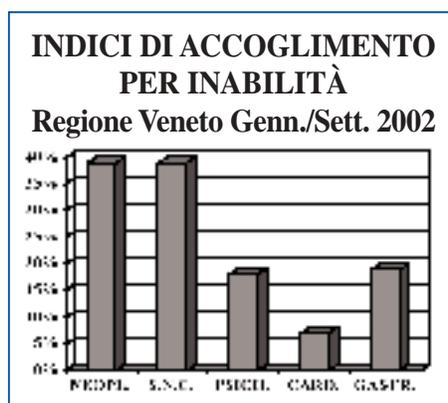
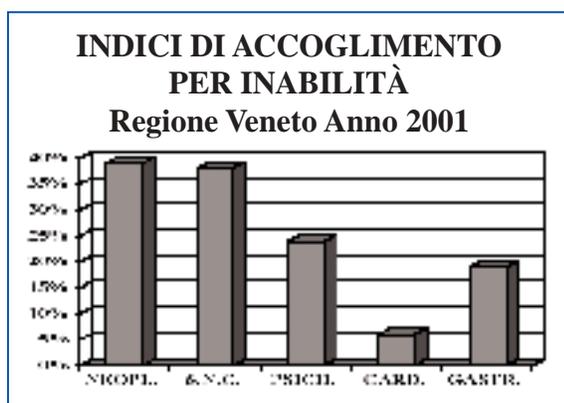
Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Venezia

Per quanto attiene la Regione Veneto, nel 2001 e nei primi nove mesi del 2002, similmente a quanto verificato a livello nazionale dal Coordinamento Centrale Medico Legale, le patologie maggiormente rappresentate negli accoglimenti per inabilità sono risultate, nell'ordine, le neoplasie (17% e 20% di tutti gli accoglimenti d'inabilità), le malattie del SNC (14% e 15%), le patologie psichiatriche (7% e 6%), cardiovascolari (5%) e gastroenteriche (4%).



L'indice di accoglimento regionale, cioè il rapporto tra domande d'inabilità accolte e definite, è risultato pari a 21% in entrambi i periodi d'osservazione.

Analizzando l'indice regionale in relazione ai cinque principali gruppi di patologie summenzionati, si è rilevata una netta stabilità dei dati con riferimento alla patologia neoplastica (39% vs 39%), neurologica del SNC (38% vs 39%), cardiovascolare (6% vs 7%) e gastroenterica (19% vs 19%), mentre si è notato un curioso decremento nell'indice di accoglimento per inabilità riferito alle patologie psichiatriche (24% vs 18%).



Disaggregando ulteriormente i dati con riferimento ai Centri Medico Legali della Regione, si è constatato un primo punto di criticità in un CML che mostrava, rispetto alla media regionale, un significativo scostamento *in minus* nell'indice di accoglimento riferito al gruppo di patologie psichiatriche. Il decremento era notevole e coinvolgeva essenzialmente un solo gruppo di patologie (indice di accoglimento locale del 3% contro un indice di accoglimento regionale del 18%); rapportato alla maggior numerosità della casistica regionale, era in grado di spostare l'indice di accoglimento per medesima patologia nello stesso periodo: in altri termini, scorporando il dato, l'indice di accoglimento regionale passava dal 18% al 24%, allineandosi perfettamente con i dati relativi all'anno precedente. In una perfetta ottica collaborativa si è già provveduto al riesame, con i colleghi del centro, degli atti di alcune domande d'inabilità respinte con diagnosi psichiatrica senza, peraltro, evidenziare carenze documentali e/o valutative. Si è, anche, convenuto che tutti i casi di patologia psichiatrica afferenti al CML vengano discussi collegialmente tra tutti i colleghi del CML stesso.

Particolare attenzione verrà prestata a quelli riconosciuti invalidi ed, orientativamente, non inabili che verranno discussi anche in seno alla Conferenza Regionale con la finalità di coinvolgere tutti i colleghi, omogeneizzare i giudizi, focalizzare, nella discussione, le effettive capacità lavorative dell'assicurato. Sentitane, comunque, da parte dei colleghi, l'esigenza, si è altresì provveduto, tramite il Coordinamento Centrale, a convenzionare il centro con specialista psichiatra, dal momento che la vigente convenzione con l'ASL si era rivelata, nel tempo, assai poco efficace (relazioni molto generiche) ed efficiente (lunghi tempi d'attesa).

Anche la nostra Regione conferma, comunque, il dato nazionale di un progressivo incremento numerico assoluto degli inabili per patologia psichiatrica, correlato soprattutto ad un incremento degli indici di accoglimento, dal 1999 al 2001.

Per inciso, un appunto alla procedura GASAN per la rilevazione dei dati statistici, inerente l'eccessiva rigidità del sistema, anche se attenuata dalle più recenti modifiche, e la possibilità di errati rilievi derivanti da anomala o incompleta trascrizione dei numeri nosologici, desueti ed, in più casi, approssimativi, e da, constatate, anomalie nell'inserimento delle domande da parte del personale amministrativo.



A sottolineare il buon livello di professionalità dei colleghi della Regione, che, peraltro, in molti centri operano in condizioni di evidenti carenze d'organico, va anche l'ottimo riscontro esterno dei giudizi medico legali espressi, dimostrato, tra l'altro, oltre che dalla bassissima contenziosità giudiziaria (26 cause d'inabilità pervenute nel 2001 ed 11 nel periodo gennaio/settembre 2002), su cui indubbiamente influiscono fattori socio-economici e di litigiosità locale, dall'elevata risoluzione delle cause in favore all'Istituto: il contenzioso, non rappresenta, pertanto, un punto di criticità nel nostro ambito regionale.



Per quanto attiene il riferimento alla *proficuità lavorativa* come parametro giurisprudenziale cui relazionare l'inabilità, riteniamo che la stessa debba mantenersi concettualmente ben distinta dal parametro capacità di guadagno. Quest'ultima, implicando necessariamente la considerazione di fattori socio economici, potrebbe comportare, paradossalmente, una concessione più ampia dell'inabilità rispetto all'invalidità.

Per lavoro proficuo è, pertanto, necessario intendere qualsiasi attività giuridicamente valida e, come tale, idonea ad assolvere il principio generale dell'art. 36 del dettato Costituzionale.

Tale attività va, nel *concreto*, vagliata e specificata in relazione alle condizioni psicofisiche del soggetto e al suo bagaglio culturale.

Ad essa il soggetto stesso, così valutato, deve potersi *potenzialmente* dedicare, senza necessità di un particolare, non posseduto, bagaglio di cono-

scenze ed esperienze, e senza alcun riferimento all'eventuale difficoltà di reperimento del posto di lavoro, in un certo tempo e luogo, in rapporto a fattori socio economici.

Nemmeno la capacità lavorativa attitudinale può essere valutata perché comporterebbe un'inammissibile trasposizione di presupposti in fattispecie giuridica diversa (art. 1 e 2 L. 222/84).

D'altro canto, a fronte di un mancato riconoscimento del diritto alla pensione d'inabilità, anche il dettato costituzionale dell'art. 38 è assolto dal riconoscimento dell'assegno d'invalidità, in presenza dei requisiti assicurativi e medico legali.

Infine, un ultimo punto assai controverso e professionalmente coinvolgente, che non ha trovato soluzione nemmeno nel confronto in seno alla Conferenza Regionale, preliminare alla Consulta Nazionale, è stato quello relativo alle problematiche medico legali dell'inabilità e della *morte improvvisa*.

Se da un lato i presupposti sanciti dalla circolare INPS n. 211/90 sono a tutti ben chiari e da tutti condivisi, dall'altro di fronte ad una situazione teorica di coma siamo solo riusciti a porci delle domande: il coma è già di per sé una situazione che assolve il criterio medico legale della permanenza? Richiede, invece, una, più o meno rigida, definizione temporale? (giorni? mesi? quanti?) Una breve durata può, comunque, assolvere il criterio medico legale della permanenza in presenza di altre cause sopravvenute di morte?

Ora, in relazione ai punti di criticità rappresentati dall'Area delle Invalità nel giugno scorso in sede di Consulta Nazionale, intendiamo qui portare un nostro personale approfondimento inerente il trattamento emodialitico nell'insufficienza renale cronica e la valutazione medico legale ai sensi della L. 222/84.

Uno dei punti di criticità rilevati in seno alla Consulta Nazionale è stato infatti identificato nella valutazione medico legale del paziente in trattamento emodialitico.

In particolare, il quesito che ci si è posto è se tale tipo di trattamento è da solo condizione sufficiente e necessaria per il riconoscimento di una situazione di inabilità ai sensi dell'articolo 2 della L. 222/84. In altri termini, se il trattamento emodialitico dell'insufficienza renale cronica costituisce, in ogni caso, una condizione di completa, assoluta, permanente incapacità lavorativa.

Nel rilievo statistico dei dati epidemiologici nazionali relativi ai riconoscimenti di invalidità ed inabilità un primo problema è rappresentato dalla nosologia di uso esclusivamente interno e limitata nelle sue voci che, spesso, assemblano, in un unico codice, situazioni patologiche anche molto differenti sul piano clinico. Il problema verrà, comunque, risolto con l'entrata

a regime della cartella medico legale computerizzata, in attuale fase di sperimentazione, che ha adottato i codici della Classificazione Internazionale delle Malattie.

Il vigente codice nosologico 206 ricomprende in sé una serie di patologie renali (nefrite, nefrosi) tra cui anche le insufficienze renali croniche, di qualunque entità ed indipendentemente dal trattamento cui il paziente è sottoposto.

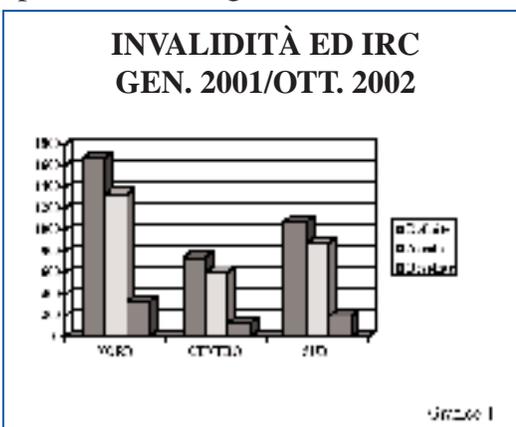
Tenendo presenti questi limiti del rilievo statistico, a livello nazionale, la prevalenza delle nefropatie non infettive, rispetto a tutte le patologie, negli accoglimenti d'invalidità ex art. 1 L. 222/84 è del 2% sia nell'anno 2001 sia nel periodo gennaio - ottobre 2002.

Nei medesimi periodi, negli accoglimenti d'inabilità ex art. 2 L.222/84 la patologia renale rappresenta ancora il 2% nel 2001, mentre subisce un incremento di un punto percentuale (3%) nel secondo periodo di osservazione.

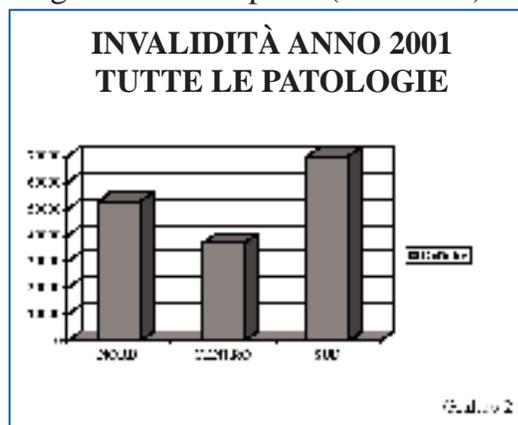
Per quanto riguarda il campione in esame, in tutti i rilievi statistici, sono stati considerati, separatamente, nel periodo di osservazione, i giudizi medici espressi in merito esclusivamente agli articoli 1 e 2 della L. 222/84, in tutte le fasi di esame della singola domanda, per tutte le categorie di assicurati.

Nell'anno 2001 sono state definite, a livello nazionale, 3489 richieste di invalidità per patologia renale; di queste hanno trovato accoglimento 2826; nel periodo gennaio - ottobre 2002 il definito è stato pari a 1586 con 1280 accoglimenti.

Il primo dato interessante, che emerge dal rilievo statistico, è relativo alla ripartizione geografica delle domande d'invalidità definite con diagnosi di nefropatia (Grafico 1): vi



è una netta prevalenza nelle aree del Nord rispetto al Sud ed Isole ed al Centro, indipendente dal numero totale di domande definite, nei singoli ambiti territoriali esaminati (Grafico 2).



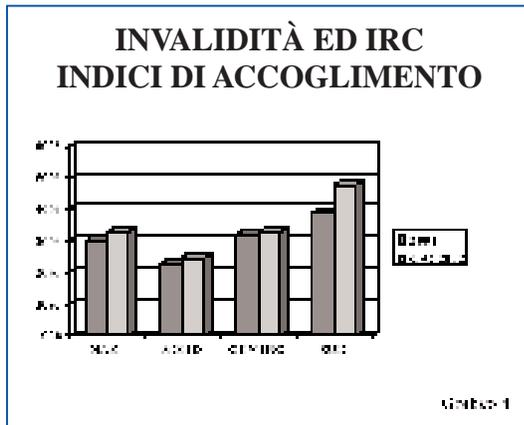
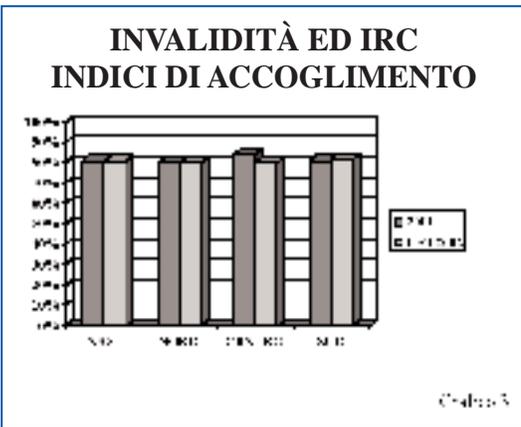
Il dato, così eclatante, merita sicuramente un confronto con i dati epidemiologici territoriali relativi alla prevalenza delle nefropatie.

Ripartiti geograficamente, gli indici di accoglimento d'invalidità presentano una notevole omogeneità con

un indice di accoglimento nazionale del 81% sia nel 2001 sia nel periodo gennaio-ottobre 2002 (Grafico 3).

In merito all'inabilità per nefropatia, le domande definite sono state 2045 nel 2001 e 966 nell'ultimo periodo di osservazione. La ripartizione geografica conferma la stessa netta prevalenza nelle regioni del Nord.

Gli indici di accoglimento presentano, al contrario, un'evidente disparità territoriale variando da un minimo del 23 % nel 2001 al Nord ad un massimo del 48% nel 2002 al Sud (Grafico 4).

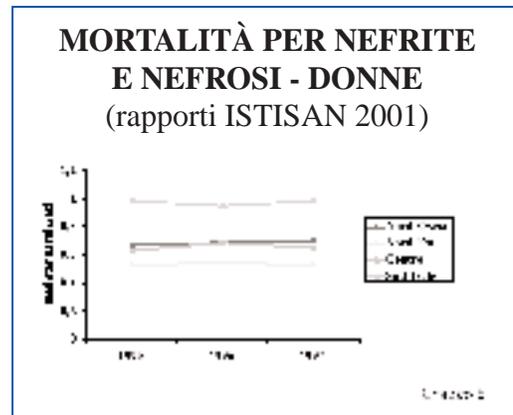
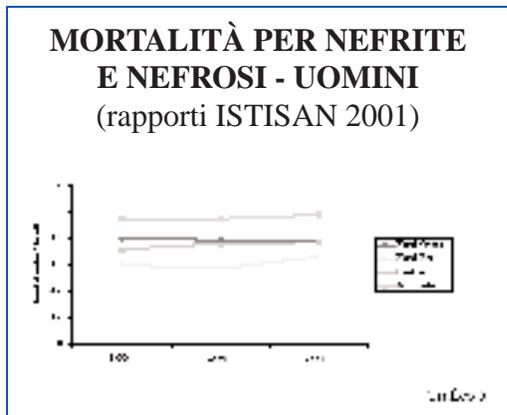


Pur con i limiti del rilievo statistico che non consente, per esempio, di distinguere numericamente pazienti dializzati e non, una così evidente disparità valutativa non può che far porre una serie di domande alla ricerca di possibili risposte interpretative. Ed in questa ricerca è emerso un elemento estremamente interessante, quanto inaspettato.

I rapporti ISTISAN dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Istituto Nazionale di Statistica pubblicati nel

2001 rilevano tassi standardizzati di mortalità per nefrite e nefrosi costantemente (dal 1983) e nettamente superiori sia per gli uomini sia, ancor più, per le donne nel Sud ed Isole. Basti citare che il tasso standardizzato è risultato, nel 1997 (ultimo rilievo disponibile), per gli uomini pari a 0.98 nel Sud ed Isole contro 0.66 nel Nord-Est (Grafico 5) e, per le donne, 0.99 vs. 0.53 (Grafico 6).

Questi rilievi potranno essere punto di partenza per interessanti studi di analisi e verifica di multipli dati incrociati, per cercare anche di individuarne le cause, in collaborazione con altre Istituzioni e con gli specialisti nefrologi.



Riprendendo in esame il punto di criticità valutativa, il fatto che, nell'insufficienza renale cronica, l'emodialisi non determini di per sé la perdita della capacità lavorativa è dimostrato anche dall'esistenza di particolari tutele, fortemente volute dalle associazioni dei pazienti, per i lavoratori che debbono sottoporsi a tale trattamento. Basti ricordare la circolare INPS n. 134368 A.G.O./14 del 28.01.81 che prevede, per il lavoratore sottoposto al trattamento di emodialisi, il diritto all'indennità di malattia per le giornate di assenza dal lavoro coincidenti con l'effettuazione del trattamento.

Più recentemente, alcuni Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro, tra cui il CCNL degli Enti pubblici non economici, hanno sancito l'esclusione dal computo dei giorni di assenza per malattia, utili al fine dell'eventuale superamento del "periodo di comporto", quelli dovuti all'effettuazione di terapie salvavita, tra cui l'emodialisi.

Un punto cruciale per la valutazione medico legale della sussistenza o meno di uno stato inabilitante è il rilievo oggettivo di complicanze, relative alla malattia di base ed al trattamento emodialitico, quali neuropatia, macroangiopatia, retinopatia, osteodistrofia, anemia grave, infezioni, sindromi emorragiche, ipotensione, complicanze che incidono fortemente, con la loro presenza, nella formulazione di un giudizio di perdita totale della capacità lavorativa.

Un altro punto importante nella valutazione, anche se di più difficile oggettivazione, è il grado di dipendenza del paziente dalla "macchina" attraverso cui viene effettuato il trattamento dialitico: è un vissuto soggettivo assai diverso da individuo ad individuo e può condizionarne notevolmente l'atteggiamento psichico. In questo può avere anche una particolare rilevanza la distribuzione territoriale dei centri di dialisi, la cui vicinanza e/o più o meno facile raggiungibilità può condizionare pesantemente la qualità di vita del paziente stesso.

Ultimo elemento da vagliare, ma non certo di minore rilievo soprattutto in relazione ad un'eventuale revisione dell'inabilità, è la possibilità di effettuare un trapianto renale.

Alcune proposte di lavoro ci sembrano, in conclusione, utili al fine di ottimizzare la valutazione medico legale del paziente nefropatico.

In primo luogo, la formulazione da parte degli specialisti interni di protocolli diagnostico valutativi che consentano il rilievo omogeneo di tutti i dati clinico strumentali idonei a formulare una corretta diagnosi funzionale, da cui, poi, possa scaturire un ineccepibile giudizio medico legale sulle negative influenze che la patologia comporta sul "bene" assicurato (capacità lavorativa).

Una miglior rilevazione statistica, indubbiamente più idonea al confronto con altri dati epidemiologici, deriverà senz'altro dalla nosologia di prossima introduzione.

La comprensione di alcuni discostamenti valutativi richiederà, infatti, lo studio analitico di dati epidemiologici territoriali, esterni all'Istituto, che potrà, indubbiamente, consentire una fattiva collaborazione con altre Istituzioni.

Infine, la disponibilità del dato statistico inerente i giorni indennizzati dall'Istituto per i trattamenti emodialitici nei suoi assicurati, attualmente non disponibile in quanto non rilevato come entità a sé stante, consentirebbe, a completamento dello studio, di verificare nel concreto l'effettiva collocazione lavorativa del paziente dializzato.

BIBLIOGRAFIA

- 1) S. Conti, G. Farchi, R. Capocaccia e coll.: *“La mortalità in Italia nell'anno 1998”*. Rapporti ISTISAN 02/31: 107-109, Istituto Superiore di Sanità - Istituto Nazionale di Statistica, Roma, 2002.

Stefano CASTALDO

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Napoli

INABILITÀ: PROBLEMI DI METODOLOGIA DIAGNOSTICA E VALUTATIVA

Questo che vado ad illustrare è un lavoro preparato insieme al dottor Vincenzo Martignetti, dirigente medico legale di II livello della sede di Benevento.

Una valutazione dei risultati che sono stati conseguiti con la introduzione, nell'art. 2 della L 222/84 della pensione di inabilità, deve partire da una serie di dati concreti. Questi dati sono indispensabili per potere prospettare eventuali modifiche o integrazioni della definizione e dei requisiti della prestazione. Un primo dato concreto viene dall'esame delle domande di inabilità accolte, quale risulta dai dati GASAN. Vengono qui riportati i dati più recenti relativi alla Campania (periodo 1 gennaio-14 novembre 2002) ottenuti *estrapolando solo le pensioni di inabilità concesse con riferimento all'art. 2 della L 222/84 (escludendo quindi le domande di reversibilità ed altre analoghe tipologie)*, e facendo riferimento alle patologie. Selezionando questa casistica, su 1257 domande accolte, le neoplasie rappresentano il 40% delle pensioni di inabilità concesse nei CML della Regione, seguite da malattie neurologiche e malattie cardiovascolari con il 14% e dalle malattie dell'apparato digerente con il 9% (vedi diapositive). I dati appaiono diversi da quelli riferiti all'intero gruppo delle inabilità, che comprende prestazioni non facenti capo all'art. 2. In questo caso, aumenta la prevalenza delle malattie psichiatriche e cardiovascolari come causa di riconoscimento di inabilità.

Un'altra serie importante di dati e di suggerimenti, seguendo le indicazioni del Coordinamento Generale Medico Legale, è venuta da due incontri

organizzati presso la Sede Regionale a cui sono stati invitati tutti i medici in forza ai CML della regione. A questi due incontri hanno partecipato 99 medici. Ad essi è stato sottoposto un questionario (Scheda interattiva) nel quale venivano presentate a titolo indicativo 5 proposte di modifica o integrazione dell'art. 2 della L. 222/84, con riferimento alla relazione tenuta dal Dott. Federico Cattani alla Consulta Nazionale per l'Inabilità il 27 giugno 2002. Le proposte formulate erano le seguenti:

1. introduzione di una inabilità "temporanea" (tipo "malattia di lunga durata")
2. prevedere la conservazione del posto di lavoro, in caso di riacquisto della capacità lavorativa accertata a seguito di revisione, lasciando inalterata la definizione di inabilità
3. prevedere una ricollocazione o riqualificazione in caso di riacquisto della capacità lavorativa, sempre lasciando inalterata la definizione di inabilità
4. rivedere il concetto di "qualsiasi attività lavorativa"
5. omogeneizzare i giudizi attraverso l'introduzione del fascicolo sanitario elettronico
6. omogeneizzare i giudizi attraverso la istituzione di un Osservatorio Nazionale sulla inabilità.

A ciascuna di tali proposte doveva essere dato un punteggio da 1 a 10 in base alla priorità o importanza che a giudizio del medico essa presentava. Era possibile comunque indicare altre proposte attribuendo ad esse un punteggio sempre da 1 a 10. In più, nella scheda era contenuto uno spazio per osservazioni e commenti. Durante gli incontri era anche previsto l'intervento diretto dei partecipanti e l'eventuale presentazione di documenti in forma scritta o su floppy disk.

Il risultato del sondaggio sui quesiti è riportato nella diapositiva allegata. Al sondaggio hanno partecipato 92 medici, le schede utili (contenenti un punteggio su base numerica) sono state 91. La importanza maggiore è stata riservata alla proposta n. 1 (introduzione di una "malattia di lunga durata"), seguita dalle proposte 2 e 3 (tendenti a creare una sorta di rete di protezione per l'Assicurato in caso di revoca della prestazione) e dalle proposte 5 e 6 (necessità di omogeneizzazione). Stante la ridotta differenza di punteggio, si può dire che le proposte 2,3,5 e 6 venivano poste tutto sommato sullo stesso piano in ordine di importanza. Ciò che importa notare è che la proposta 4 (rivedere il concetto di "qualsiasi attività lavorativa") occupa sul piano delle priorità, una importanza decisamente minore.

Anche nei commenti riportati nell'apposito spazio sulla scheda, e nelle opinioni emerse in discussione veniva ribadito dalla maggioranza dei colleghi che i problemi applicativi della L. 222/84 non nascevano nell'attività di Sede dalla definizione di inabilità così com'era contenuta nell'art. 2. L'at-

tenzione verso l'art. 2 della L 222/84 è dovuta a problemi applicativi in due ambiti: a) un ambito biologico e b) un ambito interpretativo. Questi due ambiti non rappresentano due compartimenti stagni, anzi sono tra loro strettamente connessi.

Consideriamo anzitutto le problematiche di tipo strettamente biologico.

È giocoforza partire da un confronto tra le due prestazioni previste dalla L 222/84: l'assegno ordinario di invalidità, previsto dall'art. 1 e la pensione ordinaria di inabilità, prevista dall'art.2.

Come si può notare, il riconoscimento della invalidità comporta l'erogazione di un assegno che ha una durata triennale, è confermabile a richiesta e solo dopo la terza conferma diviene definitivo. Invece, la inabilità comporta la erogazione di una rendita vitalizia: può essere allora soggetta solo a revisione e comporta la espulsione dell'assicurato dal mondo del lavoro. A fronte di questa situazione normativa, ci si trova di fronte ad una tumultuosa evoluzione della diagnosi e soprattutto della terapia di molte infermità, che precedentemente erano invece caratterizzate da una prognosi infausta quoad vitam e quoad valetudinem.

Gli esempi sono numerosi. Nella cardiomiopatia ischemica, una disfunzione sistolica ventricolare sinistra severa può regredire significativamente o addirittura risolversi a seguito di interventi di rivascularizzazione (BPAC o PTCA) quando sia presente miocardio vitale ("miocardio ibernato"). Nelle cardiomiopatie con disfunzione ventricolare sinistra irreversibile, il ricorso al trapianto cardiaco permette, in caso di riuscita, il ripristino di una buona qualità della vita. Analoghe considerazioni possono farsi per il trapianto di rene e per il trapianto di fegato. Se vogliamo rimanere in un ambito concreto, anche in alcune neoplasie sono stati fatti importanti progressi terapeutici con concrete prospettive di guarigione o di stabilizzazione (il riferimento è ad alcune leucemie e linfomi). Di fronte a questi progressi, è difficile riconoscere il concetto di permanenza per affezioni che prima invece erano da ritenere sicuramente irreversibili. Nel caso della invalidità, la durata triennale dell'assegno e il meccanismo della conferma aiuta a usufruire di un periodo di osservazione abbastanza protratto per seguire la risposta del paziente alla terapia.

Nel caso della inabilità, le cose si complicano. È vero che si può applicare la revisione (a uno o due o tre anni): ma la concessione della pensione è subordinata alla espulsione dal mondo del lavoro e non è previsto alcun meccanismo che agevoli il rientro in caso di revoca della prestazione. Vi è di più: molte domande sono presentate a breve distanza dalla diagnosi, quando non è possibile valutare la risposta al trattamento (ad esempio, pazienti trapiantati entro uno-due mesi dall'effettuazione del trapianto).

In questo caso, l'esperienza dei medici impegnati ogni giorno in prima linea presso i CML della Campania, ha dunque evidenziato come prioritaria la necessità di introdurre il concetto di "malattia di lunga durata", cioè di una indennità a termine che faccia da ponte tra la classica indennità economica di malattia e la pensione di inabilità come prevista dall'art. 2. Si tratta di una soluzione che darebbe il tempo di verificare la risposta ad alcuni trattamenti (in particolare il risultato dei trapianti, in cui il primo anno è cruciale per l'attecchimento e la comparsa di complicanze e/o di effetti sfavorevoli delle terapie anti-rigetto). Dovrebbe essere prevista una clausola paracadute che consenta di erogare la inabilità in caso di morte del paziente collegabile casualmente all'affezione (compresi i trattamenti) che ha dato luogo all'inabilità. Altrimenti, se il paziente muore durante questo periodo di osservazione, non ricorrerebbero gli estremi per la concessione della pensione di inabilità, che, ricordiamolo, è reversibile ai superstiti. Ugualmente importante è stata considerata la possibilità di conservare il posto di lavoro oppure di prevedere un riadattamento o una riqualificazione in caso di revoca della prestazione: in pratica questo significherebbe non più la espulsione dal mondo del lavoro per il diritto alla prestazione.

Esiste poi un problema di interpretazione del concetto di "qualsiasi attività lavorativa". Come è noto, a seguito di alcune pronunce giurisprudenziali, tale dizione viene assimilata al concetto di "lavoro proficuo". Di fronte a questa situazione di fatto, come reagire? Abbiamo già visto che la possibilità di apportare modifiche dirette all'art. 2 in modo da "uniformarlo" alle pronunce giurisprudenziali non sembra ai medici intervenuti di importanza prioritaria. L'attenzione è stata invece focalizzata sulla necessità di aggiornare e omogeneizzare la metodologia diagnostica e i criteri valutativi delle principali patologie che danno luogo al riconoscimento di una pensione di inabilità. E su questo argomento soffermeremo la nostra attenzione.

1. In primo luogo, occorre attuare un **costante aggiornamento sui criteri diagnostici e valutativi delle principali patologie inabilitanti**. Partiamo dai dati epidemiologici. Cinque grandi gruppi di patologie (neoplasie, malattie neurologiche, malattie psichiatriche, malattie cardiovascolari e malattie dell'apparato digerente) rappresentano più dell'80% delle cause riconosciute di inabilità. L'aggiornamento deve riguardare in particolare queste patologie e tra queste le neoplasie. Si è già osservato come i progressi nella diagnosi e nella terapia abbiano modificato la storia naturale di alcune patologie che prima erano invariabilmente contrassegnate da una prognosi infausta. Questo aggiornamento non deve essere rivolto solo ai medici dell'Istituto, ma deve essere aperto all'esterno per far conoscere e condividere le linee guida diagnostico-valutative proposte dai

medici dell'Istituto, i quali devono partecipare peraltro attivamente a questi progetti formativi e in questo senso è stata notata con piacere la disponibilità di molti medici della Campania a partecipare come docenti ai Corsi di Aggiornamento Regionale. Questo momento formativo e informativo è importante anche per le ricadute in tema di contenzioso. Un CTU adeguatamente informato che si trovi di fronte a comportamenti diagnostico-valutativi dettagliati aggiornati ed omogenei da parte dei medici dell'Istituto sarà obbligato a tenere una linea di chiarezza e di rigore metodologico.

2. Qual è poi l'approccio da seguire? Anzitutto, il momento della diagnosi è cruciale (1). **La diagnosi deve essere completa** e aggiornata. In questo modo essa contiene già gli elementi necessari per procedere alla valutazione medico-legale. Nella diagnosi è necessario evidenziare non solo la patologia e il grado di impegno funzionale, ma anche le terapie adottate (o adottabili) e il loro impatto sulla qualità della vita.

3. Se una diagnosi è stata corretta, completa e aggiornata, la valutazione potrà essere impostata secondo un ragionamento medico-legale articolato. Anzitutto, **bisogna evidenziare il grado di impegno funzionale**. Questo impegno funzionale può non essere il risultato della sola patologia, ma anche dell'impatto della terapia sulla qualità della vita. Inoltre, esso non deve essere limitato al momento della visita ("valutazione trasversale"), ma tenere conto di un adeguato intervallo di tempo precedente la visita e, in molti casi, della prognosi quoad vitam e quoad valetudinem. (valutazione longitudinale e prognostico-funzionale) (1). Due esempi chiariranno meglio il problema. Nel paziente con insufficienza cardiaca, può accadere che al momento della visita si accerti una condizione di equilibrio emodinamico. Ma contemporaneamente si riscontra una storia di ripetuti ricoveri nei mesi precedenti per episodi di scompenso congestizio acuto che hanno richiesto terapia diuretica e vasodilatatrice ad alte dosi. In più, al momento della visita sono presenti parametri che hanno un significato prognostico (Frazione di Eiezione < 30% ovvero < 20%; presenza di aritmie ventricolari tipo tachicardia ventricolare non sostenuta; disfunzione diastolica avanzata tipo pattern restrittivo al Doppler) (2), (3), (4), (5). Infine, si riscontra una eziologia che non lascia presumere valide alternative terapeutiche a parte il trapianto (es. cardiomiopatia dilatativa; cardiomiopatia ischemica in assenza di miocardio vitale e/o di vasi bypassabili) (2), (3), (4), (5). In questo caso, l'impatto della malattia sulla qualità della vita (sulla base dei riscontri clinico anamnestici) e sulla prognosi a breve-medio termine orienteranno per un giudizio di inabilità. Va ricordato che, nei pazienti con insufficienza cardiaca in Classe IV NYHA la prognosi quoad vitam a 5 anni è inferiore al 50%, paragonabile quindi a quella di alcune neoplasie maligne che meno rispondono alla terapia (7), (8). Ancora più evidente è l'impatto sulla prognosi

nelle neoplasie (6). In questo caso, il punto di partenza può essere rappresentato dall'appartenenza delle neoplasie ad uno dei quattro gruppi che presentano una prognosi progressivamente sempre più infausta. Di questo occorre tenere conto, come occorre tenere conto che, nella maggior parte delle neoplasie metastatiche, la terapia citostatica non solo non ha migliorato la sopravvivenza, ma tende anche a peggiorare la qualità della vita (ad es.: tumore maligno della mammella metastatizzato a distanza). Una seconda considerazione è che, accanto alla stadiazione "classica" di una neoplasia, ai fini prognostici intervengono altri parametri (dai markers bioumorali al quadro istologico, alla presenza di recettori) i quali possono sensibilmente modificare la prognosi e il trattamento (6). Ne deriva che quindi la valutazione, oltre che prognostico-funzionale, deve essere nelle neoplasie personalizzata (6). E questo può estendersi, anche se in minore misura, anche alle cardiopatie o alle patologie psichiatriche o gastroenterologiche. Ne deriva che la valutazione può giovare della presenza di linee guida aggiornate e flessibili. Invece, l'introduzione di tabelle, di fronte alle continue evoluzioni della diagnosi e della terapia che richiedono un costante aggiornamento e, ancora di più, alla necessità di una personalizzazione della valutazione, sembrano meno indicate di un giudizio medico articolato. Se poi sul piano pratico si esaminano le ultime tabelle INAIL e i parametri valutativi proposti, le perplessità sulla introduzione di una ulteriore serie di tabelle, per quanto razionalmente concepite, restano tutte.

4. Infine, un'ultima considerazione sugli strumenti con cui attuare una corretta valutazione medico-legale. La promozione di una Consulta Nazionale sulla Inabilità, la istituzione di un Comitato Tecnico Scientifico sulla Medicina Specialistica, la pubblicazione di testi di aggiornamento, l'implementazione del fascicolo sanitario elettronico rappresentano uno sforzo nella direzione di quel costante aggiornamento che, come si è discusso, è il presupposto indispensabile per affrontare il problema inabilità.

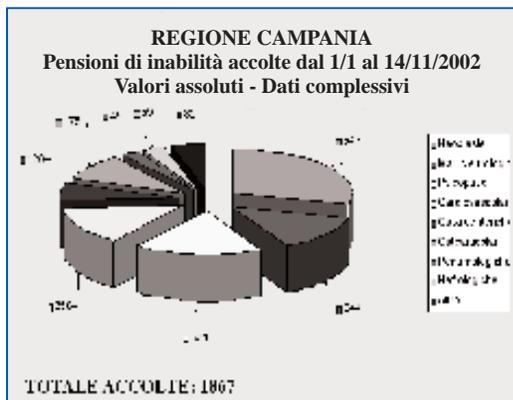


Fig. 1

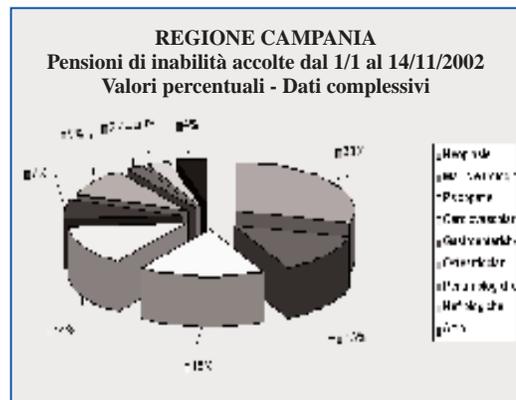


Fig. 2

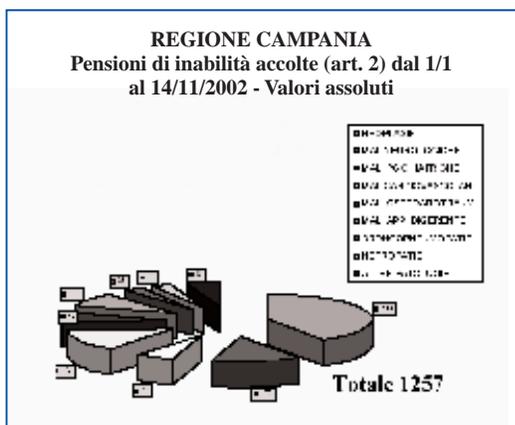


Fig. 3

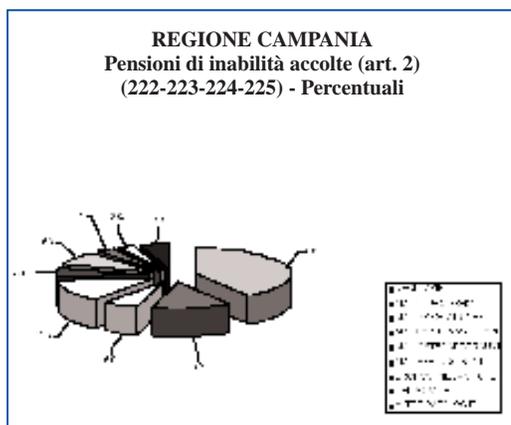


Fig. 4

Incontro/dibattito sulla inabilità presso la Sede Regionale dati significativi

- 2 GIORNATE (17/10 e 21/10/2002)
- MEDICI PARTECIPANTI: 99
- MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE:
 1. Interventi liberi
 2. Scheda interattiva

Fig. 5

SCHEDA INTERATTIVA
Caratteristiche

- 5 Proposte contenute nella relazione Cattani (previsto punteggio priorità da 1 a 10)
- Eventuali ulteriori proposte
- Osservazioni

Fig. 6

SCHEDA INTERATTIVA
Proposte

- A) Inabilità temporanea (“malattia di lunga durata”)
- B) Conservazione posto di lavoro (Art. 2 inalterato)
- C) Ricollocazione e/o riqualificazione
- D) Rivedere concetto “qualsiasi attività lavorativa”
- E) Omogeneizzazione (fasc. sanitario elettronico)
- F) Omogeneizzazione (Osservatorio Nazionale)

Fig. 7

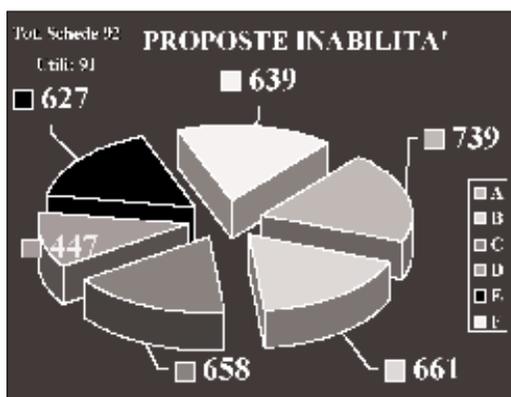


Fig. 8

BIBLIOGRAFIA

- 1) Castaldo S., Cullia D.: “*Linee Guida in Cardiologia Forenze: la cardiopatia ischemica*”. Corso di Aggiornamento Professionale Organizzato dalla Sede Regionale per la Campania, Napoli 19 settembre 2002, in corso di pubblicazione.
- 2) Castaldo S.: “*L’ipertensione arteriosa: valutazione medico-legale in ambito previdenziale. Nuove proposte e linee guida*”. *Rass. Med. Leg. Prev.* 2000; 4: 28-39 Supplemento.
- 3) Piccioni M., Principi S., Castaldo S.: “*Insufficienza Cardiaca*”, in Piccioni M., Principi S., Castaldo S.: *Cardiologia: metodologia e criteri valutativi in medicina legale previdenziale*. 2003 - Vol. II, in corso di pubblicazione.
- 4) Principi S., Piccioni M.: “*Il post-infarto: valutazione funzionale e prognostica in Medicina legale Previdenziale*”. *Rass. Med. Leg. Prev.* 1997; 4: 59-80.
- 5) Principi S.: “*Le Cardiomiopatie: valutazione medico-legale in ambito previdenziale. Nuove proposte e linee guida*”. *Rass. Med. Leg. Prev.* 2000; 4: 40-47.
- 6) Pietrantuono C.: “*L’incapacità di lavoro da malattia neoplastica: indicazioni valutative normative e dottrinarie*”. Corso di Aggiornamento Professionale Organizzato dalla Sede Regionale per la Campania, Napoli 22 novembre 2002, in corso di pubblicazione.
- 7) Shamsham F., Mitchell J.: “*Essentials of the diagnosis of heart failure*”. *Am. Fam. Physician.* 2000; 61: 1319-28.
- 8) Watson R.D.S. et al.: “*ABC of heart failure - Clinical features and complications*”. *BMJ* 2000; 320: 559-562.

Marco MASSARI

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Bari

Onde poter tracciare un bilancio a diciotto anni dal varo della legge 222/1984, che ha definito l'inabilità ai fini delle prestazioni previdenziali, pare di poter sostenere che l'applicazione della norma nella nostra regione è stata sempre improntata a criteri rigorosi, nel solco tracciato dal prof. Iacovelli, all'epoca Primario coordinatore generale dell'Area sanitaria prestazioni pensionistiche, condiviso da atti ufficiali dell'Istituto e successivamente per lo più confermato dai prevalenti orientamenti giurisprudenziali.

Il rigore applicativo nei criteri valutativi dell'inabilità pensionabile deriva dallo spirito della norma che va a tutelare un rischio del tutto diverso dall'invalidità, considerando l'inabile un soggetto che, per infermità o difetto fisico o mentale, è permanentemente impossibilitato a svolgere qualsiasi attività lavorativa e dunque fuori dal mondo del lavoro.

Ciò trova indiretta conferma nella considerazione che la concessione della pensione di inabilità è subordinata alla cessazione del rapporto di lavoro (se lavoratore dipendente) o alla cancellazione dagli albi professionali, dagli elenchi degli operai agricoli o dei lavoratori autonomi, nonché dell'abbuono contributivo fino all'età pensionabile, talvolta molto oneroso per la collettività.

È peraltro doveroso sottolineare come la "qualsiasi" attività lavorativa vada interpretata non apoditticamente, ma con riferimento innanzitutto ad un lavoro giuridicamente valido e dunque adeguatamente remunerato e poi alla concreta fattispecie esaminata, non potendosi pretendere, ad esempio, da un assicurato di età avanzata e con scarsa professionalizzazione una mera ipotesi di utilizzo lavorativo in mansioni ad alta specializzazione.

Rientrano, dunque, pur se in senso molto lato, quelle "attitudini" oggetto della definizione in tema di invalidità pensionabile; se così non fosse, baste-

rebbe una tabella delle infermità inabilitanti applicata pedissequamente anche da personale privo di bagaglio medico-legale.

L'orientamento valutativo testé descritto trova sostanziale corrispondenza anche nel giudicato della Magistratura locale, pur con differenze nei diversi distretti, ma preme qui sottolineare come allorché vi è la costante presenza del consulente tecnico di parte dell'Istituto alle operazioni peritali le nostre determinazioni vengono molto spesso condivise; quando ciò invece non avviene vi è il concreto rischio di decisioni arbitrarie e non in linea con i consolidati orientamenti in considerazione della carente preparazione media dei consulenti del giudice, a noi ben nota, che si ripercuote sulle valutazioni medico-legali in assenza di contraddittorio.

Quanto agli aspetti di criticità, per alcuni di questi si tratta eminentemente di problematiche interpretative cui la dottrina e la giurisprudenza continuano a fornire materia di discussione.

Mi riferisco alle differenze fra l'inabilità ex l. 222/1984 e quella a proficuo lavoro, al rapporto con l'inidoneità al servizio (inabilità specifica), alle residue attività concretamente compatibili con lo stato dell'inabile, all'inabilità nei minori e negli anziani.

A tale proposito, è ben noto che la legge 222/1984 ha – fra l'altro – definito l'inabilità ai fini di tutte le prestazioni previdenziali. Tale definizione ex art. 2 della legge (**assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa a causa di infermità o difetto fisico o mentale**) fu dunque introdotta per ogni tipo di inabilità tutelata dall'Inps, senza distinzione di età dei beneficiari. (A ciò si è successivamente derogato con la legge 153/1988 in tema di assegno per il nucleo familiare, ove per inabilità si intende l'**assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro a causa di infermità o difetto fisico o mentale**; con esclusivo riferimento ai limiti di reddito per il diritto all'assegno, diversi a seconda che nel nucleo familiare siano presenti o meno soggetti inabili, la definizione di inabilità è quella sopra riportata per i componenti maggiorenni, mentre per i minori si valuta se **abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età a causa di infermità o difetto fisico o mentale**).

Tale situazione, a parere del sottoscritto, costituisce un punto di crisi del sistema per motivazioni sia sostanziali che operative.

La definizione rigorosa dell'inabilità pensionabile ben si adatta allo spirito della norma che intende tutelare il lavoratore assicurato che ha potuto costruirsi una posizione previdenziale applicando concretamente per anni le sue potenzialità lavorative e pertanto viene tutelato solo allorché, divenuto inabile a qualsiasi attività lavorativa, cessa effettivamente il lavoro.

Il richiedente la pensione ai superstiti è invece quasi sempre un soggetto "socialmente" più debole in quanto non ha mai contratto un rapporto assicu-

rativo; più appropriata sarebbe dunque una definizione *meno restrittiva* del rischio tutelato quale quella di inabilità a lavoro proficuo, a poco rilevando la mera possibilità di dedicarsi ad attività lavorative non proficue, che invece oggi esclude il diritto al beneficio. A corroborare tale tesi è la constatazione che nel settore pubblico ed in quello della pensionistica di guerra la reversibilità agli inabili è concessa col riscontro dell'inabilità a lavoro proficuo.

Altro punto di criticità operativa è rappresentato dalla valutazione di soggetti in età non ancora o non più lavorativa, in particolare gli anziani richiedenti la pensione ai superstiti o, molto più spesso, l'assegno per il nucleo familiare.

A tale proposito si ritiene assolutamente non appropriato l'accertamento dell'inabilità al lavoro in un soggetto che già per condizioni di involuzione fisiologica ha perso la capacità lavorativa.

È dunque ormai indifferibile l'adozione universale del riferimento a quelle "difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età" già in vigore per altri settori di tutela (vedi l'invalidità civile).

La valutazione di tali difficoltà riguarderà "i compiti e le funzioni proprie dell'età", cioè l'insieme di atti, dai più elementari ai più complessi, che un soggetto normale di corrispondente età svolge quotidianamente. Ciò consente di assimilare sostanzialmente la valutazione in parola a quella del "danno biologico", ben nota ai giuristi ed a noi medici legali. Le "difficoltà persistenti" (o, forse, ancor meglio, "permanenti"), andranno poi graduate, onde poter attribuire il beneficio richiesto solo ai soggetti che, per infermità o difetto fisico o mentale, siano notevolmente limitati nello svolgimento delle loro consuete occupazioni.

Auspichiamo che il legislatore voglia affrontare tali problematiche che riteniamo non abbiano solo una valenza dottrinarica, ma anche e soprattutto sociale.

Per quel che concerne i rapporti fra inabilità e morte improvvisa o immediata, piace qui ricordare quanto rilevato dal prof. Iacovelli in occasione della risposta a specifico quesito (messaggio n. 55045 del 21.4.1990): *"se l'assicurato nel periodo precedente l'evento mortale, non si trovava nell'assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa egli non può essere considerato inabile in quanto gli eventi che danno luogo a morte improvvisa (traumi, infarto, emorragie cerebrali ecc...) insorgono per lo più in pieno benessere e sono del tutto imprevedibili e fortuiti... In sostanza, oggetto della valutazione deve essere l'infermità o difetto fisico o mentale che ha costituito l'antecedente causa dell'evento (traumatico o patologico) che ha determinato la morte. Tale infermità, a sua volta, deve di per sé giudicarsi invalidante o inabilitante e possedere, inoltre, l'indispensabile requisito della permanenza. Soltanto nel caso in cui l'evento finale sia la conseguenza di un processo patologico cronico che da solo configu-*

rava il rischio assicurato, allora può assurgere a dignità di inabilità pensionabile”.

È stato sollevato poi il problema dell’inabilità in relazione a specifiche patologie (insufficienza renale cronica in trattamento dialitico, infermità psichiatriche). Quanto al soggetto emodializzato, esclusi i casi di gravi complicanze che di per sé configurano uno stato di inabilità, esso può considerarsi un “inabile nelle giornate di dialisi”, ma negli altri giorni lo stesso conserva, come testimoniato dalla realtà di tanti casi, una discreta “performance” lavorativa e dunque non può aprioristicamente giudicarsi inabile. In ordine alle patologie psichiatriche gravi, queste di fatto determinano inabilità quando la compromissione funzionale è elevata e soprattutto continuativa, trascurabili essendo i periodi di relativo benessere.

Veniamo infine alla problematica più spinosa: inabilità e prognosi, inabilità e revisione.

È ormai fortemente sentita l’esigenza di una modifica legislativa che consenta, per i soggetti inabili per patologie si permanenti, ma a prognosi incerta (leggansi soprattutto i pazienti oncologici), di non dover necessariamente cessare ogni rapporto o attività lavorativa o che comunque li privilegi nella riqualificazione nel fortunato caso di recupero delle condizioni di salute.

È ben noto, al riguardo, l’imbarazzo in cui viene a trovarsi il medico legale dell’Istituto che, applicando ineccepibilmente la norma, giudica inabile un soggetto affetto da neoplasia e prevede la revisione; tale imbarazzo si concretizza poi vieppiù quando al pensionato per inabilità, cessata ogni attività lavorativa, viene revocata altrettanto ineccepibilmente la prestazione per miglioramento del quadro clinico dovuto alla guarigione dalla malattia neoplastica.

Auspichiamo che il legislatore voglia trovare la soluzione di un problema così rilevante, sia essa l’abolizione del divieto di cessazione dell’attività fintantoché la prognosi resta incerta ovvero la previsione di una “lunga malattia” o quell’altra che riterrà di adottare.

Giuseppe SIVIGLIA

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Catanzaro

Le problematiche concernenti l'inabilità pensionabile, ex articolo 2 legge 222/84, impongono, a venti anni dall'entrata in vigore della legge stessa, un'attenta riflessione non solo sugli aspetti normativi che ne costituiscono lo spirito, ma anche sugli aspetti operativi che ne compongono la prassi.

In considerazione di quanto sopra, risulta di fondamentale importanza fare una valutazione sui numerosi aspetti che stanno alla base del problema, e, in particolare:

- Aspetti dottrinari, con particolare riferimento all'inquadramento dell'art. 2 della legge 222/84 all'interno del sistema previdenziale ed assistenziale in vigore, tenendo conto dell'allargamento degli elementi medico legali contenuti nella stessa anche ad ambiti extra Inps, come, ad esempio, alcuni articoli della legge 335/95, che interessa i dipendenti pubblici.

In questo contesto, un'eventuale evoluzione dell'articolo 2, non potrà non tenere conto della normativa in vigore in tema di danno biologico, sia in ambito INAIL (decreto legislativo 38/2000), sia in ambito RC- auto (legge 57/2001), nonché di alcune sentenze della Cassazione civile sezione lavoro come la n. 1026 del 25/1/2001, la n. 7212 del 30/5/2000, la n. 9487 dell'11/11/1994.

- Aspetti operativi che riguardino, in particolare, la ridefinizione del processo operativo interno con un iter valutativo di tipo prognostico-funzionale, all'interno di un sistema fondato su un attento e continuo monitoraggio delle criticità e di singole fattispecie legate anche a particolari situazioni sul territorio.

- Aspetti gestionali, fondati sul controllo del processo produttivo e sul governo di eventuali turbolenze.

Obiettivo prioritario resta un giudizio medico legale inteso come prodotto finito e di qualità e con caratteristiche di uniformità ed omogeneità all'interno di ciascuna Area medico legale e nella regione tutta.

- **Aspetti statistici:** individuazione di indici di efficacia e di efficienza come quello, ad esempio, del numero delle domande accolte in rapporto al numero delle domande presentate e l'indice di accoglimento in rapporto alla popolazione residente, inoltre, una gestione consapevole ed accorta delle procedure, con un monitoraggio continuo del pervenuto, diviso in domande accolte e respinte, a loro volta suddivise per fascia d'età, per sesso, per tipologia lavorativa, per patologia e, infine, per sede di provenienza.

La riflessione di cui trattasi dovrebbe, poi, estendersi ad alcune problematiche particolari che convivono all'interno della problematica più generale concernente l'istituto della inabilità.

Ci riferiamo al rapporto tra inabilità e articolo 9 della stessa legge (revisione); al rapporto fra inabilità e assegno di accompagnamento, idoneità al servizio, reversibilità e proficuità al lavoro.

INABILITÀ E CONTENZIOSO GIUDIZIARIO

Il contenzioso giudiziario si colloca alla conclusione di un percorso il cui risultato è strettamente dipendente sia dalla validità tecnica degli atti che lo precedono, sia, in fase peritale, dalla sistematica presenza in qualità di consulente di parte dei medici dell'Istituto, dimostratasi necessaria per mantenere gli orientamenti valutativi aderenti alle definizioni legislative.

Infatti, la CTU rappresenta il momento centrale nella decisione delle controversie in ambito di invalidità pensionabile e, di conseguenza, risultano determinanti fattori quali la metodologia da seguire e la qualificazione professionale che è richiesta sia al Giudice, che ai Consulenti d'ufficio e di parte, fermo restando, comunque, che la partecipazione al 100% delle operazioni peritali resta non solo l'obiettivo di un progetto speciale ma anche il cardine dell'azione dell'Istituto in materia di contenzioso giudiziario.

Infatti, in tutte quelle realtà nelle quali è garantita una attiva partecipazione dei medici dell'Istituto quali CTP, si è registrata una sensibile riduzione dell'indice di soccombenza in giudizio da parte dell'INPS e, proporzionalmente, sono aumentati la stima e l'apprezzamento verso l'operato dell'Ente da parte dei Giudici e dei loro Consulenti.

In considerazione di quanto sopra, la fase di contenzioso giudiziario deve rappresentare, ancora più per un prodotto strategico quale l'inabilità, la fase nobile del processo operativo, in quanto fase ultima di verifica di qualità del giudizio medico legale quale prodotto finito.

In questo senso, gli indici di soccombenza in giudizio rappresentano non solo il vero e più fedele indice di qualità della globalità del processo operativo, ma anche il termometro dell'immagine dello Istituto all'esterno. Ecco perché riteniamo che, da un punto di vista operativo e gestionale, siano prioritariamente da perseguire tre azioni fondamentali:

- 1) creazione di una corsia preferenziale per le cause vertenti in materia di inabilità;
- 2) partecipazione dei C.T.P. dell'INPS a tutte le fasi dell'iter giudiziario;
- 3) controllo e monitoraggio degli indici di soccombenza in giudizio per gli alti costi in termini attuariali e di immagine per l'istituto.

INABILITÀ E SPECIALISTICA

Valutare la possibilità di fissare:

- 1) linee guida generali
- 2) protocolli diagnostico valutativi per singola patologia.

Partendo anche dalla constatazione che l'iter valutativo e lo stesso giudizio medico legale conclusivo devono essere adeguati all'evoluzione che l'epidemiologia della maggior parte delle patologie (in particolare tumori e AIDS) ha subito negli anni dal 1984 ad oggi sotto tutti i profili: diagnostico, prognostico e terapeutico.

In considerazione di quanto sopra, vanno focalizzate e monitorate alcune problematiche concernenti il rapporto tra la valutazione dell'inabilità ed alcune patologie.

In particolare:

- inabilità ed AIDS
- inabilità e neoplasie
- inabilità e malattie psichiatriche
- inabilità e trapianti
- inabilità ed insufficienza respiratoria
- inabilità ed insufficienza renale cronica
- inabilità e trattamento dialitico
- inabilità in rapporto a protesica e riabilitazione
- inabilità e morte improvvisa
- inabilità e morte immediata.

INABILITÀ E REVISIONE EX ART. 9

La legge 222/84 ha certamente rappresentato un efficace strumento per riportare sotto controllo un capitolo di spesa da sempre in espansione, contribuendo ad avviare un processo di contenimento e di controllo del debito pubblico.

Inoltre, ha contribuito a risanare il fenomeno dell'invalidità pensionabile vincolandone le relative prestazioni al requisito biologico ed eliminando, in buona sostanza, ogni riferimento a fattori socio-economici.

La legge di cui trattasi ha introdotto due differenti gradi di invalidità, corrispondenti a due distinti livelli di incapacità lavorativa: parziale ed assoluta.

Questo secondo livello di incapacità lavorativa è rappresentato dalla inabilità, intesa come “**impossibilità assoluta e permanente a svolgere qualsiasi attività lavorativa a causa di infermità o difetto fisico o mentale**” (art. 2 legge 222/84).

A quasi venti anni dall'entrata in vigore della legge, la formula definitoria dell'istituto dell'inabilità, così come sopra rappresentata, è stata oggetto di importanti riflessioni, soprattutto per quanto riguarda alcune problematiche poste dall'applicazione di altri articoli della legge stessa, come, ad esempio, la revisione ex articolo 9, che sarà oggetto di questo intervento.

Di fatto, nella quotidiana applicazione di questo articolo di legge nell'ambito dell'attività istituzionale dell'Ente, ci si trova a dibattere ed affrontare alcune questioni che andremo qui di seguito ad analizzare.

La revisione, spesso, rappresenta una sorta di risposta alle insicurezze e alle incertezze di carattere valutativo, legate soprattutto all'evoluzione che l'epidemiologia della maggior parte delle patologie (in particolare tumori ed Aids) ha subito negli anni, sotto tutti i profili: diagnostico, prognostico e terapeutico.

Pur alla fine di un corretto iter valutativo, a volte resta l'incertezza e l'indefinibilità di una prognosi che soddisfi il requisito della permanenza e che, comunque, non sia suscettibile di evolutività migliorativa col presidio di nuovi strumenti terapeutici, la cui efficacia non sempre è rapportabile a tutti gli individui ed a tutte le situazioni.

La prima questione da porre, a nostro avviso, riguarda l'atteggiamento dei medici dell'Istituto di fronte a quei riconoscimenti del diritto alla prestazione economica, che hanno visto diluirsi, nel tempo, quei requisiti di legge che, all'epoca, avevano permesso l'accoglimento della domanda di pensione di inabilità.

In genere, sono individuabili due distinti percorsi:

- quando prevale il senso di solidarietà con chi vive il miglioramento delle proprie condizioni psico-fisiche come un danno e la conseguente perdita della prestazione economica come una beffa dopo che, da tempo ha già rinunciato al proprio posto di lavoro, si ha la **conferma** della prestazione;

- quando prevale l'interpretazione rigorosa dello spirito della legge e l'applicazione rigida e puntuale della metodologia e della criteriologia valutativa medico legale, si assiste, viceversa, alla **revoca** della prestazione ex comma 6 dell'articolo 9 (quando, a seguito della revisione, risulti che l'interessato non può ulteriormente essere considerato invalido o inabile, la prestazione è revocata, ovvero, qualora si tratti di pensione di inabilità e si è accertato il recupero di parte della validità dell'assicurato entro i limiti di cui al precedente articolo 1, è attribuito l'assegno di invalidità).

In considerazione di quanto sopra, la revoca può essere sia parziale che totale.

In quest'ultimo caso "la revisione può essere richiesta anche dall'interessato in caso di mutamento delle condizioni che hanno dato luogo al trattamento, comprovato da apposita certificazione sanitaria" (comma 3 art.9)

Quanto sopra, rappresenta un importante elemento di tutela ed una prima risposta al quesito che ci siamo posti.

Nel caso, invece, in cui la revoca totale non sia richiesta dal lavoratore, ma sia il risultato della visita di revisione, vengono ad aprirsi alcune problematiche che attengono, da una parte all'organizzazione ed all'architettura legislativa in tema di stato sociale, dall'altra alla sfera dei diritti attinenti al cittadino.

Nella prima ipotesi, per quanto, cioè, riguarda il rapporto tra sistema legislativo e stato sociale, viene a sostanzarsi un conflitto con:

- l'obiettivo iniziale della legge di protezione globale del lavoratore;
- l'esigenza di tutela del diritto alla sicurezza sociale del cittadino in stato di bisogno;
- il principio etico di continuità negli interventi assistenziali e previdenziali.

Per quanto riguarda, invece, la sfera dei diritti attinenti al cittadino, dobbiamo distinguere due aspetti fondamentali: quello concernente il cittadino come persona e quello concernente il cittadino come lavoratore.

Di fatto, il danno alla persona viene a concretizzarsi in una sorta di estraniamento dal vivere sociale, conseguenza, a sua volta, di una polarizzazione ideologica affettiva sul proprio "status di inutilità", del restringimento del campo degli interessi, dell'incongruità comportamentale e di un impoverimento dell'ambito relazionale.

Per quel che attiene al danno al cittadino lavoratore, questo è il risultato di una progressiva perdita delle "abilità" e di un blocco dell'accrescimento delle capacità professionali, che hanno come conseguenze una scarsa attitudine alla concorrenzialità, all'interno di una logica di mercato asfittico (sud), supercompetitivo (nord), con regole proprie (globalizzazione).

Quanto sopra avrà come risultato una vera e propria "espulsione" dal mondo e dal mercato del lavoro.

Si tratta, in ogni caso, di eventi dannosi che vanno ad incidere pesantemente sulla qualità di vita del cittadino lavoratore, per cui si impone al medico valutatore un atteggiamento cauto ed attento.

Questo significa applicare l'istituto della revisione solo in casi selezionati e, in particolare, quando:

- non è dato per certo il requisito della permanenza;
- la valutazione può essere il risultato più di un criterio probabilistico, che di una certezza consolidata;
- la patologia non può essere considerata stabilizzata;
- la patologia stessa presenta una sua evolutività, prevedibilmente verso il miglioramento.

A questo scopo, è fondamentale focalizzare il momento di passaggio da una patologia grave stabilizzata, ma ancora suscettibile di favorevole evoluzione, ad una patologia non più modificabile in senso migliorativo, nemmeno dai più efficaci ritrovati terapeutici messi a disposizione dalla scienza medica, in quel momento e per quel paziente.

Le soluzioni già realizzabili potrebbero passare attraverso un rimodellamento del processo operativo interno consistente in una modifica dell'iter valutativo che, attualmente di tipo diagnostico-funzionale, dovrebbe diventare di tipo prognostico-funzionale, basandosi anche su linee guida generali e su protocolli valutativi per singola patologia.

Altre soluzioni sono possibili solo attraverso l'introduzione di norme aventi forza di legge, come, ad esempio, la scomposizione del rischio assicurato in diversi gradi di tutela: malattia lunga, invalidità parziale, invalidità totale.

Ancora, potrebbero essere create delle nuove fattispecie: una Inabilità breve con momentanea sospensione dal lavoro; oppure un'Indennità di lunga malattia, con successiva riabilitazione e reintegro nel posto di lavoro attraverso una corsia preferenziale, fino a una sorta di ricollocamento privilegiato.

Quanto sopra dovrebbe inquadrarsi in un riordino complessivo del sistema delle assicurazioni sociali, anche attraverso un coordinamento degli interventi normativi e procedurali, al fine di evitare sovrapposizioni, eccessi o carenze di tutela.

Andrebbero attivati, quindi, delle vere e proprie sinergie istituzionali fra Enti diversi, che intervengono, però, sullo stesso bisogno di tutela e, cioè, del diritto alla sicurezza sociale.

Per quanto riguarda il medico dell'INPS, si tratta di trovare un giusto equilibrio tra il rigorismo obiettivo medico legale e la propria coscienza di solidarismo sociale, al fine di fornire una risposta giusta e puntuale al cittadino in stato di bisogno, pur mantenendo un occhio di riguardo al contenimento della spesa assistenziale e previdenziale.

Si pone, di fatto, un problema di giustizia e di giustezza, nel senso di un'azione efficace, efficiente ed economica coniugata con i diritti costituzionalmente garantiti del lavoratore che, "Ha diritto ad una retribuzione proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro ed in ogni caso sufficiente ad assicurare a sé ed alla sua famiglia un'esistenza libera e dignitosa" (art. 36 della Costituzione).

Quanto sopra presuppone un giudizio medico legale inteso come prodotto finito e di qualità, in quanto giusto, puntuale, difendibile in giudizio e con caratteristiche di omogeneità ed uniformità all'interno di ciascuna area medico legale (attraverso il sistema delle validazioni) e su tutto il territorio regionale e nazionale (attraverso le rispettive conferenze dei Dirigenti medici di II livello).

In conclusione, a molti anni dalla sua entrata in vigore, l'art.2 e la stessa legge 222/84 possono essere considerati giusti ed ancora attuali, pur in un ricorso all'istituto della revisione solamente in casi assolutamente selezionati.

Sono indispensabili:

- una rinnovata assunzione di responsabilità;
- una corretta criteriologia e metodologia valutativa;
- una fine sensibilità ad accostarsi congiuntamente alla persona, al lavoratore ed al malato.

Mettiamo, quindi, a disposizione le capacità professionali e l'esperienza acquisite sul campo e nel tempo, al fine di ristabilire, all'interno del sistema Paese, un rapporto ecologico tra mercato del lavoro e lavoratore in stato di bisogno, nel rispetto del principio di stato solidale e, soprattutto, nel rispetto della storia e delle tradizioni del nostro Istituto.

Fabrizio ZAPPATERRA

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Trento

Nel corso della riunione di insediamento della Consulta Nazionale per l'Inabilità del 27.06.2002 è stato evidenziato un progressivo aumento della concessione delle pensioni di inabilità, un incremento percentuale delle patologie psichiatriche a scapito di altre tradizionalmente ben più rappresentate, come i tumori, un uso eccessivo della revisione di questa prestazione con provvedimento di revoca e disagio socio-economico conseguente a carico degli interessati.

È stato pure sottolineato che una buona parte del fenomeno di aumento delle prestazioni di inabilità è sostenuto dal contenzioso giudiziario, soprattutto in regioni dove questo rappresenta una quota tanto importante del lavoro complessivo da rendere estremamente difficoltosa la partecipazione del medico d'Istituto a tutte le operazioni peritali.

In base a queste considerazioni è stato quindi ritenuto opportuno effettuare un confronto territoriale, centro-periferia ed intra-regionale, per acquisire tutti i principali dati gestionali sul fenomeno (criticità, giurisprudenza di merito locale, casi limite, statistiche) con l'obiettivo di:

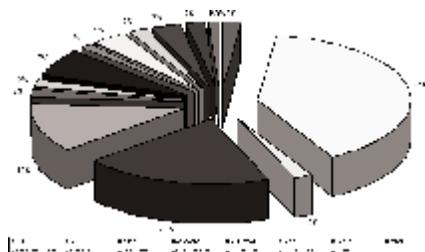
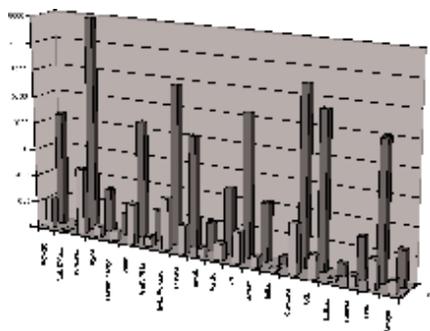
- 1) individuare i nodi critici operativi alla luce della dottrina e della giurisprudenza formatasi negli anni
- 2) trovare rimedi e proposte, sia procedurali (dare nuove direttive o circolari ai CML) o legislative (che migliorino lo strumento di legge)
- 3) rafforzare il ruolo accertativo svolto dal dirigente medico INPS e dall'Istituto stesso quale ente privilegiato nella tutela delle invalidità.

L'analisi degli indici di accoglimento 2001 in ambito nazionale non è di immediata interpretazione, risultando, tale percentuale, dipendente dal numero complessivo di domande presentate, dal numero di abitanti e quindi dall'effettiva concentrazioni di gravi patologie (Tabella 1).

La tabella 2 infatti, paragonando le prestazioni accolte, indicizzate per i residenti evidenzia un calo significativo degli accoglimenti dal 1987 al 1999, a dimostrazione della reale capacità del corpo medici dell'INPS di applicare correttamente la Legge 222/84¹.

Tabella 1 - Inabilità accolte per regione nel 2001; grafico 1 idem; grafico 2 patologie inabilitanti

inabilità per regione 2001			
	accolte	n. dom.	% acc.
Piemonte	1.133	4.240	27
Valle D'Aosta	46	151	30
Lombardia	2.469	7.941	31
Liguria	424	1.641	34
Trentino A. A.	333	817	41
Veneto	1.469	4.343	34
Friuli V. Giulia	386	1.153	33
Emilia Romagna	1.935	5.860	33
Toscana	1.036	4.129	25
Umbria	292	1.058	28
Marche	628	2.438	26
Lazio	1.180	5.223	23
Abruzzi	432	2.130	20
Molise	101	287	35
Campania	1.847	6.521	28
Puglia	860	5.736	15
Basilicata	167	441	38
Calabria	393	1.533	26
Sicilia	1.102	5.016	22
Sardegna	523	1.314	40
NAZIONALE	16.756	61.972	27



¹ Zappaterra F.: "La legge 222/84 al quindicesimo anno: analisi a confronto, problematiche aperte". Rass. Med. Leg. Prev. 2001, 1: 1-24.

Tabella 2 - Domande presentate, assegni e pensioni accolte, tutti indicizzati per 1.000 residenti

	1999		1999			1987	
	Domande	Invalidità	Inabilità	Totale	Invalidità	Inabilità	Totale
NAZIONALE	2,1	0,59	0,20	0,79	1,44	0,22	1,66
NORD	1,6	0,47	0,21	0,67			
CENTRO	2,2	0,61	0,20	0,81			
SUD	2,8	0,74	0,18	0,92			

Le patologie inabilitanti 2001 in ambito nazionale hanno dimostrato un'impennata delle forme psichiatriche (20%) e neurologiche (12%) ed una corrispondente diminuzione di quelle neoplastiche (40%); questi dati non sono confermati dall'attività in Trentino Alto Adige che vede le stesse patologie nell'ordine al 5%, 7% e 65%.

Le revisioni delle pensioni di inabilità rappresentano un fenomeno assai limitato, che nel 1999 ha, ad es., interessato meno del 15% delle prestazioni concesse mediamente in un anno ed ha comportato la revoca dell'inabilità in appena 238 casi (Tabella 3).

I motivi del ricorso ad un numero, esiguo, ma significativo di casi, dipende essenzialmente da due ordini di fattori:

1) la tempestività nella presentazione delle domande da parte dell'assicurato, associata alla spinta a ridurre i tempi di definizione delle pratiche nel loro iter sanitario;

2) la presenza di patologie molto gravi, che richiedono tempi di trattamento sanitario particolarmente lunghi (mesi od anni), al termine del quale l'attuale tecnologia medica può essere in grado di risolvere, in alcuni casi ed almeno parzialmente, la malattia di base.

Tabella 3 - Revisioni 1999

Revisioni INABILITÀ		
Patologia	Accolte	Revoc.
1 TBC	4	1
2 m. infett.	84	17
3 tumori	488	90
4 allerg.	1	1
5 endocrino	26	5
6 sangue	2	0
7 psichiatr.	314	12
8 neurolog.	352	20
9 n. perifer.	62	3
10 sensi	29	1
11 circolo	187	32
12 respirat.	19	1
13 digeren.	77	20
14 urinario	106	21
15 dermat.	4	0
16 osteoart.	58	5
17 malform.	12	0
18 traumat.	113	6
19 altro	14	1
20 senza N.	0	2
TOTALE	1.952	238

Il numero maggiore di revisioni e di revoche interessa forme di neoplasie (sono anche il gruppo più rappresentativo): oggi infatti è dimostrato che circa il 50% dei tumori globalmente considerati risulta in remissione a cinque anni dalla fine delle cure, ed è questo un fenomeno importante, che non può essere ignorato, soprattutto quando interessa soggetti ancora relativamente giovani, che possono riprendere una vita sociale e lavorativa normale.

Significativi sono pure i risultati dei trapianti, particolarmente di cuore, reni e fegato, i quali, nonostante la necessità di un trattamento antirigetto cronico, possono riprendere attività lavorative adeguate alle loro condizioni. La patologia inabilitante psichiatrica è rappresentata in buona parte dalla forma schizofrenica, la quale ha un andamento tipico di insorgenza, crisi deliranti per periodi variabili, anche di anni, compenso con residui difettali più o meno importanti. Infine la riabilitazione dei neurolesi e dei traumatizzati della strada, unita all'uso di protesi degli arti, consente talvolta un discreto recupero funzionale e lavorativo.

D'altra parte gli studi in atto su nuovi farmaci, sulle cellule staminali e sugli impianti di chip per il controllo neurologico o sensoriale potranno fortunatamente aprire possibilità di miglioramento di altre patologie, che al momento non sono neppure pensabili.

Per restare al passo con i tempi e limitare l'uso strumentale dell'inabilità a durata limitata o temporanea appare quindi indifferibile l'introduzione di una nuova prestazione, la "*lunga malattia*", ad integrazione temporale della "*malattia*" dei dipendenti e come nuova prestazione per gli autonomi.

Nonostante l'indubbio miglioramento in termini di equità e di risparmi della spesa pubblica, la legge 222/84 lascia comunque ancora zone d'ombra:

1) sussiste tuttora, evidentemente, una disomogeneità di giudizio fra regioni o addirittura fra ambiti diversi della stessa realtà regionale;

2) il ricorso giudiziario, dopo un iniziale decremento, si mantiene percentualmente elevato, con una soccombenza eccessiva da parte dell'Istituto, dovuta frequentemente alla non condivisione da parte di giudici e CTU di una capacità di lavoro sganciata dalle condizioni socio-economiche;

3) recenti pronunce della Corte di Cassazione riaccreditano una interpretazione più estensiva della dizione "qualsiasi attività lavorativa" dell'art. 2 (pensione di inabilità) con riferimento al concetto di "lavoro proficuo" e questo porta nuovamente ad una analisi (e valorizzazione) delle condizioni socio-economiche.

Oggi coesistono tre diverse tutele e valutazioni medico-legali assai simili per prestazioni economiche dell'INPS:

a) l'invalidità, corrispondente alla perdita dei 2/3 della capacità lavorativa in attività confacenti alle attitudini dell'interessato

b) l'invalidità non inferiore all'80% ai sensi del D. Lgs. 30.12.1992, n. 503 (*L'elevazione dei limiti di età di cui al comma 1 [pensione di vecchiaia: 65 anni per i maschi e 60 anni per le femmine] non si applica agli invalidi in misura non inferiore all'80%*)

c) l'inabilità, coincidente con l'**incapacità assoluta e permanente a svolgere qualsiasi attività lavorativa**.

L'oggetto di tutela, in mancanza di parametri di riferimento, risulta dipendere eccessivamente dalla soggettività del medico valutatore e dalla sua cultura ed esperienza medico-legale, con il rischio di errata valutazione, soprattutto in caso di affidamento del giudizio definitivo a CTU inesperti.

Ogni rinuncia agli elementi caratterizzanti (sostituire *qualsiasi attività lavorativa con qualsiasi attività confacente o qualsiasi lavoro proficuo*) comporterebbe un avvicinamento dell'inabilità all'invalidità ed un aumento conseguente della spesa previdenziale.

Una delle conquiste più innovative in medicina legale degli ultimi dieci anni è certamente la svolta impressa nella valutazione del danno alla persona dall'acquisizione giuridica della lesione del bene salute, inteso, in armonia con il preambolo della Costituzione dell'OMS del 1946, come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non la semplice assenza di malattia o infermità.

La sentenza 184/86 della Corte Costituzionale, come noto, distingue, nella sostanza, quattro categorie di danno, fra le quali il **danno biologico**, come **menomazione della integrità psico-fisica**, rappresenta il **danno base**, riconosciuto anche con forza di legge, per la valutazione dei danni da responsabilità civile da terzi e da infortunio lavorativo. Tuttavia l'incidenza del danno biologico sulla capacità lavorativa non è passibile di stime percentuali e *richiede invece la determinazione delle potenzialità lavorative residue*, individuate presso l'INAIL in quattro livelli:

A) la menomazione non pregiudica gravemente né l'attività lavorativa svolta né quelle della categoria di appartenenza

B) la menomazione pregiudica gravemente o impedisce l'attività svolta, ma consente comunque altre attività della categoria di appartenenza anche mediante interventi di supporto e ricorso a servizi di sostegno

C) la menomazione consente soltanto lo svolgimento di attività lavorative diverse da quella svolta e da quelle della categoria di appartenenza, compatibile con le residue capacità psicofisiche anche mediante intervento di supporto e ricorso a servizi di sostegno

D) la menomazione impedisce qualunque attività lavorativa o consente il reimpiego solo in attività che necessitano di intervento assistenziale permanente, continuativo e globale.

Mentre lo schema per la determinazione delle potenzialità lavorative a mente dell'art. 3 D.L. 509/88 si basa su sei livelli crescenti:

- 1) conservata senza limitazioni
- 2) conservata con limitazioni saltuarie
- 3) conservata con ausili tecnici e/o modifiche ambientali
- 4) possibile solo per determinati tipi di attività lavorative
- 5) limitata con ausili tecnici e/o modifiche ambientali
- 6) quasi abolita.

Si potrebbe quindi ipotizzare l'individuazione legislativa di una **soglia di danno biologico** come **prerequisito**, effettuando solo **successivamente** la valutazione della riduzione oltre i due terzi della capacità lavorativa in attività confacenti alle attitudini o della perdita totale della capacità lavorativa in qualsiasi attività lavorativa mediante **l'analisi delle potenzialità lavorative**.

Ad esempio, le tre fattispecie considerate sopra potrebbero trovare la seguente diversa formulazione:

1) Si considera invalido ... l'assicurato ***il quale sia portatore di un danno biologico valutabile in misura pari o superiore al 40% e*** la cui capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, sia ridotta in modo permanente a meno di un terzo;

2) Si considera invalido ai sensi del D.Lgs. 30.12.1992, n. 503 l'assicurato ***il quale sia portatore di un danno biologico valutabile in misura pari o superiore al 50% e*** la cui capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, sia ridotta in modo permanente ***in misura non inferiore all'80%***;

3) Si considera inabile ... l'assicurato o il titolare di assegno di invalidità il quale ***sia portatore di un danno biologico valutabile in misura pari o superiore al 70% e*** si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

La determinazione delle potenzialità lavorative e la valutazione percentuale del danno biologico dovrebbero comunque poter essere utilizzate dall'assicurato anche ai fini dell'iscrizione al collocamento obbligatorio, come avviene per gli invalidi civili e del lavoro.

L'eventuale tabella dovrebbe essere corredata soprattutto da *chiari protocolli diagnostici/valutativi e graduata in piccole fasce percentuali*. Indispensabili sarebbero poi le *revisioni periodiche* della tabella stessa ad opera di una *commissione mista* (Università, Assicurazioni, Enti destinatari), recepibili direttamente con *delibera* interna dell'Istituto.

L'intersezione fra le diverse percentuali soglia di danno biologico riconosciuto e le potenzialità lavorative potrebbero comportare le seguenti prestazioni (Tabella 4).

Tabella 4

Danno Biologico	Potenzialità lavorative	Prestazione
< 40%	<i>Non si valutano</i>	Nessuna
> 40%	1-2; A (idoneo)	Nessuna
> 40%	3; B (inidoneità specifica)	Iscrizione liste di colloc. obbligatorio (I.L.C.O.)
> 40%	4-5; C (inidoneità attitudinale)	Invalidità - I.L.C.O.
> 50%	1-2; A (idoneo)	Nessuna
> 50%	3; B (inidoneità specifica)	Iscrizione liste di C.O. (I.L.C.O.)
> 50%	4-5; C (inidoneità attitudinale)	Invalidità > 80% - I.L.C.O.
> 70%	1-2; A (idoneo)	Nessuna
> 70%	3; B (inidoneità specifica)	Iscrizione liste di C.O. (I.L.C.O.)
> 70%	4-5; C (inidoneità attitudinale)	Invalidità > 80% - I.L.C.O.
> 70%	6; D (quasi abolite)	Inabilità

L'individuazione legislativa di una soglia di danno biologico come *prerequisito* per la successiva valutazione del diritto alle prestazioni potrebbe costituire un utile mezzo per omogeneizzare i giudizi medico legali all'interno ed all'esterno dell'Istituto, procedendo verso la strada dell'armonizzazione dei requisiti medico-sanitari e dei relativi criteri di riconoscimento che differenziano le definizioni giuridiche delle diverse invalidità in Italia.

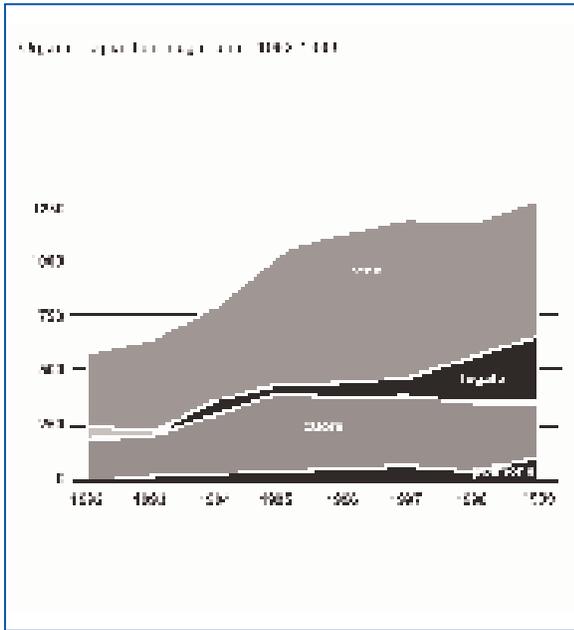
In conclusione sono quindi condivisibili gli aspetti di criticità, analizzati dal dott. Cattani nella sua relazione² ed in particolare vanno sollecitati gli Organi Centrali ad assumere, di concerto con la Parti Sociali, tutte le iniziative adeguate nei confronti del Governo, mirate al miglioramento della normativa in discussione mediante:

a) l'introduzione di una tutela legislativa della “**lunga malattia**” per tutte le categorie di lavoratori, che possa precedere il riconoscimento dell'inabilità, evitando quindi la loro definitiva espulsione dal mondo del lavoro, in attesa di una eventuale possibile ripresa, anche parziale, della capacità lavorativa, legata ai miglioramenti terapeutici (trapianti, chemioterapie, protesi ed ausili);

b) il riconoscimento della valutazione INPS ai fini dell'iscrizione alle liste di collocamento obbligatorio dei disabili;

c) la modifica della normativa sulla reversibilità, che riconosca agli aventi diritto non solo la pensione maturata, ma anche la maggiorazione prevista dalla pensione di inabilità, quando il dante causa non ha ancora raggiunto l'età pensionabile (situazioni di premorienza da incidenti o accidenti rapidamente fatali), equiparando quindi l'evento inabilitante all'evento fatale;

² Cattani F. in Messaggio n. 2002/0015/00051.



vo durante la vita; in realtà questa legge non è stata applicata ed ancora l'opposizione dei parenti non viene superata.

Nonostante queste difficoltà l'Italia, con 17,6 donatori per milioni di abitanti, nel 2001 si è collocata al quarto posto in Europa, dietro a Spagna (32,5), Austria (23,3) e Francia (17,8).

Nel 2000, il trapianto di rene ha segnato il suo massimo storico in Italia con 1307 casi da cadavere e 88 da donatori viventi, purtroppo con una lista d'attesa di 6.878 malati.

CHIRURGIA E COMPLICANZE DEL TRAPIANTO

Il rene è trapiantato in fossa iliaca, in posizione extra-peritoneale; l'arteria e la vena del rene vengono anastomizzate ai vasi iliaci del ricevente, mentre l'uretere è impiantato in vescica con tecnica antireflusso.

Le complicanze del trapianto possono essere acute e croniche.

Il rigetto acuto è un fenomeno che si è ridotto molto negli ultimi anni, grazie all'accuratezza delle indagini di istocompatibilità ed all'efficacia della terapia instaurata. Sempre temibili in fase acuta sono le infezioni, particolarmente quelle batteriche delle vie urinarie o delle vie respiratorie; importanti, soprattutto per l'incidenza sulla qualità della vita a distanza, sono anche le infezioni virali ed in particolare da CMV, HCV ed HBV, EBV.

Il rigetto cronico è un fenomeno sempre presente, anche se diversamente apprezzabile con le indagini strumentali ed istologiche in uso a seconda della maggiore o minore istocompatibilità, e deve essere sempre contrastato mediante opportuna terapia antirigetto.

Tale terapia e l'eventuale trattamento di episodi acuti è alla base di un depauperamento di calcio delle ossa, con importante osteoporosi, complicata, nei casi più eclatanti, da crolli vertebrali e necrosi asettica delle teste femorali. La prevenzione consiste in un trattamento con difosfonati fino a circa un mese dopo il trapianto o la cessazione di una terapia antirigetto acuto.

Il trapianto di rene è inoltre gravato da una serie di complicanze cardiovascolari, infettive e neoplastiche, causa di una mortalità pari al 3-5% all'anno con rene funzionante.

Terapia antirigetto <ul style="list-style-type: none"> • corticosteroidi • azatioprina • ciclosporina A • tacrolimus • anticorpi monoclonali • mofetilmicofenolato • sirolimus (rapamicina) 	Terapia antivirale <ul style="list-style-type: none"> • ganciclovir (CMV) • aciclovir (EBV) • Interferone? (HCV, HBV) Prevenzione dell'osteoporosi <ul style="list-style-type: none"> • Pamidronato (osteoporosi)
---	---

I risultati dei nuovi protocolli terapeutici sono eclatanti in ambito di trapianto renale, risultando ridotti a meno del 10% i rigetti acuti (> 35% nel 1990), con una emivita raddoppiata in 10 anni del-

l'organo trapiantato, 14 anni contro i 7 del 1990.

Il trapianto renale, in alcune regioni, è la modalità di terapia sostitutiva per il 30% dei pazienti uremici; purtroppo i Registri regionali del trattamento dell'uremia con dialisi e trapianto reanle sono adottati solo da poche regioni e non è possibile avere un quadro complessivo del fenomeno.

ESPERIENZA A TRENTO

La patologia uro-genitale rappresenta il 2% sia dei riconoscimento di inabilità che di invalidità nel 2001.

Sono state esaminate tutte le pratiche archiviate negli ultimi 3 anni presso l'Agenzia di produzione di Trento con il n. nosologico 206, sia per richiesta di invalidità/inabilità in prima e seconda istanza, sia per conferme di assegno o per revisioni di assegno o inabilità programmate o richieste d'ufficio per reddito.

Dei 44 casi riscontrati affetti da nefropatia ben 23 risultavano in attività lavorativa, comprendendo anche la metà dei dializzati e dei trapiantati. Anche in riferimento al giudizio medico legale, fermo restando che i 5 soggetti riconosciuti inabili non svolgevano alcuna attività lavorativa, come prevede l'art. 2 della legge 222/84, la situazione di occupato non è risultante determinante per il giudizio stesso, tanto che vengono enumerati 15 soggetti in attività lavorativa su 28 invalidi e 3 disoccupati fra gli 11 giudicati non invalidi.

Ovviamente l'analisi delle attività confacenti è stato un punto di riferimento per il giudizio medico legale. L'analisi del costo metabolico delle attività lavorative e di alcuni accertamenti ematochimici, in particolare la creatininemia, al momento della visita, ha consentito la definizione della metodologia valutativa utilizzata per i casi presi in esame a Trento.

L'IRC può rendere inidonei allo svolgimento di attività lavorative pesanti o molto pesanti; per le attività a medio impegno è stato utilizzato il valore 3 di creatininemia come discriminante, in quanto a questo valore corrisponde generalmente una riduzione del filtrato glomerulare superiore all'80%, con una clearance della creatinina intorno ai 20-30 ml/min.

	Costo metabolico del lavoro in METS				
	1-3	3-5	5,7	7,9	> 9
IRC					
creat. < 3	non invalido	non invalido	non invalido	invalido	invalido
creat. > 3	non invalido	non invalido	invalido	invalido	invalido
DIALISI					
non complicata	invalido	invalido	invalido	invalido	invalido
complicata	inabile	inabile	inabile	inabile	inabile
TRAPIANTATI					
creat. < 1,5	non invalido	non invalido	non invalido	invalido	invalido
creat. > 1,5	non invalido	invalido	invalido	invalido	invalido
trapiantati II	invalido	invalido	invalido	invalido	invalido

La dialisi non ha comportato di per sé un giudizio di inabilità quando ben tollerata dall'assicurato e non associata ad altre importanti patologie o complicanze quali quelle riscontrate nei 44 soggetti esaminati e cioè l'ipertensione grave con danno d'organo, la cardiopatia ischemico ipertensiva, l'epatite HBV o HCV correlata, l'infezione da HIV, l'osteodistrofia (necrosi asettica della testa femorale), neoplasie e diabete mellito in stadio avanzato.

A maggior ragione il trapianto avvenuto con pieno successo, ripresa della capacità emuntoria e buona tolleranza della terapia antirigetto non è mai stato ritenuto inabilitante; per quanto riguarda il giudizio di invalidità il dubbio insorge per i soggetti che hanno conseguito una normale funzionalità renale, ma svolgono attività a medio dispendio energetico, benché tale condizione non rappresenti una controindicazione specifica anche per lo svolgimento di attività fisica non agonistica.

Ovviamente il venir meno della funzione renale riporta ad un livello di dialisi o predialisi per cui diventa inevitabile il riconoscimento dell'inabilità.

In caso di secondo trapianto, dopo rigetto del primo, ovviamente la valutazione è stata più cauta, con il riconoscimento dell'invalidità in ogni caso.

CONCLUSIONI

Qualsiasi trapianto comporta comunque una risposta di rigetto nel ricevente (o il graft versus host in caso di trapianto di midollo), che richiede l'uso cronico di farmaci immunosoppressori, i quali, a loro volta, sono gravati da effetti collaterali più o meno ben tollerabili.

<ul style="list-style-type: none"> • cortisone • azatioprina • OKT3 Ab mc • ciclosporina • tacrolimus • mofetilmicofenolato • rapamicina 	<ul style="list-style-type: none"> • diabete, ipertensione, osteoporosi • infezioni • iperpiressia • ipertensione, irsutismo, ip. geng. • diabete, nefro-neurotossicità • leucopenia, diarrea • infezioni
---	--

Il trapianto quindi non guarisce il soggetto, ma, nella migliore delle ipotesi, residua un danno biologico valutato sul 40-50% dalle varie scuole, danno che aumenta fino a raddoppiare in caso di complicanze.

Sarà quindi l'analisi delle potenzialità lavorative residue a guidare il giudizio di invalidità o inabilità ai sensi della legge 222/84.

Collegamenti in videoconferenza

Emilia Romagna

Benedetto VERGARI

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Bologna

Nicolò DE TRIZIO

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede INPS - Bologna

Farò un breve intervento sul frutto del lavoro di sintesi fatto dal nostro Coordinatore Regionale dott. Benedetto Vergari, in collaborazione con il Coordinatore dell'Area della Specialistica, dopo aver raccolto le opinioni dei medici della nostra regione, in una apposita conferenza assembleare sull'argomento.

La nostra relazione verte sul problema della "concretezza" intesa come corrispondenza tra realtà biologica ed effettiva realizzazione di qualunque attività lavorativa.

Gli spunti di riflessione partono da una attenta disamina delle principali fonti del diritto, in primo luogo della Costituzione della Repubblica, sottolineando l'art. 32 in relazione alla tutela della salute, l'art. 36 in relazione al diritto del lavoratore ad una retribuzione proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro per una esistenza libera e dignitosa e l'art. 38 dove vengono previsti rischi in ambito assicurativo-sociale fra cui malattia ed invalidità.

Ai sensi dell'art. 2 della Legge 222/84, è inabile l'assicurato che si trova nella assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

Occorre una scrupolosa analisi della norma suddetta con approfondimento del significato letterale delle parole usate dal legislatore.

La parola impossibilità significa che per la sua realizzazione non esistono le condizioni obiettive e che dunque non può avere luogo.

Il termine assoluta indica totale, piena, intera; unito ad un sostantivo ne rafforza il significato creando un valore di urgenza, necessità e compiutezza.

Il termine permanente indica durevole, stabile, non temporaneo né provvisorio, di cui non è prevedibile la cessazione.

L'espressione svolgere indica sviluppare, compiere, esplicitare e portare a termine secondo una ordinata connessione e successione di atti.

Qualsiasi indica qualunque senza differenza o preferenza.

Il termine attività indica operosità, potenza che agisce, forza attiva, in azione, in atto, in moto, in movimento.

L'espressione lavorativa indica la complessità di occupazioni materiali od intellettuali dirette alla finalità retributiva.

La concretezza dunque rappresenta l'aspetto essenziale per la giusta applicazione della norma di legge, intesa come quella precisa corrispondenza tra realtà biologica ed effettiva realizzazione pratica di qualunque attività lavorativa, portando quindi alla concreta personalizzazione valutativa del danno al lavoro ed intendendo il danno alla salute solo come presupposto della validità psicofisica del soggetto. Quindi, il termine concretezza è determinato, individuato e verificato mediante l'esperienza della realtà sensibile, cioè si attiene o corrisponde alla esperienza ed alla realizzazione pratica.

Dunque non lavoro proficuo, ma lavoro concreto e possibile.

Alcune sentenze della Corte di Cassazione richiamano alla "intensità" e "modalità" lavorativa normalmente richiesta nel rapporto di lavoro, introducendo inoltre elementi di dignità e libertà personale.

In sintesi, l'inabilità pensionabile è intesa come concreta personalizzazione valutativa del danno totale al lavoro, l'infermità nel suo dinamismo evolutivo come danno alla salute quale presupposto della validità psicofisica gravemente menomata.

Nell'ambito di questo concetto, occorre anche approfondire la residualità in riferimento alla qualità e quantità delle residue energie e capacità del lavoratore in previsione anche di una eventuale collocabilità ed adattabilità, quindi come residua energia, abilità, capacità ed efficienza.

Le nostre considerazioni portano dunque a ritenere possibile, ed anzi doveroso, esplorare nuovi orizzonti quali la prevenzione, integrazione sociale e riqualificazione

Il giudizio di inabilità verte su due fattori, quello biologico e quello lavorativo.

Per quanto attiene il primo elemento, va prestata la massima attenzione all'accertamento medico che deve essere approfondito e rigoroso, adeguatamente supportato dai necessari esami specialistici e strumentali, finalizzati alla verifica dell'infermità ed alla definizione delle conseguenze funzionali della menomazione sotto il profilo quali-quantitativo.

Sarebbe altresì auspicabile un ulteriore passo avanti mediante l'elaborazione di una sistematica criteriologia valutativa della capacità lavorativa, fondata su solide linee guida diagnostico-strumentali definite per ogni sistema organo funzionale.

La valutazione biopatologica deve comprendere anche le proiezioni prognostiche per la variabilità nel tempo dello stato di salute della persona e tenere conto dei continui progressi della scienza medica e delle tecniche diagnostico-terapeutiche.

Sul versante della valutazione degli aspetti lavorativi si deve prendere atto della crescente sensibilità della società e dell'ordinamento giuridico alle problematiche relative ai profili di idoneità integrazione sociale e ricollocamento della persona menomata (L. 626/94, L. 104/92, L. 68/99).

Inoltre, vanno considerate le continue innovazioni delle tecniche e dei cicli produttivi e delle conseguenti mansioni lavorative, della fluidità del mercato del lavoro (lavoro autonomo, interinale, parasubordinato, ecc.).

Considerando la tradizionale cultura e competenza del Settore Medico Legale dell'INPS, si ritiene realizzabile un sistema più ampio e articolato di stima della capacità lavorativa attraverso una valutazione sinergica dei profili anatomico-funzionali e degli aspetti concreti delle attività lavorative, anche tramite la creazione di un osservatorio nazionale dei dati epidemiologici.

La nostra riflessione porta comunque a ritenere la norma di legge assolutamente attuale, dovendo peraltro verificare la sua attenta applicazione alle concrete possibilità del lavoratore in relazione alla sua validità psicofisica.

Infine, è auspicabile il superamento della incompatibilità fra la prestazione assicurativa ed eventuale ripresa futura dell'attività lavorativa nei casi suscettibili di miglioramento del quadro biopatologico, prevedendo la malattia di lunga durata e/o revisione della norma che obbliga al licenziamento o cancellazione dagli elenchi.

In quest'ottica la presente Conferenza Nazionale sulla Inabilità Pensionabile assume un ruolo strategico e propositivo come momento di sintesi scientifica ed operativa nel valorizzare, attraverso la professionalità dei dirigenti medici dell'Istituto, i più moderni ed attuali contenuti della Legge 222 con giudizi medico-legali aderenti allo spirito della norma di Legge, al progredire costante della scienza medica ed al rispetto dei diritti e della dignità del lavoratore.

Piemonte

Giuseppe VITIELLO

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Torino

Manlio DI MATTEI

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede INPS - Torino

Volevo riprendere in diretta proprio il tema trattato questa mattina dal collega Piccioni, inerente la morte improvvisa sottoponendovi un nostro caso esperenziale che è arrivato fino in Cassazione .

Secondo noi questo è un caso molto interessante e paradigmatico, soprattutto per quanto attiene le morti traumatiche: si tratta infatti di un giovane che a seguito di un trauma riportava immediatamente una tetraplegia e decedeva dopo pochi giorni.

Il tutto risale al 1990. Non essendo stato riconosciuto il diritto a pensione di inabilità, si sono svolti già due gradi di giudizio con sentenze entrambe favorevoli all’Istituto, poi nel dicembre 2000 la Corte di Cassazione ha cassato la sentenza ed ha richiesto nuova CTU ponendo un quesito molto specifico per cui il Consulente Tecnico deve esprimersi sulla **ineluttabilità** o meno della morte dell’assicurato a seguito del trauma.

L’orientamento sembra essere quello per cui *“se la morte era ineluttabile non si sarebbe concretizzato il requisito della permanenza della incapacità lavorativa e quindi sarebbero mancati i presupposti per la inabilità”*, ma se il CTU dimostra che la morte non era ineluttabile bensì legata ad un incidente di percorso tipo complicanze o cause sopravvenute, allora probabilmente si può ritenere che l’assicurato sarebbe rimasto permanentemente tetraplegico e quindi permanentemente inabile al lavoro.

Tutto questo argomento è ripreso nella relazione che abbiamo preparato quale contributo della nostra regione per la Conferenza odierna, e ad essa rimando per ulteriori approfondimenti.

INABILITÀ PENSIONABILE: ESPERIENZE E PROSPETTIVE

Scopo di questa nota è prospettare un’ eventuale ipotesi di riforma con-

cettuale dell'inabilità pensionabile che tenga conto sia dei contributi dottrinari e giurisprudenziali, sia delle esperienze maturate in 18 anni di applicazione della Legge 222/84, così come maturato nel corso degli incontri svoltisi in sede regionale ed a cui hanno partecipato tutti i dirigenti medici di 1° e di 2° livello e di cui la scrivente Area svolgerà la sintesi.

Preliminarmente è necessario fare due osservazioni.

La prima è che in ambito dottrinario il concetto di inabilità, definito dalla legge 222/84, è stato di volta in volta giudicato inapplicabile, disumano, astratto, contestandosi in particolare il riferimento alla capacità lavorativa generica ("impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa") considerata anacronistica; peraltro, è stato a posteriori riconosciuto ai medici Inps il merito di avere in qualche modo "umanizzato" l'applicazione della norma.

Qui è doveroso aprire una parentesi.

L'umanizzazione della norma, così come riconosciuto ai medici Inps, è stata possibile per il semplice fatto che non poteva farsi altrimenti: cioè, non si poteva dare dell'art. 2 altra interpretazione che quella data dai medici Inps, ovvero un riferimento non a tutte le possibili attività lavorative (non esiste medico credo che possa dire di conoscere quali sono tutte le possibili attività lavorative: mi pare che da una recente indagine statistica siano alcune decine di migliaia!), ma più realisticamente a quelle attività in qualche modo "vicine" all'assicurato, cioè confacenti alle sue attitudini.

I dati statistici stanno lì a dimostrare che questo è stato il modo di procedere di, credo, tutti i medici Inps: altrimenti non si spiegherebbero i 120.000 inabili riconosciuti in 18 anni, i 10.000 e passa inabili riconosciuti ogni anno, le 50.000 pensioni di inabilità vigenti. Per l'interpretazione data dai medici Inps possiamo dire che l'inabilità non è stata una prestazione residuale, concessa in limine mortis, l'assegno funerario di qualche sarcastico commentatore della prima ora: è stata invece una prestazione concessa con rigore ed equità.

La seconda preliminare osservazione riguarda la deriva giurisprudenziale cui, specie in questi ultimi anni, siamo assistendo circa il concetto di inabilità.

Infatti, si è andato definendo un orientamento praticamente costante della Suprema Corte, secondo cui nel giudizio in tema di inabilità occorre far riferimento sia alle occupazioni confacenti alle attitudini, sia al concetto di "lavoro proficuo", in riferimento, specie nelle sentenze degli ultimi anni, al parametro dell'art. 36 della Costituzione. In pratica, il parametro di riferimento in tema di inabilità pensionabile per la Suprema Corte deve essere la capacità di guadagno, configurandosi l'inabilità come "l'incapacità di realizzare un guadagno bastevole alle esigenze di vita del soggetto".

Non c'è credo alcuno tra noi che non veda la pericolosità di tale orientamento: basti dire che la capacità di lavoro proficuo coincide o quasi con la capacità di guadagno, per cui potrebbe verificarsi il paradosso che è più facile vedersi riconoscere la pensione di inabilità che non l'assegno di invalidità.

È peraltro doveroso chiedersi perché la Cassazione è pervenuta a tali pronunciamanti, perché è stato rispolverato un concetto (capacità di lavoro proficuo) obsoleto e attinente semmai ad un diverso panorama legislativo (capacità di guadagno). Ebbene, la motivazione è stata che bisognava introdurre un *elemento di personalizzazione* della valutazione che la letterale formulazione dell'art.2 non possedeva: il che spiega come in alcune pronunce meno dirimenti la Cassazione si limita a precisare che nella valutazione dell'inabilità occorre far riferimento alla capacità di lavoro ma tenendo altresì in considerazioni attitudini e confacenza.

D'altra parte, l'art.1 non è stato mai messo in discussione, mai si è parlato di lavoro proficuo per l'invalido: questo proprio perché la formulazione letterale era tale da ricomprendere attitudini e confacenza, quindi permetteva agevolmente la personalizzazione della valutazione.

Poste tali premesse, veniamo alla parte propositiva; ma con due annotazioni ulteriori.

La prima è che non è possibile che la medicina legale si limiti ad un ruolo notarile, di mera registrazione acritica di atti normativi.

Se la medicina legale è disciplina viva ed integrata nel tessuto sociale lo deve anche all'opera di quei maestri che, per dirla con le parole del Gerin, hanno sempre sostenuto che l'apporto della medicina legale "se da un lato deve essere finalizzato alla esatta interpretazione ed alla corretta applicazione delle disposizioni giuridiche che contemplano situazioni di natura medica o che richiedono conoscenze biologiche per essere convenientemente applicate, deve nello stesso tempo tendere ad elaborare il materiale biologico necessario all'opera legislativa ed all'evoluzione del diritto".

La seconda annotazione è che eventuali ipotesi di riforma concettuale non devono essere valutate preliminarmente solo in funzione della sostenibilità finanziaria: l'attenzione deve essere focalizzata sui bisogni, sulle tutele da realizzare, perché, si badi, qui si tratta di *tutela del lavoro* e dei lavoratori, quindi di interessi di rilevanza costituzionale.

Nondimeno, ciò non significa che una tutela diversa sia per forze di cose più onerosa: come meglio specificheremo in seguito, non si tratta di aggiungere una nuova forma di tutela, ma di rimodulare quella in atto, per renderla funzionale ai bisogni espressi, eventualmente consentendo anche dei risparmi in termini di spesa sociale, certamente consentendo di rispettare la dignità dei lavoratori oggi messa purtroppo a dura prova.

IPOTESI DI REVISIONE CONCETTUALE

La revisione concettuale in tema di inabilità pensionabile deve partire dallo spirito della Legge 222/84, che è quello di prevedere una prestazione (la pensione di inabilità) nel caso in cui l'assicurato, a causa di menomazio-

ni psicofisiche, non possa più prestare un lavoro: la pensione di inabilità, quindi, deve avere in ogni caso una *funzione sostitutiva, non meramente integrativa, del reddito*. Per tale principio, la pensione di inabilità è e deve continuare ad essere incompatibile con lo svolgimento di un'attività lavorativa autonoma o dipendente: inabile è esclusivamente il soggetto che non sia collocabile in attività lavorative.

La definizione dell'inabile deve essere quindi inquadrata alla luce della legislazione vigente in materia di collocamento al lavoro dei disabili, Legge 12 marzo 1999 n. 68 ("Norme per il diritto al lavoro dei disabili").

La Legge, come noto, mira all'inserimento al lavoro delle persone disabili attraverso servizi di sostegno e collocamento mirato (art. 1). Il punto più importante, e che qui a noi interessa maggiormente, è però espresso all'art. 2, dove si precisa che **"per collocamento mirato dei disabili si intende quella serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzione di problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione"**. Per realizzare ciò i disabili che aspirano ad un lavoro devono essere iscritti in un apposito elenco, in cui per ciascun disabile vengono annotate in una scheda le capacità lavorative, le abilità, le competenze e le inclinazioni, nonché la natura ed il grado delle minorazioni e le caratteristiche dei posti da assegnare al disabile. L'avviamento al lavoro del disabile deve essere operato tenendo in conto due parametri fondamentali: la minorazione psicofisica (nei suoi aspetti quali-quantitativi), e le attitudini del disabile; così, è collocabile il disabile che in relazione alle minorazioni di cui è portatore e alle attitudini espresse può ancora svolgere una qualche prestazione lavorativa, mentre non è collocabile il disabile che per la natura ed il grado della minorazione non può essere utilizzato nello svolgimento di attività lavorative che facciano riferimento alle attitudini espresse.

A questo punto il sillogismo è palese: se inabile è l'assicurato che non è collocabile al lavoro; se non è collocabile al lavoro il disabile che per la natura ed il grado della minorazione non è più in grado di prestare un'attività lavorativa che faccia riferimento alle attitudini espresse; **inabile dev'essere allora considerato l'assicurato che non può essere utilizzato nello svolgimento di un'attività lavorativa che faccia riferimento alle sue attitudini, cioè "confacente alle sue attitudini"**.

In tale ipotesi di riforma l'inabile coincide con il disabile non collocabile al lavoro di cui alla Legge 68/99.

Il caso contrario non è possibile: infatti, laddove cioè si mantenesse l'attuale formulazione dell'art.2 della Legge 222/84, si creerebbe una situazione

paradossale in quanto si avrebbe il caso di soggetti giudicati “non inabili” perché in grado di prestare ancora un’attività lavorativa ancorché non confacente alle attitudini, ma considerati dalla Legge 68/99 non collocabili al lavoro perché non in grado di svolgere un’attività lavorativa confacente alle attitudini; soggetti che verrebbero allo stesso tempo ad essere giudicati “troppo poco inabili” dall’Inps e “troppo inabili” dalle Commissioni mediche ASL che procedono agli accertamenti medico legali di cui alla Legge 68/99.

D’altra parte, se è stato recepito in tema di collocamento un principio sacrosanto quanto scontato, e cioè che nell’inserimento lavorativo del disabile (ma lo stesso vale evidentemente per qualsiasi soggetto anche non disabile) non si può non tenere conto delle sue attitudini, perché nel concreto un soggetto tanto può svolgere un lavoro (non importa quale) quando presenta “attitudine” allo svolgimento del medesimo; non si vede perché in ambito previdenziale si debbano rinnegare proprio i principi delle attitudini e della confacenza che storicamente hanno caratterizzato e qualificato lo sviluppo della tutela previdenziale.

La reinterpretazione del concetto di inabilità, quale sopra esposta, è funzionale ad un riassetto più organico e completo del sistema pensionistico.

Lo scenario che si immagina è contraddistinto da una chiara e semplice distinzione dei soggetti non più in relazione al quantum di menomazioni accertate (invalido, inabile), bensì in relazione alle residue capacità: non più soggetti invalidi o inabili, bensì soggetti *collocabili o non collocabili*, e questo in relazione alle residue capacità.

Tale impostazione recepisce comportamenti già attuali: già oggi infatti solitamente il Tribunale di Torino pone al CTU uno specifico quesito, chiedendogli di esprimersi, nel caso in cui venga negata l’inabilità, su quali siano i lavori ancora compatibili cui l’assicurato può attendere: quindi, il Tribunale vuole che sia specificato chiaramente quali siano le residue capacità e quali i lavori nel cui svolgimento tali capacità possono essere spese, ma anche quali siano i lavori compatibili, cioè confacenti all’attitudini, cui il lavoratore può ancora attendere.

Nel nuovo scenario che quindi si va a definire i soggetti *non collocabili* hanno diritto alla pensione (chiamiamola se vogliamo anche pensione di inabilità); i soggetti *collocabili* hanno diritto invece al collocamento mirato ex Legge 68/99 (eventualmente associato a prestazioni economiche temporanee, ad esempio indennità di disoccupazione).

Ciò implica *un ruolo nuovo dell’Inps e dei medici Inps*: non più solo gestori e custodi fedeli del fortino dell’invalidità/inabilità, ma anche operatori sociali a tutto tondo, in grado di far fronte a qualsiasi bisogno espresso con prestazioni modulari: lì il collocamento mirato, perché si tratta di soggetti che possono ancora contribuire al **progresso materiale o spirituale della società** (che poi sarebbe l’art. 4 della Costituzione); lì con la pensione di

inabilità, perché non esistono più le condizioni che consentano al soggetto di poter dare un suo contributo, anche piccolo e limitato, in tale senso.

Oggi il ruolo del medico previdenziale dell'Istituto appare francamente mortificato: ci si riconosce, nel migliore dei casi, competenza tecnica quando si tratta di valutare l'invalidità o l'inabilità, ma null'altro. La legge 68/99 ne è palese conferma nel momento in cui prevede il diritto al collocamento mirato per i disabili visitati dalla apposite Commissioni ASL e per gli invalidi del lavoro visitati dai medici Inail, ma non *incredibilmente* nulla prevede circa i disabili visitati dai medici Inps: la valutazione dei medici Inps è irrilevante ai fini del collocamento mirato, per cui il disabile se già visitato dall'Inps deve essere rivisitato dalla Commissione ASL.

Non sfugge credo a nessuno di noi quanto di grottesco ed umiliante, per i medici Inps ma anche per gli assicurati Inps, ci sia in tutto questo, come se esistessero invalidi di serie A o di serie B: tanto più se consideriamo che nessuno ostacolo si frappone alle valutazioni dei medici Inail, che pure sappiamo benissimo essere basate su principi diversi (danno biologico) che nulla hanno a che fare con quelli della legge 68/99 e che, ripetiamo, si riferiscono al parametro delle occupazioni confacenti alle attitudini, qualcosa quindi che è nostro patrimonio, è nel nostro DNA.

E proprio noi, che da oltre mezzo secolo esprimiamo le nostre valutazioni in termini di attitudini e confacenza dobbiamo tollerare di essere considerati soggetti non abilitati a esprimerci circa la collocabilità o meno del soggetto?

CONCLUSIONI

Ridefinire il concetto di inabilità in termini di impossibilità a svolgere qualsiasi attività in occupazioni confacenti le attitudini è assolutamente necessario, sia per dare una sistematizzazione normativa ad un *modus operandi* assolutamente costante nell'Istituto (ancorché ci possa essere chi lo neghi), sia per consentire un allineamento concettuale alla legge 68/99 indispensabile per poter avviare quel processo riformatore che esso solo è in grado di fornire gli strumenti per soddisfare i bisogni reali dei lavoratori.

È assolutamente necessario imporre un ruolo dell'Istituto nella materia del collocamento mirato del tutto analogo a quello che è stato riconosciuto all'Inail: cioè, le valutazioni Inps devono essere utilizzabili per il collocamento mirato del disabile!!

In un secondo momento, quando si è avviati verso una nuova articolazione della protezione sociale secondo i termini indicati (collocabilità o pensionabilità, alternativamente) si potrà prendere in considerazione un altro problema, per ora prematuro da affrontare. Ci riferiamo all'assegno ordinario di invalidità. È una prestazione attuale o ha fatto ormai il suo tempo? Su questo avremo modo di ritornare: basti qui evidenziare che la funzione inte-

grativa che si riconosce all'assegno è solitamente una *finctio iuris*; difatti, il titolare di assegno ordinario di invalidità solitamente o continua a svolgere il lavoro che già svolgeva o intraprende un altro lavoro (ed in tali casi non si vede cosa ci sia da integrare, nulla essendo stato perso), o cessa l'attività lavorativa (ed allora siamo nell'ambito delle prestazioni sostitutive e non integrative). Ma il discorso è complesso, e la carne al fuoco è già tanta.

Tuttavia, non è possibile concludere questa nota senza accennare ad un problema drammatico per le sue ricadute sociali e familiari: ovvero, il riconoscimento della pensione di inabilità *in limine vitae*, per infermità che si appalesano criticamente con l'evento mortale. Quale criteriologia valutativa deve soccorrere nell'esame di quelle infermità caratterizzate da un repentino passaggio da uno stato di benessere pieno o relativo alla morte ?.

Il modo migliore per esaminare il tema ci sembra quello di formulare delle considerazioni logiche, sulla base delle quali avanzare delle soluzioni operative.

La prima considerazione che ci preme fare è che la Legge 222/84 tutela l'invalidità permanente; le condizioni di temporanea inettitudine, cagionata da malattia acuta, non rientrano nel rischio assicurato. L'evento morte tutela invece i superstiti, attraverso l'istituto della pensione indiretta e della pensione di reversibilità.

Una seconda considerazione riguarda il problema se la morte sia prospettabile come "menomazione biologica".

A tal riguardo sottolineiamo che la Corte Costituzionale con sentenza 27 ottobre 1994 n. 372 ha negato la risarcibilità del danno biologico *iure hereditario*, sostenendo che in siffatte condizioni non si è costituito per il *de cuius* diritto al risarcimento del danno alla salute.

A sostegno di tale tesi la Corte Costituzionale argomenta che vita e salute sono beni giuridici diversi, oggetto di diritti distinti, sicché la lesione dell'integrità psicofisica con esito letale non può considerarsi semplice sottopotesi di lesione alla salute in senso proprio, la quale implica la permanenza in vita del leso con menomazioni invalidanti. In sintesi, per la Suprema Corte non è ammissibile un danno da menomazione psicofisica coincidente con la morte.

In ambito Inps l'orientamento fin qui seguito è stato quello fondato sulla significatività o meno dell'antecedente causale, la cui precoce conoscenza avrebbe comportato una diversa valutazione nell'ottica del danno funzionale, del danno di previsione, dell'usura, della pericolosità del lavoro.

Nella pratica si è rivelato assai problematico stabilire il trapasso dall'inabilità temporanea all'inabilità permanente: dopo quanti giorni (settimane, mesi) una malattia estrinsecatesi acutamente (ma con substrato anatomopatologico cronico) può essere considerata permanentemente inabilitante prima che sopravvenute complicità ne cagionino l'esito letale?

L'antecedente causale deve essere esaminato con una metodologia basata su criteri probabilistici: infatti, la morte può essere circostanza fortuita ed imprevedibile oppure possibile, probabile o certa; un giudizio di inabilità compete ai soli casi in cui essa sia certa o probabile.

È stato da alcuni proposto di valutare l'antecedente causale anche alla luce di un criterio probabilistico, considerato che la morte può in alcuni casi configurarsi come evento ineluttabile, ovvero in altri casi come evento probabile o del tutto fortuito ed imprevedibile. Tale orientamento, come vedremo nel prosieguo, è stato recentemente condiviso dalla Suprema Corte.

Sulla problematica oggetto di esame abbiamo un'esperienza diretta, che ci sembra significativa, e che vogliamo diffondere a livello nazionale.

Tutto inizia con la sentenza n. 9 del 9 maggio 1998 con la quale il Giudice di merito (Tribunale di Ivrea) ha negato il diritto a pensione di inabilità al sig. G. che in seguito a tuffo in piscina aveva riportato trauma vertebromidollare (frattura di C5) e che era deceduto in 17° giornata di ricovero.

Il Tribunale in sentenza ha motivato affermando che “la reversibilità ai superstiti di un pensionato di inabilità presuppone che il defunto, in data successiva alla domanda di pensione e prima del decesso, si fosse trovato nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi lavoro; mentre nella specie il G. non ha subito un evento che ha provocato un annullamento permanente della sua capacità lavorativa, bensì un esito mortale, ancorché il decesso si sia verificato a distanza di qualche giorno dal sinistro, con la conseguenza che la totale inabilità è stata una condizione transitoria e non stabilizzata della malattia traumatica verso l'esito letale”. Né ha senso, aggiunge il Tribunale, ipotizzare cosa sarebbe successo se il G. fosse sopravvissuto, in quanto “ciò che rileva è la realtà storica”, quindi il fatto che G. non sia sopravvissuto, e che quindi non ha subito un fatto che ha provocato un annullamento permanente delle sue capacità lavorative, ma invece un evento mortale. E neppure rileva, continua sempre il Tribunale, il fatto che “il decesso si sia verificato non immediatamente, ma quindici giorni dopo, consentendo tra l'altro all'assicurato il tempo di presentare la domanda di pensione, perché è evidente che il lasso temporale intercorso non cambia la natura mortale dell'incidente”.

L'argomentazione del Tribunale di Ivrea è stata quindi fondata sul fatto che il G. fosse affetto da una malattia acuta e non da un esito permanente, e che quindi la sua dovesse essere considerata temporanea inettitudine al lavoro, evento che non rientra nella tutela della legge 222/84; e questo indipendentemente dal lasso di tempo intercorso tra l'evento e il decesso, in quanto *ciò che rileva è la natura mortale dell'evento*; inoltre, la valutazione deve essere compiuta in riferimento agli elementi storicamente accertati, quindi con esclusione di qualsiasi ipotesi circa danni futuri nel caso in cui l'evento morte non si sarebbe verificato.

Avverso la sentenza del Tribunale di Ivrea gli eredi di G. hanno proposto ricorso per Cassazione, denunciando violazione dell'articolo 2 della legge n. 222 del 12 giugno 1984, dell'art.38 della Costituzione e dell'art. 1 c.c., nonché motivazione carente e contraddittoria, sostenendo che: ai fini del riconoscimento a diritto a pensione il requisito della permanenza delle infermità non si identifica con la definitività ed immutabilità dello stato invalidante; che se l'evento occorso a G. era stato di tale gravità da risultare mortale non poteva essere esclusa l'assoluta incapacità lavorativa dell'assicurato né tanto meno la permanenza dello stato invalidante; che il Tribunale aveva immotivatamente disatteso le conclusioni cui era giunto il CTU che aveva riscontrato nel periziato un'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa e di compiere gli atti quotidiani della vita.

La Suprema Corte, con sentenza 5572 del 22 dicembre 2000, fa preliminarmente due considerazioni.

La prima è che la morte dell'assicurato, dopo la presentazione della domanda di pensione ma prima degli accertamenti medico legali, non è di ostacolo all'ottenimento da parte dei superstiti della pensione di reversibilità, in quanto gli accertamenti medico legali del caso possono essere effettuati *post mortem*, mediante consulenza tecnica sulla base degli atti o con altri mezzi probatori, così come già stabilito dalle Sezioni Unite della Cassazione (Cass. Sez. Un., n.7783 del 1993).

La seconda considerazione riguarda il concetto di permanenza.

Qui la Corte richiama chiaramente quanto da tempo accolto in dottrina circa il valore "relativo" della permanenza, per cui la permanenza non si identifica con la definitività o l'immutabilità dello stato invalidante; permanentemente può così essere anche un'infermità emendabile, quando per il miglioramento delle condizioni dell'interessato sia necessario un intervento chirurgico di esito positivo non scontato, oppure sia necessario l'uso di protesi la cui utilizzazione sia di risultato incerto (Giurisprudenza costante: cfr. Cass. 12035/95, 11483/97, 1745/98).

Ciò posto, *il diritto a pensione deve essere escluso unicamente in presenza di infermità breve o facilmente emendabili*, oppure nell'ipotesi di un decesso intervenuto anche a distanza di tempo dal sinistro, ma che presenti i caratteri dell'ineluttabilità: in tali casi, infatti, l'inabilità che né deriva può solo avere carattere transeunte e provvisorio.

Per contro, il decesso dell'invalido, ancorché dipendente dalla malattia invalidante, ma non in termini di necessità ed ineluttabilità, se intervenuto nel corso dell'iter amministrativo facente seguito alla presentazione della domanda di pensione, non è di ostacolo all'ottenimento della pensione di reversibilità da parte dei superstiti. A tal fine il tempo più o meno lungo intercorso tra l'evento lesivo e la morte dell'infortunato di per sé costituisce circostanza del tutto accidentale e non influente, risultando importante solo

l'accertamento dei requisiti sanitari e contributivi al momento della presentazione della domanda.

La pronuncia della Cassazione permette di distinguere due fattispecie, a secondo che la morte si ponga come conseguenza ineluttabile o meno dell'evento dannoso.

Nel primo caso (*morte ineluttabile*) è da escludersi il consolidarsi di un'infermità a carattere permanente, trattandosi di invalidità che la Corte definisce "transeunte e provvisoria": in tali casi oggetto di valutazione non potrà quindi essere la malattia acuta, che realizza una inettitudine al lavoro totale ma transitoria, né a maggior ragione la complicità fatale della stessa, ma dovrà essere esclusivamente l'antecedente causale della medesima.

Nel secondo caso (*morte non ineluttabile*) oggetto di valutazione dovrà essere sia l'antecedente causale, sia il quadro fisiopatologico che sarebbe residuo nel caso in cui l'evento-morte non si fosse verificato. La Corte in sostanza argomenta dicendo che laddove l'assicurato non fosse deceduto avrebbe inoltrato domanda di pensione di inabilità, sarebbe stato visitato presso gli ambulatori Inps e sulla base del grado di menomazione biologica sarebbe stato riconosciuto invalido o inabile; essendo invece l'assicurato deceduto, essendo tale decesso dovuto a causa non ineluttabile, si tratta di attualizzare la valutazione, valutando oggi quello che, mancando il decesso, il medico avrebbe valutato dopo.

Tale principio è stato recepito dal Giudice di merito cui la Cassazione ha rinviato la causa: sulla base di una nuova consulenza tecnica, che ha escluso l'ineluttabilità dell'evento-morte per il caso in oggetto, concludendo che laddove G. fosse sopravvissuto si sarebbe trovato in una condizione clinica (tetraplegia) tale da escludersi la possibilità di svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, il Tribunale ha infatti riconosciuto agli eredi di G. la reversibilità della pensione di inabilità.

In effetti la conclusione prospettata dalla Cassazione potrebbe apparire non convincente; non sfugge infatti che, indipendentemente dalla ineluttabilità o meno dell'evento morte, resta il fatto che trattasi di malattia acuta, che cagiona quindi un'inettitudine assoluta ma temporanea al lavoro, non certo una invalidità permanente: pertanto non esiste un logico motivo per cui si debba procedere con un criterio valutativo diverso tra eventi, caratterizzati entrambi da una malattia acuta, a seconda della più elevata o meno probabilità della complicità fatale, laddove identico è il quadro di acuzie e l'inabilità temporanea che ne deriva.

Nonostante tutto, ci sembra comunque che essa possa fornire lo spunto per l'inquadramento in un contesto logico e metodologicamente corretto della complessa problematica valutativa: ci sembra infatti che la Corte richiami in maniera diretta il concetto di *danno futuro*, chiedendone esplicita-

mente la valutazione (“...indichi il CTU il danno che sarebbe residuo se l’assicurato non fosse deceduto”).

Le problematiche del danno futuro sono a noi ben note: non resta che richiamare in fase applicativa lo strumento collaudato della metodologia medico legale (*danno futuro, danno di previsione*).

Il problema resta, a nostro avviso, se accettare o meno la dicotomizzazione tra eventi con morte ineluttabile ed eventi con morte non ineluttabile.

A parte le difficoltà pratiche di riuscire ad operare una distinzione in tale senso (ineluttabile è l’evento che si realizza in tutti i casi: ma esiste in medicina il 100% di probabilità?), ci sembra che la metodologia debba restare ancorata, in tutti i casi, a prescindere quindi dall’ineluttabilità o meno della morte, alla sperimentata distinzione del danno solo in rapporto all’elemento temporale (danno attuale e danno futuro); con la precisazione che nell’ambito del primo (danno attuale) non può rientrare la malattia acuta (non permanente), mentre nell’ambito del secondo (danno futuro) non può rientrare la morte che è e resta evento indifferente a prescindere dal *quantum* di probabilità statistica.

Sardegna

Maria Nemesi FERRARI

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Cagliari

Antonio DI PIETRO

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede INPS - Oristano

Dopo un confronto con tutti i colleghi della nostra regione inerente il problema della inabilità, ci siamo resi conto di essere *unanimemente* concordi sulla validità dell'art. 2 della legge 222/84.

Mi fa piacere che dalla relazione della dott.ssa Carassai si sia potuto rilevare un diverso indice di accoglimento della inabilità tra le regioni del Nord e del Sud: non siamo in pochi a pensare che ciò dipenda anche da profonde diversità nelle realtà regionali per quanto attiene l'accesso alle terapie, ai servizi socio-sanitari e, non ultimo, al collocamento mirato.

Queste ed altre nostre riflessioni sono contenute nella relazione curata dalla dott.ssa Ferrari, nostra coordinatrice regionale.

UNA RIFLESSIONE SULL'ART. 2 L. 222/84

Dai vari interventi dei colleghi che si sono già espressi sul tema, sembra di capire come per alcuni si vorrebbe passare già ad una fase "operativa" con l'accettazione del concetto di danno biologico nella invalidità pensionabile, per altri il problema si dovrebbe porre giacché l'art. 2 è troppo "restrittivo", per altri ancora è filosofia o rincorsa al concetto di danno biologico anche su altri versanti di intervento istituzionale.

Alla provocante domanda: la pensione di inabilità è malata o è viva e florida? Instintivamente rispondo che *è assolutamente viva e florida e soprattutto valida*.

Valida se l'art. 2 è ben applicato, con intelligenza, sapere tecnico, coerenza ed osservanza di tutti i criteri medico legali; è ovvio che l'assurdità di certi giudizi talora espressi (che fra l'altro spesso confondono i concetti di accertamento, "concessione" ed erogazione, sociali e/o socioeconomici e

che non sono medico legali) o la disomogeneità dei nostri atti, visti poi dall'esterno - vedi Comitati, giudici del lavoro, consulenti - possano far franare in generale l'intero concetto di inabilità come dalla L. 222/84 proprio perché tali giudizi sono senza senso medicolegalmente e non rispettano la ratio sociale della legge; ciò permette e favorisce quindi gli attacchi ed il tentativo di trasformare, specie da parte di alcuni settori, tutti gli invalidi in inabili (prestazione peraltro economicamente ben più onerosa) con l'equivocità del proficuo e remunerativo lavoro, perché in sostanza si vorrebbe tornare all'unico primitivo grado di invalidità come da vecchia 636, con la sua versione socioeconomica utilmente gestibile.

In questo caso potrebbe esserci in effetti una nostra responsabilità ed allora saremmo corresponsabili nel rendere "malata" la 222, ma allora è un problema ancora di formazione ed aggiornamento.

Razionalmente però devo riflettere su tutti gli attacchi che l'art. 2 ha ricevuto già in culla fundamentalmente dalle parti sociali ma, ancor più difficile, da giuristi e giurisprudenza.

Se nel primo caso è facile capire, pur non condividendo, l'atteggiamento "umanitario" (ma non disinteressato) dei Patronati, Comitati, consulenti o studi legali etc.; nel secondo bisogna riflettere quali motivazioni di diritto spinge il giudice a certe sentenze, in particolare col concetto del proficuo lavoro, nonostante la chiara articolazione della legge.

Sentenze: Cass. 9245/94, 2397/93. Corte Costiz. 87/1991. A fronte però abbiamo la sent. 12261 12/98.

Si cerca allora di capire risalendo nel tempo: quale era l'intendimento del *conditor juris* nel 1984? Non certo quello di scrivere solo un art. 15 per porre fine ad una folle redistribuzione di reddito o di perseguimento di precisi fini elettorali, ma egli legiferava tenendo presente una difficile situazione economica e una precisa raccomandazione CEE che fin dal 1966 caldeggiava due gradini di invalidità e ciò al fine di consentire una vera liberazione dal bisogno di coloro che per un evento patologico seriamente avverso non erano più in grado di lavorare, di coloro che uscendo letteralmente e totalmente dal mondo del lavoro - con ovvie conseguenze economiche - il legislatore voleva fossero coperti con una prestazione assai tutelante, simile alla vecchiaia, quindi di ben elevato impegno economico, ma che appunto sollevasse totalmente dal bisogno (ecco il rispetto dell'art. 36 della Cost.).

Donde la fermezza del concetto di perdita, non riduzione, di qualsiasi capacità lavorativa (sia chiaro: da non confondere autosufficienza economica con autosufficienza personale!), donde l'accentuazione del nesso etiologico fra l'infermità (e non il grado di infermità) e l'impedimento al lavoro.

Se si interpreta diversamente l'art. 2 ammettendo una residualità di capacità medico legalmente apprezzabile che però non può essere applicata per

un lucro normale, che ci sta a fare l'assegno di invalidità? Quando è proprio questo che può permettere un reddito con la residua efficienza lavorativa? addirittura attitudinale ma non più completa; che serve citare la previsione dell'art. 9 che non è stato scritto certo in funzione della residualità ma invece per un non prevedibile mutamento favorevole delle condizioni biologiche o perché no di nuove acquisite abilità lavorative?

Lo scontro, promosso prevalentemente all'esterno dell'Istituto ma che può dare una ulteriore spallata all'impianto filosofico dell'art. 2, sulla richiesta - addirittura necessità per i non addetti- di oggettivazione, finanche numerica, tabellata dell'invalidità pensionabile (ma qualche maestro della medicina legale sostiene che la voglia di usare tabelle copre l'incapacità di saper fare un fine e sapiente ragionamento medico legale su tutte le variabili del caso!) e la realtà invece della necessità di personalizzare al massimo il giudizio su quell'assicurato non viene superata aggrappandosi alla "*moda del danno biologico*": concetto questo importantissimo, ma nato per altro, in carenza di codice civile e considerandone l'evoluzione in mille rivoli, la sua frammentazione sofisticata in tutti questi anni in civile, mi pare veramente improponibile, non applicabile all'area della invalidità pensionabile, neppure inventando un ulteriore nuovo "danno biologico" fra virgolette a similitudine di quello Inail.

E l'intervento del dr. Zappaterra lo ha già dimostrato.

Perché:

- se è vero che il requisito base della invalidità pensionabile è un evento casuale patologico seriamente avverso, la menomazione che noi prendiamo in considerazione è la conseguenza di questo sulla potenzialità lavorativa, quindi ha ragione Cattani: *non è danno biologico* (danno alla integrità psicofisica) *ma danno lavorativo* (ovvio che abbia una sfavorevole ricaduta economica), e risponde alla legge del tutto o niente, in altre parole questo individuo in questa situazione biologica con queste abilità insite o acquisite può essere o no totalmente o parzialmente indipendente e capace a procurarsi mezzi di sussistenza per condurre una vita dignitosa e libera dal bisogno?

Viceversa possiamo entrare in un diverso ambito non più medico legale di invalidità pensionabile ma sociologico di "indennizzo", "risarcimento" ai fini della garanzia non più solo del sostentamento della persona, ma quasi un ristoro al soggetto offeso del danno da malasorte !

Così si stravolge il fine della assicurazione sociale sulla incapacità al lavoro, ma - se vogliamo - possiamo anche continuare a chiamarla pensione!!

- operativamente poi immagino la lievitazione del contenzioso che si creerebbe sia sul quantum di "danno biologico", inteso come punto di partenza per poi accedere all'applicazione dei criteri medico legali onde arrivare al giudizio di invalidità o inabilità o quant'altro.

Sembra ancora logico, dopo 18 anni, che l'invalidità tuteli la riduzione parziale della capacità di lavoro, in quanto il reddito che libera dal bisogno può derivare da un reddito da lavoro integrabile con la prestazione assicurativa (vedi anche sentenza Cass. N° 12261 del 03/12/98), e invece l'inabilità tuteli, con la fermezza dell'art. 2, la perdita della capacità di lavoro per qualsiasi attività lavorativa. Infatti se possiamo ancora definire con Gerin la validità nel senso proprio di efficienza psicosomatica allo svolgimento di qualsiasi attività lavorativa, perché la inabilità, suo contraltare, non può essere la perdita della efficienza psicosomatica a qualsiasi attività lavorativa? mentre ciò su cui dobbiamo, noi per primi convincerci, è che dobbiamo ulteriormente aggiornarci sui concetti di prognosi e di permanenza, ormai stravolti dai veloci progressi della tecnica medica e sul concetto di libertà dalla dipendenza che *non può* trovare rifugio solo nella invalidità pensionabile.

Prima di concludere conviene guardare oltre i confini.

Infatti non si può più prescindere dal volgere l'attenzione a come lo stesso problema (perché il bisogno e la pace sociale non ha confini) è affrontato in altre nazioni e come, soprattutto, è affrontato nell'UE: che passi avanti ha fatto nella considerazione dei Governanti UE la politica sociale? rispetto a quella del mercato di lavoro?

In effetti in tale ambito si sono registrati pochi progressi. La politica sociale è purtroppo tuttora suddita della logica del mercato e le poche pronunce sullo stato sociale sono ancora solo funzionali al mercato ed al principio guida della Comunità Europea della libera circolazione delle merci e dei lavoratori.

Dal 2000/2001 però finalmente l'UE., attraverso le comunicazioni del Comitato per la Protezione Sociale e la apposita Commissione e le conseguenti risoluzioni del Parlamento Europeo in materia sociale, dice che:

a) deve essere messo a punto fra gli Stati Membri un coordinamento aperto della politica in materia pensionistica

b) che l'evoluzione della protezione sociale deve essere su pensioni sicure e sostenibili comprese le invalidità e reversibilità

c) che il reddito minimo (Racc. 1992) deve essere garantito dal sistema di protezione sociale. Ecco il concetto di solidarietà dell'art. 2 della Cost. sempre citato dai Giudici. (Da notare che in fin dei conti si ripropone l'idea primigenia del passaggio fra il concetto di assistenza e quello di sicurezza sociale). Infatti è la tutela permanente del lavoratore per l'arco della vita, garantendolo contro tutti i rischi che minano la sua capacità di provvedere col proprio lavoro alla sussistenza propria e della famiglia. Si utilizzi con flessibilità a tal fine l'interscambio fra i diversi sistemi di protezione da quello pensionistico a quello delle prestazioni temporanee a quello assistenziale)

d) che bisogna promuovere l'integrazione sociale e garantire una assistenza sanitaria di elevata qualità e sostenibile. Ecco l'art. 32 della Cost. a garanzia del diritto fondamentale alla salute

e) che si deve ridurre attraverso essa assistenza sanitaria la dipendenza di lunga durata ogni volta che sia tecnicamente evitabile ed anche promuovere fortemente la riconversione professionale, magari con il mantenimento di alcune prestazioni per un periodo successivo all'inizio del lavoro (Belgio Germania Irlanda).

Allora, se:

- queste sono le prospettive future per tutti gli Stati Membri che dovranno estendere la tutela ad ogni situazione di bisogno e se la veloce evoluzione tecnica in ambito medico modifica nettamente (e sempre più spesso favorevolmente) prognosi e permanenza, concetto che sempre più decisamente diventa "relativo": o lunga durata o stabilizzazione che però non esclude la possibilità di una reintegrazione sia biologica sia lavorativa

- i profondi mutamenti avvenuti nell'ambito del lavoro (miglioramento di condizioni ambientali e di sicurezza sul lavoro, facilitazione delle modalità di esecuzione con le tecnologie avanzate, enorme anzi estrema diversificazione delle attività produttive, e nascita di tantissime attività di servizio del settore terziario protezione, etc.) hanno eliminato l'eccessivo carico energetico del lavoro allora è evidente che non deve preoccupare né il denunciato "rigore" dell'art. 2, né le previsioni dell'art. 9, (fra l'altro nessuno ricorda mai che lo stesso assicurato può richiedere l'applicazione dell'art. 9, vedi comma 3), poiché il sistema di protezione sociale può e deve ottemperare a tutte le fasi del "bisogno", con i diversi regimi di tutela, con flessibilità di passaggio fra gli uni e gli altri (in effetti in Italia alcuni sono già operanti e necessitano solo di correzioni o risistemazioni legislative) per accompagnare il lavoratore lungo tutto l'arco della vita produttiva.

Concludendo, *non è l'art. 2 da modificare*, che non solo ha dato i risultati desiderati dal legislatore, ma conserva tuttora la sua validità affinché questa prestazione sia sostenibile nel bilancio previdenziale, e lo stato sociale deve rispondere in altro modo a quelle necessità reddituali che si possono creare anche transitoriamente in caso di revoca o sospensione della pensione, anzi deve promuovere il recupero lavorativo con la riconversione professionale perché il lavoro nella società attuale non è solo il procurarsi un reddito ma è un valore sociale ed una questione di dignità della persona.

Una proposta alternativa viceversa, per tornare al fatto che giudici e giuristi non condividono lo spirito dell'art. 2 citando tutti gli articoli possibili della Costituzione ed altresì esaminando la sentenza della Corte Suprema che ha dato la spinta definitiva alla introduzione in Inail del danno biologico, potrebbe essere una rimodulazione del percorso invalidità e l'introduzione di idee nuove sulla funzione dell'Istituto. Esempio:

- si elimina l'assegno trasformando il triennio in malattia di lunga durata con i costi sostenuti dalla prestazione "malattia", se al termine si è risolto il problema biologico ma non quello lavorativo si garantisce al lavoratore il

citato “ Reddito Minimo” sotto la forma della disoccupazione o sotto la forma di protezione sociale fino al reinserimento

- se il problema biologico è irrisolvibile e di grave grado si passa alla pensione di incapacità al lavoro come da attuale inabilità da art. 2: solo quando né biologicamente né lavorativamente si è potuto riabilitare e reinserire il lavoratore. In questo modo sarebbero sempre esclusi i fattori socio economici e si amplierebbe esclusivamente il concetto di cascame lavorativo (almeno superiore all’80%) ovvero la residua capacità darebbe la possibilità solo di svolgere una attività con produzione di reddito o aleatorio od irrisorio e quindi non consono alla dignità della persona; dovrebbe ovviamente essere impedito qualsiasi altro lavoro con reddito

- si elimina l’assegno di accompagnamento che ben può rientrare (visto che non è possibile duplicarlo) nella sola prestazione assistenziale tipo invalidità civile

- l’Istituto potrebbe favorire il reinserimento dei suoi assicurati invalidi attraverso due modalità:

i medici competenti utilizzando, come abbiamo notizia si stia già sperimentando in alcune sedi dell’Istituto, un Fascicolo Sanitario Elettronico con un profilo di idoneità lavorativa per quel lavoratore; sulla base di questo profilo si propone agli altri Organi competenti o direttamente alle Aziende la riqualificazione e reinserimento di tali lavoratori a fronte di incentivi o sgravi contributivi (basterebbe integrare le attuali convenzioni INPS-Regioni).

Operativamente i punti critici di maggior interesse sono:

1) *inabilità e morte improvvisa o immediata* entro 30 giorni - comunque non verrebbe erogata se non dal mese successivo. NO se traumatica. Inoltre distinguere i casi in cui semplicemente la domanda è presentata in ritardo od in limine vitae - qui calza a pennello la nostra funzione certativa); SÌ se già nostro invalido e la causa del decesso dipende da quella stessa patologia (è un giudizio medico sociale per i superstiti , morte di soggetti giovani, con pochi contributi)

2) *inabilità e proficuità del lavoro ex art. 36* Proficuità del lavoro: NO Riprendendo il solito GERIN, se il termine “validità” viene usato nel senso proprio di efficienza psicosomatica allo svolgimento di qualsiasi attività, perché la inabilità (contraltare) non può essere perdita della efficienza psicosomatica a qualsiasi attività? Vedi anche relazione

3) *inabilità ed attività complementari a quella principale* Eliminare l’assegno di accompagnamento o quanto meno svincolarlo dalla inabilità in quanto esiste nella realtà la difficoltà a recarsi al lavoro a fronte della capacità al lavoro

4) *disabili inseriti al lavoro tramite cooperative sociali* se hanno un reddito no inabilità (sono assicurati e retribuiti normalmente) eventualmente altri provvedimenti facilitanti assistenziali

5) *inidoneità totale al servizio e inabilità* il più delle volte coincidono, ma attenzione alla possibilità di una sostanziosa capacità lavorativa in altri settori

6) *inabilità e analisi valutativa di pluralità di patologie* ovvio se sono concorrenti limitando vari organi ed apparati

7) *I.R.C. in trattamento dialitico* solo invalidità se non complicato a livello cardiocircolatorio o con altre patologie, con terapie incompatibili o incidenti negativamente sulla dialisi (la Sede di Sassari propende invece per l'inabilità)

8) *inabilità e patologia psichiatrica* la difficoltà consiste nella inaffidabilità e discontinuità del paziente psichiatrico. Si sente la mancanza: della puntualizzazione diagnostica - lo specialista non può formulare una diagnosi precisa con una sola visita - e della possibilità di effettuare test antisimulazione, test psicologici etc.

Si ritiene dall'esame delle statistiche fornite dal Coordinamento che l'aumento delle patologie psichiatriche nell'ultimo triennio sia fondamentalmente dovuto all'introduzione in Gasan delle domande di SO

9) *inabilità per minori o adulti* ricordare che l'art. 8 non è stato abrogato dalle successive leggi, questi soggetti devono avere più assistenza prima della previdenza

10) *inabilità e prognosi* sì, graduare l'intervento con l'assegno in base alle condizioni generali e di capacità di convivenza con la malattia ed in ogni singolo soggetto (ricordare le spese sostenibili!)

11) *inabilità e periodo di effettivo abbandono del lavoro* avrebbe perso l'abitudine al lavoro? Torna ad essere un problema di riqualificazione, formazione, reinserimento.

12) *inabilità e concrete residue attività compatibili* si ritorna ancora al concetto di proficuo e di socioeconomico che non ci trova d'accordo, ma bisogna tenere in qualche modo presente le diversità produttive da regione a regione

13) *aderenza valutativa alla diagnosi specialistica* facili con specialisti interni, più critica con gli esterni; devono essere coerenti tutti gli elementi raccolti nella nostra visita ed in quella specialistica. Necessità di migliorare le Convenzioni e poterne effettuare con privati d'alta affidabilità

14) *inabilità e revisione* vero giuridicamente, ma se è una soppressione poi alla vecchiaia riaccendono la inabilità questa potrebbe essere meno favorevole (comma 5 art. 9 revoca sospensione).

Sicilia

Calogero RIZZO

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Palermo

Vincenzo MORANA

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede INPS - Palermo

La relazione che vado ad illustrare ora è frutto del lavoro congiunto del sottoscritto con il dott. Rizzo ed il dott. Li Puma, ed è inerente all'argomento:

INABILITÀ E LAVORO PROFICUO

Secondo consolidati giudizi giurisprudenziali, è “proficuo” il lavoro di chi svolge una attività capace di procurare un reddito, un profitto, una remunerazione ma non a prezzo di usura. A tal fine è necessario accertare che le possibili attività svolgibili da un soggetto affetto da menomazioni, siano conformi alla sua dignità ed ai principi etico-sociali dell'ambiente in cui vive e sviluppa la sua personalità.

Per essere definito proficuo un lavoro non deve essere offerto a titolo caritatevole o consentito solo dal senso di fraternità, né deve essere saltuario, pericoloso o degradante, non deve sottendere ad attività illecite o immorali o essere frutto di accattonaggio.

L'assicurato che chiede di essere riconosciuto inabile al lavoro proficuo non deve trovarsi nella condizione di assoluta impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa (ex art. 2 e 8 L. 222/84) ma è sufficiente che non possa dedicarsi ad un lavoro idoneo a poter soddisfare le sue primarie esigenze di vita senza usura delle sue residue energie. Quindi ai fini di tale riconoscimento medico legale occorre anche considerare le circostanze ambientali dell'attività lavorativa effettivamente svolta o potenziale, “fattori socio-economici”.

Dovendo affrontare tali argomentazioni il richiamo alla nostra carta costituzionale è d'obbligo giacché i riferimenti ad una vita libera ed autonoma garantita ad ogni cittadino nel rispetto di valori universalmente riconosciuti

sono da riportare proprio in questo ambito. Soprattutto nel momento in cui il nostro Parlamento ha avviato quelle modifiche Costituzionali che conferendo alle regioni ambiti esclusivi di autonomia normativa, la “devolution” (ad es. in materia di sanità), potrebbero determinare disomogeneità regionali in tema di sicurezza sociale.

Gli art. di riferimento che ci interessano sono:

l’art. 3 comma 2 “...È compito della repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l’eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana.”;

l’art. 32 comma 1 “La repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività...”;

l’art. 36 comma 1 “Il lavoratore ha diritto ad una retribuzione proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro e in ogni caso sufficiente ad assicurare a se ed alla sua famiglia un’esistenza libera e dignitosa...”;

l’art. 38 comma 1: “Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all’assistenza sociale...”.

Di tutti gli articoli citati l’art. 36 è quello maggiormente da considerare ai fini della nostra discussione sull’inabilità al lavoro proficuo. Secondo tale articolo la retribuzione dei lavoratori deve essere commisurata sia alla quantità che alla qualità del lavoro, sia all’idoneità a coprire i fabbisogni e il sostentamento del nucleo familiare.

La conseguenza logica del dettato costituzionale e particolarmente di quanto enunciato nell’art. 36 fu quella di introdurre tutta una serie di provvedimenti legislativi che nel corso degli anni furono alla base di aggiunte stipendiali o salariali che, a parità di lavoro o qualifica, potessero soddisfare anche il requisito del carico familiare. Nacque, così, nel 1947, l’istituto della contingenza e successivamente trovò collocazione la normativa concernente l’attribuzione degli assegni familiari.

Con la **L. 218/52** si stabilì che i figli maggiorenni degli assicurati o pensionati, ai fini del conseguimento del diritto alla reversibilità, dovessero essere inabili senza, tuttavia, fornire una esaustiva definizione a riguardo.

La nozione giuridica di inabilità venne formulata nell’**art. 39 ex D.P.R. N. 818/57**, con la quale si considerò inabile, la persona che si trovasse “**per grave infermità fisica o mentale nell’assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro**”. Altre norme si succedettero, ma tale riferimento a proficuo lavoro rimase immutato sino alla promulgazione della **Legge 222/84**, laddove, all’art. 8, furono abrogati i precedenti disposti e fu inserita una definizione di inabilità identica a quella data nell’art. 2 della medesima legge “**Assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa**”, una nuova fattispecie più rigorosa concettualmente e da applicarsi in ogni ambito di tutela assicurativa.

L'intento dichiarato del legislatore con la promulgazione della L. 222/84 era il contenimento dei costi soprattutto attraverso l'eliminazione nell'atto valutativo di quella componente socio - economica che era risultata una mina vagante e uno dei principali fattori di distorsione del Sistema Previdenziale.

A distanza di circa diciannove anni possiamo affermare che la legge 222/84 è servita a razionalizzare l'intera materia previdenziale e ad arginare l'allarmante diffusione delle erogazioni pensionistiche per invalidità. Per tutti questi motivi, secondo il nostro parere, sarebbe un errore riparametrare l'inabilità ex art. 2 al concetto di proficuità, così come più volte è stato sostenuto, anche in tempi recenti, da alcuni insigni medici legali e ribadito da numerose sentenze della Suprema Corte.

Si tratterebbe di un'operazione gattopardesca, con gravi ripercussioni sul bilancio dell'INPS e sulle compatibilità economiche dello Stato, che paradossalmente farebbe rientrare i fattori socio-economici nella valutazione per la concessione dell'inabilità dopo che questi sono stati estromessi ai fini del riconoscimento dell'assegno d'invalidità (art. 1 della legge 222/84).

Tutto ciò, nulla toglie all'evidenza che il rigorismo concettuale dell'art. 2, in una fase storica di continui stravolgimenti e parcellizzazioni del mondo del lavoro, tipico delle società postindustriali, e anche alla luce del sempre più ampio sviluppo del lavoro informatizzato a domicilio, diventa sempre più attaccabile e fonte di continue diatribe giurisprudenziali e medico legali.

Ci siamo mai chiesti quanto il comma 5 dell'art. 2 ("la pensione d'inabilità è incompatibile con qualsiasi compenso per attività di lavoro autonomo o subordinato") abbia contribuito ad incrementare il lavoro nero dei cittadini riconosciuti inabili assoluti nei nostri CML o in sede di contenzioso giudiziario?

Evidente, inoltre, appare la contraddizione tra quanto affermato dal comma 5 dell'art. 2 e l'ultima normativa sul diritto al lavoro delle persone disabili (L. 68/99).

Tale legge, infatti, promuove l'inserimento e l'integrazione lavorativa anche dei portatori di disabilità psico-intellettive attraverso servizi territoriali di sostegno e di collocamento mirato. Alcune esperienze positive di inserimento in attività lavorative protette o, come sempre più spesso accade, in cooperative di tipo assistenziale di soggetti affetti da Sindrome di Down sono in tal senso particolarmente significative.

In definitiva si tratta di ottemperare la duplice esigenza di alleggerire il rigido confinamento concettuale dell'art. 2 con l'introduzione di alcune modifiche sostanziali quali: periodo di comportamento, lunga malattia, indennità di accompagnamento erogata da un unico Ente e scorporata dall'inabilità assoluta e di evitare che si ripresenti quella prassi elargitiva di dimensioni enormi che caratterizzò il periodo ante legge 222.

Il ripresentarsi di tale fenomeno avrebbe conseguenze negative oltre che sulle Casse dello Stato anche sulla nostra immagine e su quella dell'Ente per il quale svolgiamo la nostra opera.

Ritornando alla cronologia legislativa sul tema del lavoro proficuo, con la **L. 153/88** il legislatore ritenne necessario ripristinare la precedente normativa (**ex DPR 818/57**), istituendo un unico beneficio da attribuire al c.d. nucleo familiare e con la nuova disciplina si riparametrò il lavoro proficuo a questi fini.

Si considerò diverso valutare una inabilità riferita ad un soggetto che non aveva mai lavorato o che aveva avuto con il mondo del lavoro solo contatti sporadici, rispetto a colui che avesse impiegato effettivamente la propria capacità lavorativa in una qualsivoglia attività di tipo continuativo.

In conclusione, per il lavoratore che fa domanda di pensione d'inabilità ex art. 2 L. 222/84, esiste già un confronto della sua personalità con il mondo del lavoro e sussiste un suo diritto autonomo di natura contributiva alla prestazione, che ha una natura sicuramente previdenziale. Invece per colui che non ha una propria posizione assicurativa, la decisione medico-legale rappresenta una vera e propria liberazione dal bisogno.

Per quanto sopra detto, alcuni ritengono che i trattamenti di famiglia, comunque denominati, non debbano considerarsi delle vere e proprie prestazioni previdenziali: per cui bene ha fatto il legislatore a lasciare intatto il requisito ex art. 8 L. 222/84 solo ai fini della reversibilità.

Si precisa che del nucleo familiare fanno parte il richiedente, il coniuge non separato, i figli di età inferiore ai 18 anni, i figli maggiorenni inabili; fratelli, sorelle e nipoti minorenni o maggiorenni inabili, se orfani e che non abbiano diritto alla pensione di reversibilità.

Le valutazioni richieste in questo ambito sono di due tipi: infatti possono riguardare o l'inserimento nel nucleo familiare dei soggetti inabili (figli maggiorenni, fratelli, sorelle, ecc...) o l'elevazione del limite di reddito quando nel nucleo stesso ci sia un soggetto inabile. Il concetto d'inabilità in entrambi i casi è il seguente: **"...che si trovi a causa di infermità, difetto fisico o mentale nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi a un proficuo lavoro, ovvero, se minorenni, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età..."**.

La nozione di lavoro proficuo in realtà ha costituito fondamento di ampio dibattito ed è stato oggetto di evoluzione interpretativa giurisprudenziale della Suprema Corte.

In questo ambito è visibile un'incongruenza di rilevanza costituzionale, legata alla diversa normativa che regola la concessione di assegni familiari a coltivatori diretti, coloni e mezzadri, in quanto il diritto agli assegni di queste categorie è legato a **"...impossibilità di dedicarsi a proficuo lavoro..."**, mentre per l'elevazione dei limiti di reddito, è necessaria l'inabilità con la definizione data dall'art. 2 L. 222/84. questa diversità è stata spiegata, come

è emerso da alcune tendenze giurisprudenziali, perché si ritiene più tutelante per l'infermo quel nucleo familiare che avendo introiti autonomi può utilmente inserire nell'azienda familiare anche l'inabile; oppure, perché il reddito del lavoratore dipendente e del suo relativo nucleo è più fiscalmente controllabile rispetto a quello dei lavoratori autonomi.

Un'altra "anomalia" riguarda la possibilità di concedere in via amministrativa la prestazione "Assegni per il nucleo familiare" sulla base degli atti, senza il parere del medico dell'Istituto, utilizzando certificazioni rilasciate da vari Enti quali le Commissioni per l'accertamento dell'invalidità Civile delle ASL e le Commissioni di Verifica del Ministero del Tesoro (giudizi di invalidità al 100 %) e l' INAIL (rendita per l'inabilità permanente, assoluta). Possiamo ben comprendere, come in questi casi, la valutazione dell'inabilità ai fini della concessione dell' assegno al nucleo familiare diventi meramente quantitativa e rigidamente tabellata e crei una discrepanza valutativa rispetto alle persone sottoposte a visita presso i Centri Medico Legali dell'INPS.

Un altro momento di criticità manifestatosi nei nostri CML è dipeso dall'applicazione della **sentenza N° 7668 del 1996** della Corte di Cassazione (Assegni familiari su pensioni di reversibilità a favore del coniuge superstite).

Per le persone in età avanzata, sarebbe più adeguato, usare parametri valutativi che non siano quelli esclusivamente legati all'attività lavorativa e alla produzione di reddito.

Nei soggetti ultrasessantacinquenni la valutazione potrebbe riallacciarsi al concetto espresso nell' **art. 6 della L. 509/88**, che riguarda l'accertamento dell'Invalidità civile, dove si fa riferimento "**...alle difficoltà persistenti ai compiti ed alle funzioni proprie dell'età...**".

Quindi per valutare l'eventuale concessione di una prestazione economica ad una persona anziana, riteniamo sia opportuno considerare la vita del soggetto nel suo insieme formulando una valutazione corretta delle sue capacità che non può prescindere dal riferimento al suo ambiente di vita cioè alla sua capacità di interagire con esso e di adattarsi o meno alle diverse circostanze che si possono presentare.

Peraltro il progressivo invecchiamento demografico tipico della nostra società fa sì che proprio una fascia sempre più ampia di persone in età "avanzata" sia sottoposta a valutazioni medico-legali per il riconoscimento del diritto a prestazioni di tipo assistenziale e previdenziale, ponendo i medici legali nelle condizioni di doversi esprimere con riferimento a dettati legislativi spesso difformi tra loro.

Nel caso specifico della concessione o meno dell' A. N. F. non può essere trascurato l'attuale limite anagrafico dei 65 anni che la vigente normativa pone come età "pensionabile" per il diritto alla pensione di vecchiaia nella stragrande maggioranza dei lavoratori dipendenti.

Valutazione medico-legale dell'inabilità a lavoro proficuo inabile a qualsiasi attività lavorativa + fattori socio-economici = inabile a lavoro proficuo

PRESENTIAMO DUE NOSTRE IPOTESI:

A) soggetto che non lavora e non ha mai lavorato durante il periodo di decorrenza dell'inabilità:

- 1 - valutare la riduzione della validità psico-fisica;
- 2 - determinare se sussistono potenzialità lavorative considerando: attitudini/adattabilità ad ambienti lavorativi/capacità di riqualificazioni professionali/collocabilità come invalido civile.

Se il soggetto ha minime potenzialità lavorative limitate e non concretizzabili per fattori socio-economici sfavorevoli è da giudicare

“inabile a lavoro proficuo”

B) soggetto che lavora o ha lavorato durante il periodo di decorrenza dell'inabilità:

- 1 - accertare se il lavoro è giuridicamente valido (paga, contributi, assicurazioni) o se trattasi di inserimento in cooperative assistenziali a valenza ergo-terapica;
- 2 - verificare se il lavoro espletato è da considerarsi controindicato, pericoloso, degradante, pietistico, illecito, immorale;
- 3 - accertare per il passato se si è trattato di tentativi di inserimento lavorativo falliti.

Se il lavoro è (stato) giuridicamente valido, a prescindere dal reddito e non si realizzano le circostanze di cui ai punti 2 e 3 il soggetto è da giudicare

“non inabile a lavoro proficuo”.

Contributi dalle Regioni

Abruzzo

Adelmo ADANI

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede Regionale INPS - L'Aquila

Scopo di questa relazione è quello di riportare le idee scaturite dalla Conferenza per l'Inabilità della regione Abruzzo.

In tale occasione tra i dirigenti medici dei C.M.L. abruzzesi si è svolta una ampia riflessione sul tema della inabilità, finalizzata, attraverso il confronto delle diverse esperienze, ad individuare eventuali problematiche o aspetti di criticità per arrivare a formalizzare proposte di cambiamenti procedurali o, addirittura, legislativi.

In questa relazione inizierò riportando dapprima alcuni dati statistici sull'inabilità in Abruzzo e poi alcune sentenze della Corte di Cassazione, sul tema in esame.

Infine, in maniera schematica, dopo aver individuato alcuni nodi critici, illustrerò qualche proposta di cambiamento.

Iniziamo da alcuni dati sulle domande di inabilità della regione Abruzzo relative all'anno 2001, tratti dalla procedura GASAN.



Figura 1

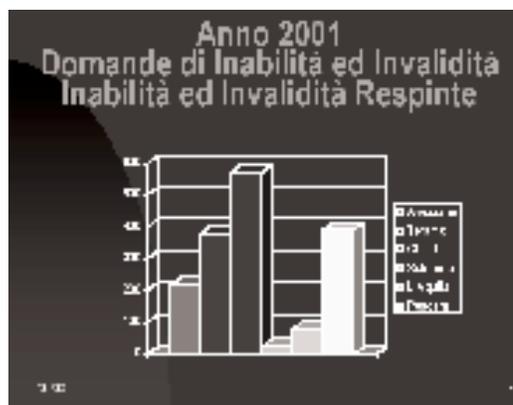


Figura 2

Nella Figura 1 sono riportati i dati assoluti, relativi ai C.M.L. della regione, riguardanti le domande di inabilità ed, in subordine, di invalidità (224), in cui l'inabilità è stata accolta. La Figura 2 raccoglie i dati assoluti riguardanti le domande di inabilità ed, in subordine, di invalidità, nelle quali l'inabilità e l'invalidità sono state respinte.

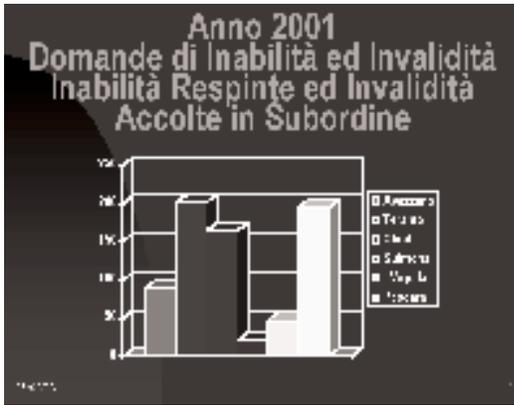


Figura 3



Figura 4

Nella Figura 3 sono riportati i dati assoluti, sempre relativi ai C.M.L. della regione, riguardanti le domande di inabilità ed, in subordine, di invalidità, in cui l'inabilità è stata respinta e l'invalidità è stata accolta.

La Figura 4 raccoglie i dati assoluti relativi le domande di sola inabilità (222) nelle quali l'inabilità è stata accolta.



Figura 5



Figura 6

Nella Figura 5 sono riportati i dati assoluti concernenti le domande di sola inabilità in cui l'inabilità è stata respinta.

Nella Figura 6 è riportato il rapporto tra accolte e respinte confrontando le richieste di sola inabilità (222) con quelle di inabilità ed, in subordine, di invalidità (224).

Si evidenzia come la percentuale delle accolte, rispetto al totale, nel primo caso (222) sia maggiore che nel secondo (224), probabilmente per la

tendenza, da parte di assicurati e Patronati, a riservare questo tipo di domanda solo ai casi più gravi.



Figura 7

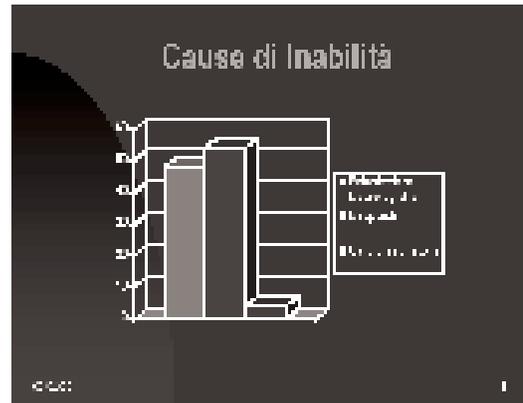


Figura 8

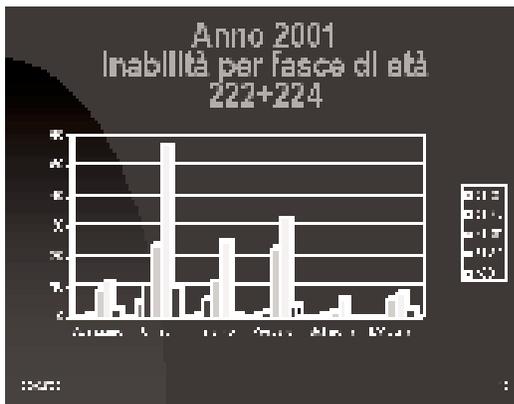


Figura 9

La Figura 7 raccoglie i dati relativi alla percentuale di accoglimento delle domande complessive di inabilità (222+224) nei diversi C.M.L. della regione.

Si evidenzia una sostanziale omogeneità (tra il 10% ed il 15%) ad eccezione della sede di Sulmona, dove, probabilmente a causa di un più esiguo numero delle domande ed a un atteggiamento forse meno “rivendicativo” del territorio, si ha un maggiore indice di accoglimento (30%).

Nella Figura 8 sono riferiti i dati relativi alla distribuzione, nell’ambito delle pensioni di inabilità concesse, delle più frequenti patologie. Sono state considerate solo le neoplasie, gli eventi morbosi di tipo neurologico e psichiatrico e quelli cardiorespiratori.

È evidente come le prime due rappresentino le cause di maggior riscontro nel riconoscimento dell’inabilità nella regione Abruzzo.

Si approfitta di questa occasione per evidenziare la necessità di approntare un più efficace sistema di classificazione della patologie riscontrate, essendo il ricorso ai numeri nosologici attualmente in uso del tutto insufficiente a consentire un valido utilizzo, a fine “statistico- scientifico”, dei dati scaturiti dal GASAN.

Nella Figura 9 sono riportati i dati relativi alla distribuzione per fasce di età delle pensioni di inabilità, nei diversi C.M.L. della regione. In tutte le Sedi la fascia con il più alto numero di riconoscimenti è quella tra i 51 ed i 60 anni di età, seguita da quella tra i 41 ed i 50 anni. Oltre i 60 anni le concessioni per inabilità scendono bruscamente, probabilmente a causa del pensionamento per raggiunti limiti di età degli assicurati.



Figura 10



Figura 11

La Figura 10 riporta i dati, tratti dalla procedura SISCO, relativi al contenzioso giudiziario, di primo e secondo grado, conseguente alle negate pensioni di inabilità.

Si evidenziano numeri abbastanza confortanti circa le sentenze favorevoli all'Istituto e sfavorevoli ma con spostamento di decorrenza: 74% in primo grado + un'ulteriore 48% in secondo grado.

Va rilevato, comunque, che i dati provengono da una procedura di esclusiva pertinenza dell'Ufficio Legale, sui quali, quindi, i C.M.L. non hanno alcun possibilità di verifica. Appare, pertanto, opportuno avviare un programma di rilevazione statistica gestito direttamente dagli Uffici Sanitari per consentire ai Dirigenti Medici Responsabili di effettuare un più efficace controllo gestionale dell'attività peritale.

Riportiamo adesso, nelle Figure 12-19, alcune recenti sentenze della Corte di Cassazione sul tema delle pensioni di inabilità.

Da esse si evince come, sempre con maggiore frequenza, l'inabilità venga riferita all'impossibilità di svolgere "qualsiasi lavoro proficuo", invece che "qualsiasi attività lavorativa".

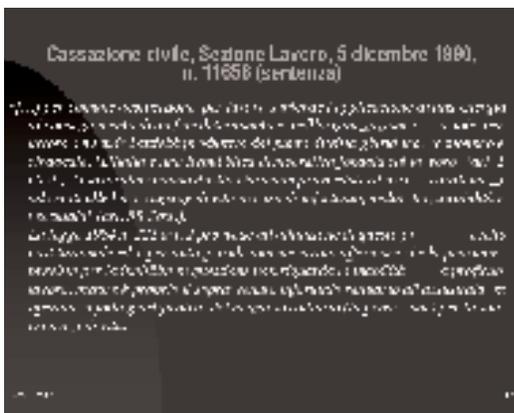


Figura 12

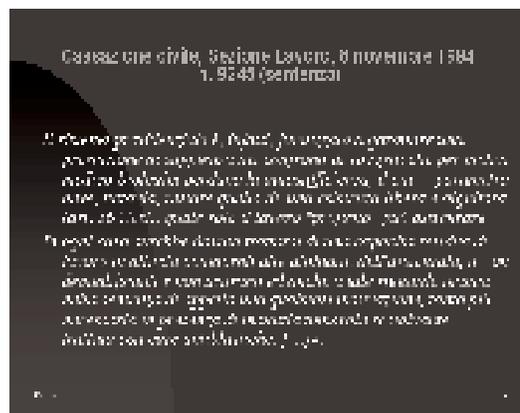


Figura 13

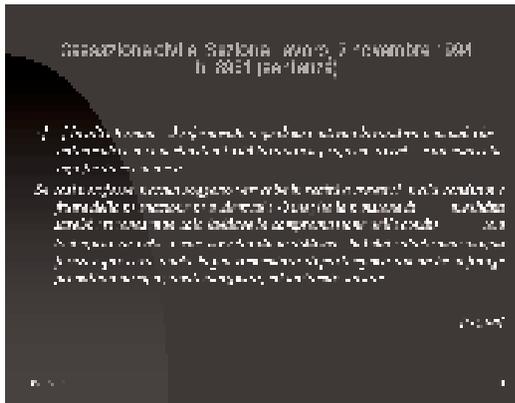


Figura 14



Figura 15



Figura 16

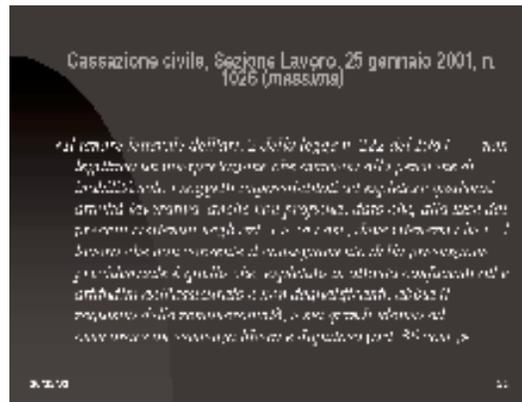


Figura 17

Nelle figure 18 e 19 vengono citate alcune vecchie sentenze della Corte di Cassazione sul tema del lavoro proficuo.

Si rileva come esse facciano cenno alle condizioni patologiche del soggetto, alla sua età ed al sesso, e, soprattutto, alle condizioni ambientali e sociali. È evidente, quindi, il riferimento alla capacità di guadagno.



Figura 10

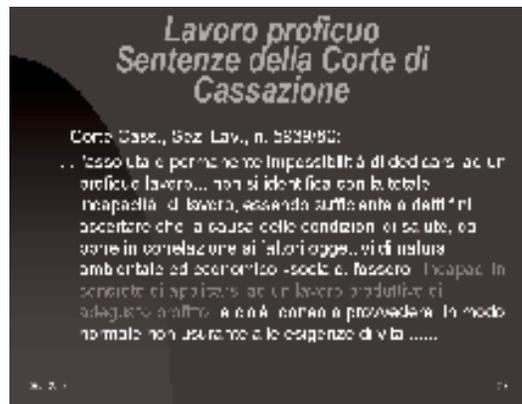


Figura 11

Alla luce delle citate sentenze della Corte di Cassazione che, come abbiamo visto, individuano nell'impossibilità di svolgere qualsiasi lavoro proficuo il parametro di riferimento, appare evidente la possibilità di un cambiamento di fatto del concetto di inabilità, con conseguente allargamento delle maglie nella valutazione medico legale, fino alla possibilità di un "capovolgimento" dei criteri valutativi tra invalidità ed inabilità, con ipotetico più facile raggiungimento della soglia inabilitante, rispetto a quella invalidante.

Di qui l'esigenza di ripensare al concetto medico legale di inabilità per proporre innovazioni legislative.

Sulla scorta degli aspetti di criticità individuati dal Coordinatore Centrale Medico Legale dell'Area dell'Invalidità, esaminiamo ora alcuni punti, ricercando eventuali possibili proposte di cambiamento.

INABILITÀ E REVISIONE

Le problematiche legate alla revisione delle pensioni di inabilità concesse appaiono di indubbia importanza. Infatti se da un lato, alla luce dei progressi diagnostici e, soprattutto, terapeutici, spesso appare indispensabile una revisione sanitaria, è pur vero che l'eventuale revoca rischia di lasciare l'assicurato senza lavoro e senza pensione.

Abbiamo, pertanto, cercato di schematizzare le possibili ipotesi di correzione di tipo legislativo:

Revisione con revoca:

- Inabilità di probabile breve durata: solo sospensione dal mondo del lavoro con sostituzione provvisoria del lavoratore con soggetti con contratto a tempo determinato o con contratto di formazione lavoro oppure individuazione di meccanismi di reinserimento lavorativo attraverso corsi di formazione, corsie "preferenziali" con posti riservati e con reddito minimo fino all'avvenuto reinserimento.

Un'altra problematica meritevole di approfondimento è quella relativa alle **attività complementari a quella principale** (es. recarsi al lavoro) Può avvenire che un lavoratore non inabile si trovi, però, nella impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore e, non avendo diritto alla pensione di inabilità, non può nemmeno usufruire dell'assegno mensile per l'assistenza personale e continuativa

I possibili correttivi legislativi dovrebbero necessariamente prevedere di svincolare l'assegno mensile per l'assistenza personale e continuativa dalla pensione di inabilità con lo scopo di facilitare, attraverso un riconoscimento economico, il reinserimento lavorativo di assicurati che, se aiutati a recarsi al lavoro, possano poi svolgere una regolare attività lavorativa (ad es. di tipo intellettuale).

Altro nodo critico è quello dei **disabili inseriti al lavoro tramite cooperative sociali**.

In questi casi, ai fini di un giudizio medico legale di inabilità, appare opportuno distinguere tra una effettiva attività lavorativa ed un inserimento al lavoro con finalità esclusivamente o prevalentemente ergo-terapeutiche.

Per quanto riguarda il tema dell'**inabilità e morte improvvisa o immediata** riportiamo la circolare di riferimento:

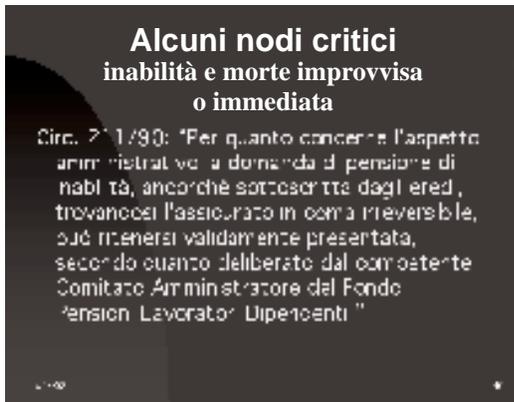


Figura 20

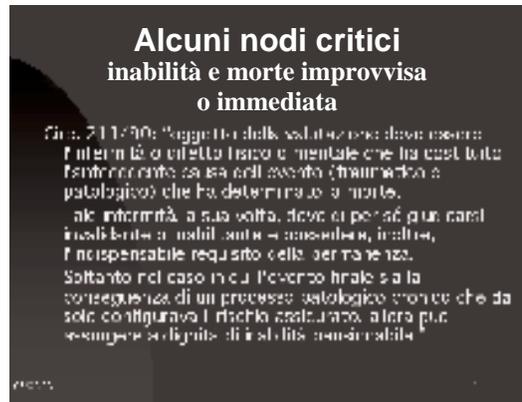


Figura 21

La risposta del Coordinatore Centrale dell'Area Invalidità ad un quesito medico legale è stata: se l'evento morte è prevedibile ed immediato, la decisione medico legale propenderà per la reiezione della domanda. Se intercorre un periodo di vita relativamente idoneo per configurare un quadro clinico di stabilità evolutiva si potrà accogliere la richiesta di inabilità.

Ecco i dubbi scaturiti sul tema dell'**inabilità e morte improvvisa o immediata**:

- **permanenza:**

è giusta la concessione del diritto alla prestazione alla pensione di inabilità (ed alla relativa reversibilità agli aventi diritto) solo all'assicurato che sopravvive qualche giorno all'evento patologico improvviso?

- **precedente processo patologico cronico:**

è giusto vincolare il riconoscimento esclusivamente ad una preesistente patologia cronica già evidenziatasi prima dell'evento (traumatico o patologico) che ha determinato la morte, pur in presenza del requisito della permanenza?

Tra le idee scaturite nella Conferenza regionale vi è anche quella di prevedere una reversibilità limitata nel tempo, in caso di morte improvvisa.

Passiamo ora ad esaminare gli aspetti dottrinari, con le possibili proposte legislative, sul tema dell'inabilità:

1) Inabilità assoluta e permanente a svolgere a qualsiasi lavoro proficuo.
2) Inabilità assoluta e permanente a svolgere qualsiasi attività lavorativa confacente le attitudini.

3) Inabilità con riferimento al concetto medico legale di Danno Biologico.
Dell'inabilità assoluta e permanente a svolgere a qualsiasi lavoro proficuo abbiamo già detto.

Inabilità assoluta e permanente a svolgere qualsiasi attività lavorativa confacente le attitudini:

sarebbe una sorta di "allargamento" della invalidità con la possibilità di considerare esclusivamente i lavori confacenti le attitudini dell'assicurato senza valutare attività che egli non ha mai svolto, nemmeno nei periodi di perfetta salute.

Uniformando i criteri medico legali di valutazione di invalidità ed inabilità, si rischierebbe, però, di unificare due fattispecie che il Legislatore aveva "pensato" diverse:

Invalidità: prestazione nettamente "previdenziale": quantificata sulla base dei contributi versati.

Inabilità: prestazione di tipo più "assistenziale": anzianità contributiva aumentata (in assenza di contributi effettivamente versati) di un periodo pari a quello compreso tra la data di decorrenza della pensione di inabilità e la data di compimento dell'età pensionabile.

INABILITÀ CON RIFERIMENTO AL CONCETTO MEDICO LEGALE DI DANNO BIOLOGICO

Sentenza Corte di Cassazione del 1983

"Menomazione dell'integrità psico-fisica in sé e per sé considerata, in quanto incidente sul valore uomo in tutta la sua concreta dimensione, che non si esaurisce nella sola attitudine a produrre ricchezza, ma si collega alla somma delle funzioni naturali afferenti al soggetto nell'ambiente in cui la vita si esplica, ed avente rilevanza non solo economica, ma anche biologica, sociale, culturale ed estetica."

Sentenza Corte Costituzionale del 1986

La Corte Costituzionale confermò la risarcibilità del danno biologico, indicò nella correlazione tra gli articoli 32 della Costituzione e 2043 del Codice Civile il disposto che la disciplina, configurò il danno biologico come danno-evento legato da nesso causale all'atto illecito.

Riportiamo gli articoli 32 della Costituzione e 2043 del c.c. indicati dalla Consulta come il disposto che disciplina il danno biologico:

Articolo 32 della Costituzione

La Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana (art.5 c.c.).

Art. 2043 c.c. Risarcimento per fatto illecito.

“Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altrui un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno”.

Relativamente all’ipotesi di riferire l’inabilità al concetto medico legale di danno biologico, sono riportati i dubbi di tipo dottrinale e le proposte già formalizzate da altri colleghi:

all’INPS è affidata la protezione sociale avverso il verificarsi di rischi incerti non necessariamente correlabili ad azioni o fatti antigiuridici.

La parola-concetto “DANNO” inevitabilmente si ricollega ad una azione o ad un fatto antigiuridico (art. 2043 c.c.): è giusto utilizzare il concetto di danno biologico nella valutazione dell’inabilità INPS?

PROPOSTA

tabelle valutative che valgono come soglia o prerequisito per il successivo riconoscimento:

Ad es.:

- 1) prerequisito: un Danno Biologico > 70%
- 2) valutazione della assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.
- 3) 1+2= inabilità.

A conclusione di questa trattazione sul tema dell’inabilità possiamo affermare che l’argomento ha rappresentato e continuerà a rappresentare un importante punto di riferimento nell’attività medico legale dei Dirigenti Medici dell’Istituto.

Infatti, l’art. 2 della legge 222/84 ha consentito e consente ai sanitari dell’INPS di svolgere, in maniera efficace, il compito di individuare i casi che, sottratti al mondo del lavoro a causa di patologie di notevole rilevanza clinica, hanno bisogno di una prestazione che, attraverso un rilevante riconoscimento economico, consenta di affrontare, per quanto possibile serenamente, un delicato momento dell’esistenza.

Pertanto, a distanza di 18 anni dalla sua nascita, il disposto legislativo ha anche evidenziato, come abbiamo visto, diversi punti critici meritevoli di approfondimento.

Sono sicuro che, attraverso i lavori di questa Conferenza Nazionale per l’Inabilità, si potrà arrivare ad individuare i possibili efficaci correttivi.

Basilicata

Ferdinando RUTIGLIANO

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Potenza

Nel dibattito promosso dal Coordinamento Generale Medico Legale i colleghi della Basilicata hanno focalizzato l'attenzione su tre temi principali che si ripropongono nel lavoro quotidiano, alcuni più frequentemente, altri un po' meno, ma tutti ugualmente stimolando discussioni, approfondimenti, confronti e determinando anche un coinvolgimento emotivo che non diventa certamente criterio di valutazione ma agisce positivamente da leva per il recupero di un più dignitoso rapporto tra il *medico*, che preesiste al medico legale, e la *persona* ammalata che preesiste all'assicurato richiedente la prestazione.

I tre temi di maggiore interesse hanno riguardato il concetto di inabilità pensionabile, il valore della prognosi nella valutazione medico legale delle neoplasie e la definizione delle domande di prestazione relativi a casi di morte improvvisa.

Per quanto riguarda l'inabilità pensionabile la maggioranza dei colleghi della regione ne accoglierebbe di buon grado una revisione concettuale ritenendo che il riferimento ad una assoluta incapacità lavorativa ultragenerica, quale è quella definita letteralmente dall'art. 2 della legge 222/84, contrasti sia con il dettato degli articoli 1, 36 e 38 della Costituzione, che caratterizzano il lavoro come un'attività possibile per la persona senza danno alla sua dignità e ai suoi diritti di libertà costituzionalmente garantiti, sia con le finalità stesse di un'assicurazione sociale che quei diritti costituzionali, secondo noi, è preposta a garantire.

Qualcuno, tra di noi, si è spinto a pensare che il legislatore, nel formulare gli articoli della Legge 222, che come è noto perseguiva l'obiettivo di ridurre l'onere finanziario delle prestazioni sottraendo al requisito di legge ogni riferimento a fattori di natura socio-economica (quindi la sostituzione della ca-

pacità di lavoro alla capacità di guadagno) e di introdurre, secondo le raccomandazioni della Comunità Europea, due differenti livelli di prestazione basati su una diversa gravità delle menomazioni accertate, non volesse istituire altro che un assegno mensile ordinario per invalidi con riduzione permanente a meno di 1/3 della capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle sue attitudini ed una pensione di inabilità per chi avesse perso totalmente questa capacità lavorativa, in analogia con quanto già previsto per l'inabilità civile. Forse il legislatore ha usato, nella formula definitoria dell'inabilità, espressioni che, al di là delle sue reali intenzioni, si sono poi prestate ad approfondimenti dottrinari che hanno condotto ad interpretazioni troppo rigide.

Non è convincente l'incrollabile sicurezza di chi ritiene che il legislatore volesse dire proprio ciò che letteralmente ha detto per conseguire una maggiore severità di giudizio e rendere la prestazione economica più favorevole quasi irraggiungibile per chi non fosse quasi ridotto al cosiddetto "tronco umano": non è convincente perché una tale inabilità ultragenerica, del tutto avulsa da qualsiasi riferimento alle attitudini del soggetto e quindi più difficile da realizzarsi, non poteva essere concepita nell'ambito della stessa legge proprio nei confronti degli assicurati affetti dalle patologie più gravi.

Del resto le varie sentenze della Corte di Cassazione, che sono uno dei fattori che hanno stimolato questo dibattito, anche se "non fanno legge" dichiarano qual è l'indirizzo giurisprudenziale prevalente: anche per questo motivo accogliamo con favore un ripensamento dell'art.2 e siamo anzi convinti che questo ripensamento, qualora fosse condiviso da tutti, non debba necessariamente passare attraverso una riforma legislativa. L'art.2 infatti contiene già gli elementi che consentono il superamento di quell'inabilità ultragenerica a cui si è fatto riferimento.

Considerando infatti i più volte citati artt. 1, 36 e 38 della Costituzione e le finalità di un'assicurazione sociale, tra cui c'è anche quella di dar corpo ai diritti costituzionali nel campo del lavoro e della previdenza, riteniamo che la "qualsiasi attività lavorativa" dell'articolo di legge si debba comunque intendere come una qualsiasi attività lavorativa autonoma o subordinata a carattere continuativo che permetta la soddisfacente realizzazione delle proprie attitudini e non comporti una dequalificazione inconciliabile con la dignità della persona o un'usura eccedente quella fisiologica, quindi in ultima analisi un'attività lavorativa confacente.

Sarebbe quindi auspicabile che a conclusione dell'ampia discussione sul tema, che ha coinvolto anche ambienti universitari, si pervenisse ad un'interpretazione secondo noi autentica della norma di legge (nel senso dell'implementazione del concetto di confacenza alle attitudini) evitando di sollecitare una riforma legislativa che potrebbe anche sconvolgere l'attuale quadro normativo reintroducendo magari il requisito della capacità di guadagno.

Si è molto discusso anche sul ruolo della prognosi nella valutazione dell'inabilità e ci siamo trovati fundamentalmente d'accordo nel ritenere che il fattore prognostico sia fondamentale nelle patologie tumorali maligne: di fatto talvolta ci troviamo di fronte a soggetti le cui condizioni psicofisiche possono anche apparire discrete al momento della visita ma per i quali la prognosi è sicuramente sfavorevole quoad vitam nei successivi 3-5 anni.

In questi casi il riferimento alle sole condizioni psicofisiche attuali, come qualcuno ha proposto, sarebbe riduttivo in quanto non valuterebbe in maniera adeguata l'usura legata al lavoro: la valutazione dell'usura, come valutazione di un danno futuro non ipotetico ma molto probabile e correlato con nesso causale al lavoro svolto o a quello confacente, ha piena cittadinanza nella valutazione medico legale dell'inabilità-inabilità pensionabile e per quanto riguarda in particolare le patologie tumorali riteniamo che una prognosi sfavorevole nell'arco di pochi anni attribuisca a qualsiasi lavoro, ancorché confacente, una forte connotazione usurante perchè ogni lavoro richiederebbe alla persona l'impiego di energie indisponibili in quanto totalmente e legittimamente impegnate nel tentativo di guarire o stabilizzare una malattia gravata da una seria probabilità di recidiva e di morte.

Per questo motivo riteniamo che nei tumori maligni con prognosi sfavorevole quoad vitam nell'arco dei 3-5 anni successivi spetti l'inabilità.

È chiaro che a questo punto ci siamo chiesti, con l'umiltà di chi si rende conto che bisogna comunque individuare un livello di "compromesso valutativo" fondato su alcuni dati obiettivi e condivisibile dal maggior numero di medici valutatori, quale debba essere il dato che individua, nell'ambito delle patologie tumorali maligne con prognosi sfavorevole, i soggetti ai quali riservare il giudizio di inabilità.

La stratificazione prognostica a 5 anni dalla diagnosi è naturalmente l'unico elemento possibile di riferimento, ma a quale percentuale di sopravvivenza si può attribuire una valenza definitiva di inabilità? In un lavoro pubblicato qualche anno fa sulla nostra rivista di Medicina Legale si faceva riferimento ad una sopravvivenza del 15-20% a 5 anni per poter esprimere un tale giudizio. A noi sembra che il limite suggerito sia troppo basso, tenuto anche conto del fatto che lo stesso paziente neoplastico, riconosciuto non inabile dai nostri Centri Medico Legali, ottiene puntualmente un giudizio di inabilità, generalmente con revisione a 3 o 5 anni, dalle Commissioni ASL e dalle Commissioni Periferiche per le Pensioni di Guerra e di Invalidità Civile sulla sola base della prognosi sfavorevole e quindi indipendentemente dalla percentuale di sopravvivenza a 5 anni.

La possibilità di programmare una visita di revisione, possibile anche per i nostri assicurati, renderebbe più agevole il riconoscimento dell'inabilità nelle neoplasie maligne a prognosi sfavorevole, ma tutti ne conosciamo le

implicazioni socio economiche a volte devastanti tenuto conto dell'obbligatorietà del licenziamento richiesto per percepire la pensione.

L'unica soluzione ci sembra quella di una modifica legislativa che preveda la "sospensione" del contratto di lavoro (una sorta di lunga malattia) per un periodo di almeno 3 anni al termine del quale un ulteriore riconoscimento diventi poi definitivo.

La stessa soluzione ci sembra opportuna anche per gli altri casi in cui la patologia, al momento della valutazione, è grave e soggetta a terapie molto impegnative per le condizioni psicofisiche del soggetto ed interferenti in maniera consistente con una normale attività lavorativa, ma possa successivamente trovare in un trapianto d'organo un miglioramento drammatico con recupero sia delle generali condizioni del soggetto sia di una parte significativa della sua capacità lavorativa.

Ci riferiamo a situazioni quali l'IRC con emodialisi plurisettimanale, miocardiopatie in III-IV Classe NYHA, epatopatie croniche con frequenti scompensi funzionali.

In questi casi la possibilità di un trapianto d'organo, a volte già programmato, soprattutto in un soggetto giovane con un profilo attitudinale orientato ad attività non usuranti per l'organo colpito dalla patologia, rende opportuno prevedere una revisione dopo 2-3 anni al fine di verificare l'avvenuto trapianto e la sua efficacia.

È stato anche suggerito da qualche collega che la valutazione dell'assicurato presunto inabile non si fermi alla semplice dichiarazione dell'esistenza o meno della condizione prescritta dalla legge ma sia integrata da una valutazione delle reali potenzialità lavorative magari nel quadro di una collaborazione con le Commissioni formate presso le ASL ai sensi della Legge 68.

Per quanto riguarda infine l'inabilità nei casi di morte improvvisa abbiamo ritenuto utile riflettere, ad esempio, su quanto accade in R.C. in tema di risarcimento del danno biologico, e ciò perché anche nel nostro ambito valutativo si pone il problema di stabilire preliminarmente se il soggetto deceduto a brevissima distanza di tempo dall'evento che ha dato luogo alla domanda *abbia*, per così dire, *fatto in tempo a maturare un diritto alla prestazione* (iure proprio) e quindi trasmissibile ai congiunti a titolo successorio (iure hereditatis).

Ci siamo detti che la dottrina e la giurisprudenza oscillano, nel caso del danno biologico, tra due tesi opposte: una riconosce sempre l'esistenza di un diritto proprio del defunto perché basterebbe l'intervallo anche brevissimo tra la vita e la morte (attimo fuggente) che esiste in ogni situazione a far maturare nella vittima il diritto al risarcimento; l'altra riconosce tale diritto proprio e trasmissibile agli eredi solo quando tra l'evento e la morte intercorra un tempo significativo, ancorché limitato, sufficiente a che il diritto al risarcimento maturi e *si concretizzi nel patrimonio del defunto*.

I fautori della prima tesi asseriscono che la morte è pur sempre un episodio della vita, mentre i fautori della seconda tesi affermano che il danno biologico, in quanto danno alla qualità della vita in tutte le sue manifestazioni, presuppone una sopravvivenza abbastanza lunga perché si possa immaginare anche in via ipotetica quale sarebbe stata la qualità di vita del soggetto se fosse sopravvissuto.

La giurisprudenza è generalmente orientata a non riconoscere al defunto un diritto proprio al risarcimento nel caso di morte istantanea e limita generalmente il risarcimento a quanto i congiunti possono vantare nei confronti del responsabile solo jure proprio per il danno morale o economico.

Più recentemente però la Corte di Cassazione ha emesso una Sentenza (la n. 4783 del 14.11.2000) che apre una prima breccia nell'orientamento della giurisprudenza di legittimità ritenendo possibile un risarcimento del danno biologico anche nelle ipotesi che tra evento lesivo e morte siano trascorse ore e non giorni (nel caso in specie la vittima era deceduta dopo 4 ore di agonia).

Nel caso di un soggetto che muoia subito dopo la presentazione della domanda di inabilità o sia già in condizioni gravissime quando i parenti presentano la domanda in qualità di eredi, la questione che si pone è analoga, nel senso che bisogna valutare se il tempo intercorso tra l'evento (e la domanda) e la morte sia stato sufficientemente lungo perché sia maturato e si sia consolidato nel patrimonio della persona un danno biologico tale da determinare un'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

Nel caso la persistenza in vita sia stata abbastanza lunga (settimane o mesi) è legittima l'ipotesi che la sopravvivenza avrebbe comportato un danno biologico gravissimo e tale da giustificare un giudizio di inabilità, ma bisogna a questo punto stabilire cosa significhi abbastanza lunga, con tutte le conseguenze in termini di ingiustizia che si avranno quando si tratterà di giudicare casi molto simili tra loro ma ad esempio l'uno entro la soglia prestabilita e l'altro molto prossimo ad essa.

Alcuni colleghi ritengono che in tutti i casi di breve sopravvivenza non si possa riconoscere l'inabilità in quanto ciò trasformerebbe l'assicurazione sull'invalidità in un'assicurazione sulla vita: a questo punto bisognerebbe integrare l'assicurazione con la copertura del rischio morte oppure prevedere la semplice liquidazione della reversibilità ai superstiti.

Altri, considerando la natura sociale dell'assicurazione e il suo fine, sono propensi ad un'interpretazione più favorevole all'assicurato: in ultima analisi ciò che impedisce di riconoscere il diritto all'inabilità nei casi di morte a brevissima distanza dall'evento è la difficoltà di giudicare sulla permanenza delle condizioni che sarebbero alla base di una totale incapacità lavorativa. Ma il giudizio sulla permanenza è generalmente un giudizio di previsione,

fondato su dati obiettivi e su criteri di grande probabilità, che si consolida normalmente in occasione di visite di revisione o di conferma.

Nel caso di morte a brevissima distanza ci sembra che, anche se per un brevissimo tempo, nella persona si è realizzato un danno biologico gravissimo (che fa parte della vita) e tale da condurre all'abolizione di qualsiasi manifestazione di vita relazionale e poi alla morte: a questo punto affermare che manca il criterio della permanenza è probabilmente una forzatura retorica in quanto la permanenza è dimostrata dai fatti.

Solo nel caso di morte improvvisa in soggetti apparentemente esenti da patologie significative (ma è dubbio che in questi casi ci sia una domanda di inabilità in corso) il diritto all'inabilità ci sembra non sussistere in quanto, secondo un criterio di previsione, l'eventuale sopravvivenza sarebbe stata probabilmente esente da menomazioni tali da determinare un'assoluta incapacità lavorativa (tipico esempio i soggetti sostanzialmente sani resuscitati dopo un arresto cardiaco).

Friuli Venezia Giulia

Andrea VALMASTRI

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Trieste

Nel Friuli-Venezia Giulia non vi è, ad ora, contenzioso, in particolare giudiziario, sull'ermeneutica dell'inabilità ex legge 222. Appare dunque condivisa dai diversi operatori del settore l'interpretazione di tale categoria giuridica data dai medici dell'Istituto: interpretazione rigorosa, aderente al significato letterale della norma, naturalmente compreso alla luce della dottrina medico legale.

In tal senso si ha presente che la finalità del disposto di legge è la tutela del lavoratore assolutamente e permanentemente incapace, su base biologica, di procurarsi un reddito mediante il lavoro, anche al di fuori dell'ambito attitudinale, in assenza di usura o senza che debbano essere ipotizzate riqualificazioni professionali concretamente impossibili.

In aderenza al dettato costituzionale (come esplicitato anche nei lavori parlamentari) oggetto di tutela è certo la perdita della capacità lavorativa in senso non meramente fisico-biologico ma reddituale, in relazione alla finalità sociale del lavoro, che è di assicurare al lavoratore ed alla sua famiglia una esistenza libera e dignitosa, ma la nozione di assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa è distante da quella, precisatasi per lunga evoluzione normativa ed interpretativa, di inabilità a proficuo lavoro, affine invece alla categoria dell'incapacità di guadagno, teoricamente ideale ai fini della tutela dell'invalidità, ma storicamente stravolta nella sua applicazione pratica; ne risulta perciò escluso il riferimento ai fattori socio-economici ambientali, estranei in radice all'impianto della L. 222.

Il disposto dell'art. 2 impone inoltre l'estensione della valutazione della capacità lavorativa anche al di fuori dell'ambito della confacenza, che caratterizza al contrario il concetto di invalidità di cui all'art 1. L'assenza di riferimento ad ogni specificità lavorativa comporta anche che il riconoscimento

di inabilità non sia il necessario portato di un eventuale giudizio di inidoneità al servizio nell'ambito del pubblico impiego.

La netta differenziazione tra l'inabilità ai sensi della legge 222 e l'inabilità a proficuo lavoro rende non facilmente comprensibile (e causa di disomogeneità) la convivenza di entrambe le fattispecie all'interno della normativa previdenziale; è già stata prospettata l'opportunità di valutare i soggetti al di fuori dell'età lavorativa sulla base di parametri svincolati appunto dalla capacità lavorativa stessa e riferentisi invece alla capacità di svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età.

Se appare ingiustificata la distorsione del senso letterale della definizione di legge mediante un improprio riferimento alle citate nozioni di proficuità e di confacenza, sono però da rigettare opposte interpretazioni restrittive evidentemente contrarie alla tutela costituzionale: in tal senso non è prospettabile un'attività lavorativa sostanzialmente priva di carattere lucrativo o effettuata a prezzo di usura e danno per le condizioni di salute del lavoratore.

Ancora, al di fuori dell'ambito attitudinale si possono ben considerare anche mansioni che comportino declassamento, ma non si può porre a carico dell'assicurato l'onere di una riqualificazione professionale che sia nel concreto impossibile.

Tali problematiche dovrebbero comunque trovare soluzione nella completa attuazione della normativa sul collocamento al lavoro dei disabili, ambito peraltro da cui l'invalidità INPS è sorprendentemente esclusa. A tale proposito si vuole rilevare che, prescindendo da inserimenti a contenuto e finalità sostanzialmente solo terapeutici, anche soggetti con gravi disabilità possono essere opportunamente collocati in un lavoro normale in quanto libero, non usurante e non svolto pietatis causa.

Potendo soggetti non autonomi dal punto di vista motorio, ma supportati in tal senso, conservare quote importanti di capacità lavorativa, si giudica contraria agli interessi del lavoratore e dell'Istituto stesso la previsione di legge del prerequisito dell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa e della correlata effettiva cessazione del lavoro in ordine alla concessione dell'assegno di accompagnamento.

In termini generali si ritiene che la capacità o meno di svolgere le mansioni cosiddette "di presenza e attesa" sia un utile parametro per la valutazione di quanto all'art. 2 della legge 222.

In prospettiva futura, de jure condendo, è peraltro utile iniziare una riflessione sul fatto che l'evoluzione in atto nel mondo del lavoro sta portando ad una sempre maggior specializzazione delle mansioni lavorative contestualmente ad un aumento delle variazioni delle medesime nell'arco della vita lavorativa dei singoli, con restringimento dell'ambito della genericità, del che non potrà non tener conto la normativa di tutela previdenziale.

Si ribadisce l'utilità dell'istituto della revisione in casi selezionati, quale necessario portato del significato relativo del concetto di permanenza in medicina legale, auspicando nel contempo che trovino tutela di legge le eventuali difficoltà conseguenti alla revoca dei benefici economici, che sono però estranee all'ambito tecnico valutativo: con l'occasione si sollecita l'adozione di una tutela specifica per la lunga malattia che consenta la conservazione del posto di lavoro in vista di ipotizzabili favorevoli evoluzioni di quadri clinici inizialmente impegnativi.

È soprattutto in ambito oncologico che le considerazioni prognostiche assumono particolare rilevanza, per evitare di escludere dalla valutazione danni cronologicamente futuri ma sostanzialmente certi a breve scadenza, tenendo contestualmente presente che le energie del paziente neoplastico grave possono essere assorbite dall'impegno esistenziale contro la patologia, con perdita della capacità lavorativa anche prima della completa compromissione della validità psicofisica.

Nel campo psichiatrico si sconta la difficoltà di disporre di consulenze specialistiche esaustive e finalizzate alla valutazione medico legale, visto anche il contatto solo episodico che vi è con l'assicurato in sede di accertamento, dovendosi fare riferimento per la storia clinica alle informazioni fornite dalle strutture curanti, in genere i servizi psichiatrici della struttura sanitaria pubblica territoriale.

Del tutto personalizzata deve essere la valutazione della capacità lavorativa dei dializzati, in quanto determinata da plurime varianti clinico-terapeutiche ed occupazionali.

Difficoltà interpretative possono venire poste dalla richiesta del riconoscimento dello stato di inabilità in caso di morte improvvisa: dal punto di vista medico legale il danno, che deve essersi realizzato con carattere di permanenza, è quello alla capacità lavorativa e non già quello alla salute ed è sotto tale profilo che verrà formulato il giudizio, mentre appare opportuna la previsione di un'autonoma tutela previdenziale del rischio in questione.

Liguria

Franco DE LUCA

Dirigente medico-legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Genova

Riporterò qui in sintesi quanto emerso dagli interventi sul tema della inabilità nell'ambito di Consulta Regionale.

Abbiamo preso in esame e discusso alcuni casi reali.

1) Dott.ssa Carone (CML Sestri Levante): Miocardiopatia dilatativa in attesa di trapianto

2) Dott.ssa Franceschi (CML La Spezia) : LMA con ripresa di malattia e complicanze

3) Dott.ssa Panini (CML Sestri Ponente): Frattura L1 con paraplegia AAII

Poi siamo passati all'esame e discussione degli aspetti di criticità di più comune riscontro nel formulare un giudizio di inabilità.

- Revisione sanitaria (trapianti, malattie psichiatriche)
- Morte improvvisa (danno di previsione)
- Prognosi e bisogno di assistenza (neoplasie gravi)
- Attualità di lavoro (compreso categorie protette)

Quindi abbiamo effettuato un esame degli aspetti dottrinari afferenti al concetto di inabilità.

1) PREMessa:

La inabilità L.222/84 (INPS) tutela il danno da lavoro (per cui è rivolta al lavoratore e non al cittadino qualsiasi) e non il danno alla salute.

➤ Sussistono analogie definitorie con la inabilità L. 335/95 (INPDAP, Pubblici dipendenti).

➤ Non si identifica con il concetto di inabilità a proficuo lavoro (secondo recenti sentenze della cassazione) il cui riferimento è la capacità di guadagno, quindi comprensiva di valutazione di fattori extrabiologici.

- È concetto diverso da inidoneità al lavoro, la quale è specifica.
- Differisce con la inabilità assoluta di cui alla legge 118/71 (invalidi civili), la quale è compatibile con il lavoro e si fonda su una valutazione tabellare (DM Sanità 5/2/1982).

2) PUNTI CRITICI IMPLICITI NELLA L. 222/84

- Concetto di qualsiasi lavoro (non riferimento a quello confacente né a quello proficuo. Possibile riferimento alla incollocabilità pur in presenza di residue capacità)
- Necessità di cancellazione dagli elenchi

3) PROPOSTE

- Valutazione tabellare oppure con protocolli o con percorsi valutativi
- Non modifiche al concetto di inabilità L. 222/84, ma possibili integrazioni (es. impossibilità di revoca per solo motivi sanitari, valutazioni di possibili residue capacità lavorative)
- Riferimento al danno biologico, in analogia a quanto previsto nell'infortunistica sul lavoro con DM 12/07/2000.

Lombardia

Luigi PATRUNO

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Milano

RELAZIONE PRESENTATA DAL DOTT. C. MARINO

L'iniziativa della Conferenza Nazionale sulla Inabilità ha rappresentato per i medici della Regione Lombardia una valida opportunità di riflessione collegiale sia sul piano professionale sia su quello scientifico, nonché un momento di confronto anche su scala nazionale.

Pertanto è sotto tali premesse che il Coordinamento Medico Legale della regione Lombardia, in tutte le periodiche riunioni dei responsabili dei suoi Centri Medico Legali, fin dal primo annuncio della Conferenza (dato nel giugno del 2002 in occasione dell'insediamento della Consulta Nazionale per l'Inabilità) ha posto all'ordine del giorno argomentazioni e dibattiti concernenti ancor più specificatamente i vari aspetti della inabilità pensionabile.

Per l'avvio del lavoro preparatorio alla Conferenza sono risultate fondamentali le due riunioni romane della Consulta, tenutesi il 27 giugno e il 9 novembre 2002, in occasione delle quali emergeva con chiara evidenza, sia dagli interventi dei Coordinatori Centrali, sia da quelli dei colleghi della periferia, che la legge 222/84, a distanza di quasi 20 anni di applicazione, necessita di un momento di riflessione, proprio in relazione alla inabilità, che per certi aspetti, è stata a ragione definita una forma di previdenza ancora "sconosciuta".

Conseguentemente i medici della Lombardia hanno puntato una collegiale attenzione soprattutto su alcuni aspetti di maggiore criticità riguardanti tale prestazione: ad es. il rapporto della inabilità con la morte improvvisa o immediata, con la proficuità del lavoro, con le attività complementari al lavoro, quali anche il recarsi al lavoro. Ed inoltre, gli aspetti connessi ai disabili inseriti in cooperative di lavoro, alla idoneità al servizio, alla coesisten-

za di più patologie, alla patologia psichiatrica, al trattamento emodialitico e alla reversibilità. Infine, ma non ultima per importanza, alla revisione della inabilità.

Si è avuto modo di verificare sul territorio lombardo come alcuni aspetti connessi alle valutazioni medico legali ex art. 2 della legge 222/84, nel corso degli anni si sono rivelati alquanto distanti da una interpretazione univoca ed inequivocabile, quale la lettera della legge stessa invece presupponeva. Ed è emersa l'opinione che hanno contribuito a ciò, per un verso, le diversificate giurisprudenze consolidate nei vari ambiti giudiziari nel corso di questi anni, per l'altro, i progressi che negli stessi anni ha compiuto la clinica medica nel trasformare, a volte radicalmente, i profili prognostici di alcune patologie, un tempo assai sfavorevoli.

Due sono stati gli indirizzi operativi con i quali i nostri medici hanno inteso apportare il loro contributo di analisi e di proposta ai lavori conclusivi della Conferenza di dicembre:

- a) Analisi qualitativa e quantitativa del prodotto inabilità in regione;
- b) Formulazione di eventuali proposte modificative o integrative della legge.

Rispetto al primo indirizzo, in analogia con i contributi apportati anche dalle altre Regioni in occasione delle riunioni di Consulta di giugno e novembre, si è posta l'attenzione sui comportamenti valutativi in tema di inabilità nelle varie realtà provinciali della Regione. Si sono presi a base statistica i dati riguardanti la produzione dell'intero anno 2001 e sono state create due tabelle numeriche (la tabella A e la tabella B, che seguono), relativamente alle quali sono stati disegnati i quattro grafici illustrativi, cui si rimanda.

Le Sedi (le provinciali comprendenti anche le proprie Agenzie sub-provinciali) sono state identificate solo con un numero.

Per ciascuna Sede, la tabella A riporta in valori assoluti la distribuzione territoriale delle inabilità accolte nell'anno 2001, con riferimento ai vari gruppi nosologici e al totale delle pratiche definite. Sempre la tabella A indica nella sua ultima riga, in valori percentuali, il rapporto tra pratiche accolte e definite.

La tabella B riporta la risultante distribuzione percentuale degli accoglimenti, secondo i vari gruppi nosologici. Tutti i dati derivano dalla procedura automatizzata GASAN.

I due grafici "a torta" rendono visive, in valori percentuali, la terzultima e la penultima riga della stessa tabella A.

Il grafico ad istogramma monocoloro rende visivamente l'ultima riga della medesima tab. A.

Il grafico ad istogramma variegato *a pila* si riferisce esclusivamente alla tabella B, che è tutta di tipo epidemiologico e rende l'idea della ulteriore distribuzione percentuale - in ciascuna Sede e secondo i canonici raggruppa-

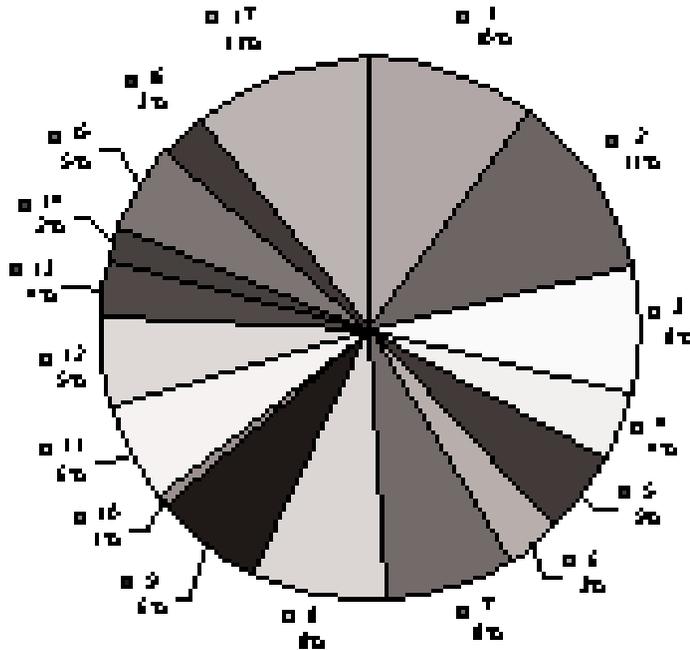
Tabella A - Inabili in Regione Lombardia anno 2001 - Casi accolti, in valori assoluti

Sede Gruppo Nosologico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Tot.
01-23 Malattie infettive e parassitarie	38	2	1	0	2	1	5	1	2	0	1	7	0	1	0	0	6	67
24-61 Tumori	62	31	21	12	15	10	14	14	20	3	17	25	11	10	18	13	42	338
62-79 M. allergiche, endocrine e metaboliche	7	3	3	1	1	1	6	4	2	1	3	1	2	0	1	1	2	39
80-83 M. del sangue e organi emopoietici	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
84-94 Turbe mentali, psiconevrosi	82	10	38	22	31	11	24	21	40	10	64	26	30	3	43	4	27	486
95-132 M. del sist. nervoso e org. dei sensi	26	16	10	13	13	12	16	8	12	4	17	13	10	5	13	1	15	204
133-162 M. cardiocircolatorie	5	11	7	5	4	2	4	8	0	0	2	6	3	2	5	1	4	69
163-181 M. dell'apparato respiratorio	1	1	0	0	0	1	0	0	2	0	1	2	1	0	0	0	3	12
182-205 M. dell'apparato digerente	5	3	4	5	0	0	1	5	1	0	1	4	2	2	0	0	5	38
206-223 M. dell'apparato genito-urinario	5	2	0	0	1	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	13
225-230 M. della pelle	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
231-249 M. delle ossa e dell'app. locomotore	2	0	2	1	4	0	0	0	0	1	1	1	0	0	5	0	2	20
250-257 Malformazioni congenite	3	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	8
259-285 Accidenti, avvelenamenti, traumi	14	4	8	3	1	2	1	4	0	0	3	2	0	2	0	2	1	47
TOTALE INABILI	250	83	96	63	72	40	71	68	83	19	110	88	59	26	85	22	108	1343
TOTALE PRATICHE DEFINITE	2143	2297	1580	880	1008	696	1565	1721	1349	180	1225	1082	747	435	1130	567	2247	20852
PERCENTUALE INABILI SU DEFINITE	11,67	3,61	6,08	7,16	7,14	5,75	4,54	3,95	6,15	10,56	8,98	8,13	7,90	5,98	7,52	3,88	4,81	6,44

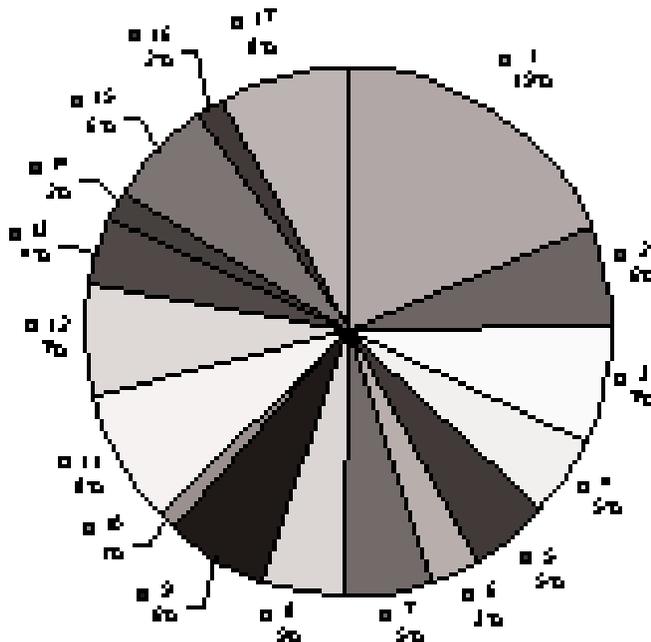
Tabella B - Inabili in Regione Lombardia anno 2001 - Cause nosologiche in valori percentuali

Sede Gruppo Nosologico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	Tot.
01-23 Malattie infettive e parassitarie	15,20	2,41	1,04	0,00	2,78	2,50	7,04	1,47	2,41	0,00	0,91	7,95	0,00	3,85	0,00	0,00	5,56	4,99
24-61 Tumori	24,80	37,35	21,88	19,05	20,83	25,00	19,72	20,59	24,10	15,79	15,45	28,41	18,64	38,46	21,18	59,09	38,89	25,17
62-79 M. allergiche, endocrine e metaboliche	2,80	3,61	3,13	1,59	1,39	2,50	8,45	5,88	2,41	5,26	2,73	1,14	3,39	0,00	1,18	4,55	1,85	2,90
80-83 M. del sangue e organi emopoietici	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
84-94 Turbe mentali, psiconevrosi	32,80	12,05	39,58	34,92	43,06	27,50	33,80	30,88	48,19	52,63	58,18	29,55	50,85	11,54	50,59	18,18	25,00	36,19
95-132 M. del sist. nervoso e org. dei sensi	10,40	19,28	10,42	20,63	18,06	30,00	22,54	11,76	14,46	21,05	15,45	14,77	16,95	19,23	15,29	4,55	13,89	15,19
133-162 M. cardiocircolatorie	2,00	13,25	7,29	7,94	5,56	5,00	5,63	11,76	0,00	0,00	1,82	6,82	5,08	7,69	5,88	4,55	3,70	5,14
163-181 M. dell'apparato respiratorio	0,40	1,20	0,00	0,00	0,00	2,50	0,00	0,00	2,41	0,00	0,91	2,27	1,69	0,00	0,00	0,00	2,78	0,89
182-205 M. dell'apparato digerente	2,00	3,61	4,17	7,94	0,00	0,00	1,41	7,35	1,20	0,00	0,91	4,55	3,39	7,69	0,00	0,00	4,63	2,83
206-223 M. dell'apparato genito-urinario	2,00	2,41	0,00	0,00	1,39	0,00	0,00	1,47	4,82	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,97
225-230 M. della pelle	0,00	0,00	0,00	1,59	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15
231-249 M. delle ossa e dell'app. locomotore	0,80	0,00	2,08	1,59	5,56	0,00	0,00	1,47	0,00	5,26	0,91	1,14	0,00	0,00	5,88	0,00	1,85	1,49
250-257 Malformazioni congenite	1,20	0,00	2,08	0,00	0,00	0,00	0,00	1,47	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,85	0,00	0,00	0,93	0,60
259-285 Accidenti, avvelenamenti, traumi	5,60	4,82	8,33	4,76	1,39	5,00	1,41	5,88	0,00	0,00	2,73	2,27	0,00	7,69	0,00	9,09	0,93	3,50
TOTALE INABILI	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

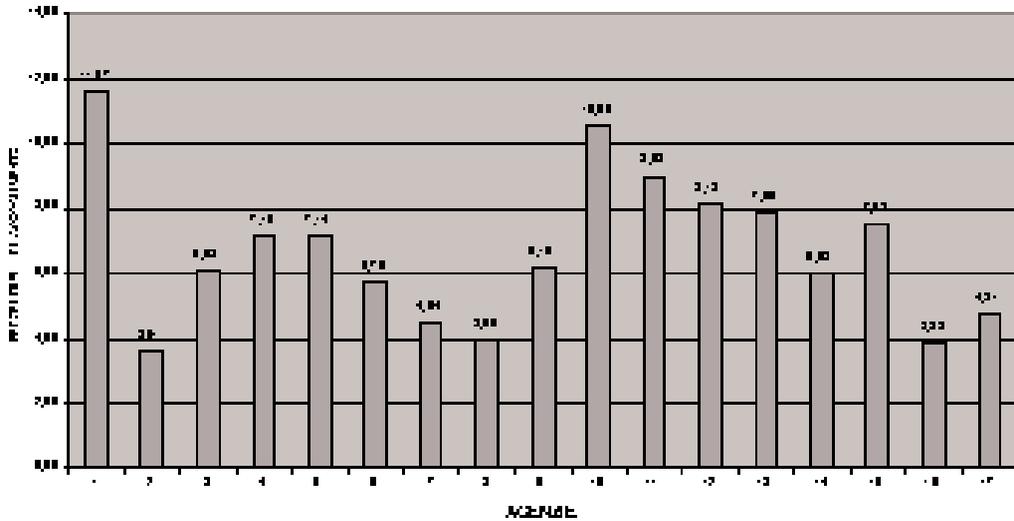
**DISTRIBUZIONE PERCENTUALE TERRITORIALE
DEL TOTALE PRATICHE DEFINITE IN LOMBARDIA
NEL 2001: Da un totale di 20852, come da penultima riga di tab. A**



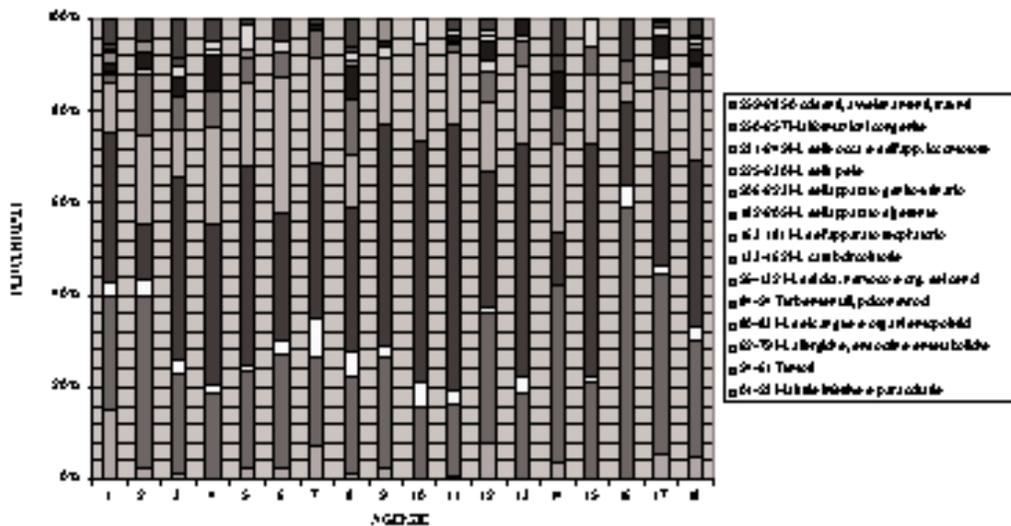
**DISTRIBUZIONE PERCENTUALE TERRITORIALE
DEGLI INABILI IN LOMBARDIA NEL 2001:
Da un totale di 1343, come da terzultima riga di tab. A**



INABILITÀ IN LOMBARDIA NEL 2001: PERCENTUALE ACCOLTE SU TOTALE PRATICHE DEFINITE: Ultima riga della tabella A



INABILI IN LOMBARDIA NEL 2001: Distribuzione percentuale nei gruppi nosologici, come da tab. B



menti nosologici - delle varie noxae nosologiche inabilitanti. Si può fare l'immediato raffronto visivo tra i dati di ciascuna Sede e i dati medi regionali, rappresentati nella colonna 18.

Premesso che i dati sopra illustrati (al pari di quanto viene abitualmente fatto in ambito regionale per altri prodotti medico-legali) costituiscono da sempre un'indicazione per il monitoraggio regionale sulla inabilità pensionabile, e sulle attività medico legali della Regione, fra le varie considerazioni possibili, circa variabili esterne, se ne possono evidenziare subito alcune (senza volere approfondire in questa sede). Ad es: Esistono in Lombardia.

a) diversificati carichi di lavoro tra una Sede e l'altra, anche se con bacini di utenza abbastanza equipollenti (e ciò suggerisce l'esistenza di una diversa *cultura* della domanda tra un territorio e l'altro);

b) diversificate incidenze territoriali delle principali patologie inabilitanti (e ciò suggerisce, in qualche modo, anche l'ipotesi di focolai epidemiologici di patologie lavorative, che sarà interessante indagare più a fondo, soprattutto in una regione come la Lombardia, così altamente e specialisticamente industrializzata per differenti aree territoriali).

A conclusione dell'esame di questo primo aspetto dei lavori (quello sulla analisi quali-quantitativa del prodotto inabilità), è stata opinione comune dei colleghi della Lombardia che, in ogni caso, la loro raccolta e analisi deve servire anche da ulteriore stimolo per una sempre più efficace opera di armonizzazione ed omogeneizzazione territoriale dei comportamenti professionali.

Ecco come, a tal proposito, i medici della Lombardia si associano a quanti altri ritengono senz'altro utile e necessario - e, quindi, qui auspicano - il rafforzamento della elaborazione e della **divulgazione continuativa di linee guida valutative**, finalizzate ai giudizi medico legali, proprio mediante, ad es., la pubblicazione (come già fatto per le patologie cardio-vascolari e si sta facendo per quelle respiratorie) di raccolte monotematiche per Apparato o per Gruppo nosologico.

Per quanto concerne il secondo aspetto dei lavori (quello relativo ad una formulazione di eventuali proposte modificative o integrative della legge) l'opinione comunemente emersa in ambito regionale è quella di considerare che, se pure è apparso indispensabile salvaguardare la formula definitiva dello stato di inabilità, così come delineata dall'art. 2 della legge, gli anni finora trascorsi di applicazione (a volte difficoltosa, quando non sofferta) della legge inducono a suggerire l'utilità dell'introduzione del concetto (peraltro emerso in numerosi interventi di altri colleghi del Centro e della periferia) di una, per così dire, *Inabilità transitoria*.

Non è negabile, infatti, che i medici di Istituto attraversano un notevole travaglio nel valutare quei soggetti i quali sono affetti da patologie senza dubbio inabilitanti, ma la cui criticità *assoluta e permanente* nei confronti

della capacità di lavoro è con buona probabilità (o auspicio!), destinata a diminuire (quando non ad azzerarsi) in relazione sia a più moderne tecniche terapeutiche medico-chirurgiche oggi disponibili, sia a possibilità di interventi di recupero riabilitativo, funzionale, sociale e, quindi, anche occupazionale.

In altre parole, l'opinione comunemente emersa in Lombardia è quella della sensazione di un *vuoto previdenziale* tra la protezione della inabilità assoluta temporanea, intesa come malattia, tutelata dalla apposita assicurazione, e la inabilità assoluta e permanente di cui all'attuale articolo 2 della legge 222/84. E tale vuoto può essere individuato, appunto, nella attuale mancanza di tutela di stati inabilitanti che qualcuno ha già da tempo definito come *malattie di lunga durata*.

A dare conforto a tale convincimento sovviene, del resto, la comune normativa contrattuale dei nostri tempi, che prevede il cosiddetto *licenziamento per superamento del periodo di comperto*, periodo fissato per lo più sui 180 giorni.

Oggi, cioè, il lavoratore lungamente ammalato rischia di restare al contempo privo del lavoro e privo di tutela previdenziale.

A corollario delle argomentazioni che precedono, emergono dal dibattito lombardo, quindi, anche tre altri aspetti, interconnessi fra loro, che, parimenti, dovrebbero essere presi in considerazione e introdotti a modifica della norma. Si segnalano di seguito solo schematicamente:

- a) attenuazione del vincolante aspetto valutativo della *permanenza*;
- b) revisionabilità *condizionata* (e, quindi, mirata a casi di c.d. lunga malattia) degli stati di inabilità;
- c) abolizione dell'obbligo di licenziamento (o cancellazione da elenchi anagrafici finalizzati al lavoro) del soggetto giudicato inabile: cioè congelamento, in qualche modo, del suo posto di lavoro, con la garanzia della reintegrazione nel medesimo al verificarsi della cessazione della condizione inabilitante *ai sensi di legge*.

Marche

Giovanni PUNZO

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Ancona

Si cercherà di illustrare in maniera concisa l'esito dell'incontro effettuato tra i medici della Regione Marche per discutere sui problemi inerenti l'evoluzione dottrinario-giurisprudenziale dell'art. 2 della L. 222/84, come da invito del C.G.M.L. del 17.9.2002.

Non si ripropongono rilievi statistici riguardanti i risultati applicativi regionali in quanto già visionati nel corso della precedente riunione e non meritevoli di particolari commenti. Infatti la Regione Marche si posiziona nella media nazionale per i vari aspetti del fenomeno considerato.

L'attenzione maggiore è stata portata sui problemi generali che oggi investono la gestione dell'inabilità.

I punti di criticità nell'applicazione operativa della norma, menzionati nella precedente relazione del Dott. Cattani, sono comuni a tutto il territorio nazionale, e perciò non potevano mancare nella nostra Regione.

In particolare hanno offerto maggiori spunti di interesse le seguenti problematiche:

- 1) Inabilità e morte improvvisa o immediata
- 2) Inabilità e revisione (o soppressione del diritto- Cassazione 10033/91)

Riguardo al 1° punto, i medici delle Marche ritengono ancora valido il principio, ribadito con precedenti chiarimenti del C.G.M.L., che bisogna in ogni caso accertare il requisito delle "permanenza" dello stato inabilitante, la quale perciò non può essere ristretta in un arco temporale di ore o di giorni connotato da una rapida evolutività clinico-prognostica e interrotto dalla morte, prima ancora cioè che vengano a stabilizzarsi le condizioni che possano configurare gli estremi richiesti dalla legge. Ciò senza trascurare la particolarità di situazioni imprevedibili, a volte fonte di valutazione problematica.

Riguardo al 2° punto, si ritiene che non possano essere impartite direttive univoche. Non si può cioè eludere la possibilità prevista dalla normativa con sistematicità; né d'altronde se ne può consigliare un'applicazione altrettanto sistematica o comunque eccessiva. L'atteggiamento generalmente adottato e incoraggiato nel nostro territorio è di fare un uso estremamente parsimonioso della revisione, utilizzandola solo laddove vi sono concreti e fondati elementi di previsione di mutamenti delle condizioni biologiche e/o occupazionali dell'assicurato, piuttosto che in forma di tutela per l'incertezza del giudizio diagnostico-valutativo.

Il confronto con tutti i medici della Regione, avvenuto in data 4 ottobre 2002, ha visto la partecipazione attiva e l'interesse di tutti i medici, che hanno trovato di particolare interesse la discussione ed hanno proposto, su invito del coordinatore regionale, varie linee d'intervento, le quali si possono raccogliere in due filoni principali:

- 1) Proposte a livello operativo
- 2) Ipotesi di interventi a livello normativo.

1) IMPEGNI OPERATIVI

Premessa la sufficiente omogeneità dei comportamenti medici conseguita sul territorio regionale, si ravvisa la necessità di mantenere il rigore dell'iter diagnostico-valutativo, al fine di offrire all'esterno un prodotto affidabile per la sua qualità professionale e validamente impugnabile in corso di procedura giudiziaria.

Il ricorso a protocolli diagnostici-valutativi è ritenuto opportuno in quanto strumento in grado di dare visibilità e logica al provvedimento adottato, nonché garanzia di standardizzazione e omogeneizzazione del procedimento.

Ci si aspetta in tal senso l'intervento del C.G.M.L.

Altro intervento da rafforzare è la collaborazione coi C.T.U., nel senso di stabilire con essi un rapporto di serena discussione, illustrando con dovizia di particolari la logica dell'operato del medico INPS, gli elementi valutati nella decisione finale, spiegando - ove fosse necessario - la ratio e le caratteristiche della norma di legge. Il tutto in modo da contribuire alla "formazione" di una mentalità valutativa che, per la sua peculiarità e specificità è spesso estranea anche a titolati consulenti esterni.

Naturalmente ciò richiede notevole dispendio di risorse e un non piccolo sacrificio a livello del personale medico. L'intervento in sede giudiziaria dovrebbe essere poi perfezionato e completato con accessi presso il giudici, sia verbalmente che per iscritto mediante puntuali (e direi puntigliose) deduzioni medico-legali dettagliate e documentate, corredate di logiche ineccepibili.

L'adozione sistematica di tale impegno potrà dare, magari in un lasso di tempo non breve, risultati significativi ai fini dell'affermazione all'esterno

dell'Istituto di un indirizzo valutativo che finora è stato evidentemente condiviso in modo saltuario, e qualche volta anche contestato, vuoi per ignoranza di alcune peculiarità normative, vuoi per preconcetti ideologici, vuoi talvolta- per atteggiamenti di sufficienza se non di aperta presunzione.

2) IPOTESI DI PROPOSTE A LIVELLO NORMATIVO

È da registrare, a questo proposito, un insieme variegato di suggerimenti, che possono essere ricondotti ad alcune linee principali che si esplicitano di seguito.

A - contemplare una tabellazione di patologie gravi a cui collegare il riconoscimento dell'inabilità una volta verificato che l'assicurato ne sia portatore.

La proposta sembra suggerire una facile e inequivocabile soluzione al problema, tuttavia non è accettabile la scorciatoia fra una patologia e la valutazione dell'inabilità, senza passare attraverso il vaglio dell'incidenza sulla capacità produttiva e neanche del danno biologico risultante, sopprimendo così la caratteristica della personalizzazione del giudizio – elemento peculiare e distintivo della norma – e lasciando invariati gli inconvenienti che caratterizzano l'uso di tabelle (completezza, rigidità, ambiguità, uso distorto etc.).

B - Riferimento al danno biologico come componente quantitativa minima per procedere alla valutazione.

Questa proposta ha riscosso un consenso sufficientemente ampio, tanto da dare adito ad una lunga discussione sull'opportunità di servirsi di questo parametro. Molti medici infatti ritengono operazione non scorretta servirsi di un elemento obiettivo, pressoché unanimemente accettato in campo dottrinario e giudiziario, che attualmente si va affermando in vari ambiti di intervento assicurativo-previdenziale.

Il danno biologico costituirebbe l'elemento unificatore dei diversi momenti di valutazione del danno alla persona e perciò sarebbe utilizzato anche in ambito previdenziale come "base" di partenza sulla quale poi articolare gli altri momenti dell'iter valutativo che portano al riconoscimento o meno dello stato inabilitante (*Il danno biologico come "prerequisito"*).

Non sono mancate obiezioni anche a tale ipotesi, quali: la **relativa facilità nel raggiungere elevate percentuali di danno biologico per sommatoria di modeste patologie multiple**; al contrario la non considerazione di patologie rilevanti sul piano funzionale ma lievemente al di sotto di una determinata soglia di riferimento; la **possibilità di un uso incongruo di tale danno percentualizzato da parte di non esperti** (es. con equivalenza senza altri passaggi intermedi fra danno biologico riconosciuto e sussistenza di inabilità) etc.

C - Ipotesi di proposta tendente a concretizzare la valutazione, escludendo la considerazione di attività lavorative solo teoricamente o ipoteticamente eseguibili.

In tal caso la formulazione dell'art. 2 della legge 222 dovrebbe ricalcare quella dell'art. 1 in questo modo: "si considera inabile... (omissis) l'assicurato... (omissis) la cui capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle sue attitudini sia ridotta...(omissis) del 100%". Questa formulazione della definizione dell'inabilità avrebbe il solo scopo di porre dei confini al ventaglio delle occupazioni effettivamente possibili per l'assicurato, al di là di pure astrazioni teoriche, venendo in tal modo incontro ad alcune richieste del mondo dottrinario e giurisprudenziale; tuttavia non garantisce lo sconfinamento interpretativo verso la "proficuità" del lavoro inteso in senso costituzionale, il cui riferimento giudiziario porta inevitabilmente ad abbassare sostanziosamente la soglia del danno psico-fisico richiesto per realizzare il riconoscimento dell'inabilità.

D - Ancora un'ipotesi propositiva.

Un altro modo di dare concretezza alla valutazione sarebbe quello, restando invariata l'attuale formulazione della legge, di indicare nei soggetti non ritenuti inabili una rosa di attività esercitabili con produzione di reddito, sebbene ridotto. Il giudizio a questo punto dovrebbe essere espresso da una équipe di cui faccia parte anche un operatore sociale che indicherebbe con cognizione di causa le reali possibilità lavorative offerte dal mercato del lavoro, anche nelle sue nicchie occupazionali, in rapporto alle ridotte potenzialità lavorative dell'assicurato, servendosi all'uopo di tabelle ergonomiche relative alle più diverse attività lavorative. Questa ipotesi certo va nel senso di una reintegrazione del lavoratore menomato nel mercato del lavoro, e più genericamente verso un'evoluzione dell'intervento previdenziale nella tutela sociale del lavoro. Appare comunque poco realizzabile in tempi ragionevoli una così sostanziosa modifica della procedura di accertamento dei requisiti di legge, anche per l'intervento di più soggetti politico-sociali da coinvolgere nell'operazione.

Molise

Giuseppe TRIVISONNO

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Isernia

E sporrò in questa relazione, oltre al mio personale pensiero nei riguardi del tema in esame, anche i risultati emersi dal confronto con i colleghi della regione Molise nella Conferenza Regionale per l'inabilità, alla quale hanno partecipato tutti i Dirigenti Medici in forza ai C.M.L. Regionali.

In quell'occasione, all'apertura dei lavori, ho riferito ampiamente sulle tematiche dibattute nel corso della riunione tenutasi a Roma il 27 giugno u.s., e segnatamente sulla relazione introduttiva, svolta dal Dr. Cattani, responsabile centrale delle invalidità, ed incentrata sulle problematiche connesse con la inabilità pensionabile, ex art. 2 legge 222/84, e sugli interventi successivi da parte dei vari coordinatori regionali e delle aree centrali.

In merito agli aspetti operativi devo sottolineare il modello organizzativo che da sempre abbiamo attivato nel Molise. Quasi tutti i casi relativi a domanda di P.O.I. e segnatamente quelli di particolare rilevanza clinica e medico legale o di particolare interesse scientifico vengono discussi e approfonditi in sede di "Conferenza Medica".

Devo dire che in sede di "Conferenza Medica" si sono consolidate e cristallizzate delle linee guida condivise, finalizzate soprattutto alla omogeneizzazione dei giudizi medico legali per tutto l'ambito territoriale regionale.

Lo stesso modello organizzativo lo abbiamo attivato anche in altri settori di attività, ad esempio nel contenzioso giudiziario, con risultati soddisfacenti.

Preliminarmente devo dire che l'iniziativa del Coordinamento Generale Medico Legale relativa alla istituzione della Consulta Nazionale per la inabilità, sia pienamente condivisibile in quanto può essere soprattutto la sede istituzionale di confronto centro-periferia sulle principali problematiche connesse alla inabilità pensionabile.

Mettendo da parte pregiudiziali o astratte paure di aperture al nuovo, personalmente devo ribadire che la legge 222/84 è una buona legge, che può essere solo integrata e aggiustata.

Per quanto riguarda gli indici di accoglimento della inabilità nella nostra regione, devo dire che siamo in linea con i dati nazionali che si sono sostanzialmente stabilizzati negli ultimi anni; lo stesso discorso vale per la distribuzione percentuale per patologie.

Abbiamo detto che la legge 222/84 è tuttora una buona legge, anche se fin dall'epoca della sua promulgazione, suscitò il timore che la sua applicazione fosse viziata da un eccessivo rigorismo legato alla definizione normativa della inabilità, indubbiamente categorica e restrittiva nella lettera della legge.

Devo dire che l'Istituto, fin dai primi mesi dell'entrata in vigore della legge, è più volte intervenuto sull'argomento chiarendo ripetutamente che la inabilità doveva corrispondere alla "esistenza di una menomazione somato-psichica, di durata non prevedibile nel tempo, determinante una assoluta incapacità a disimpegnare qualsiasi generica attività produttiva, fermo restando che il soggetto può conservare una residua efficienza purché in misura talmente esigua da non poter essere utilizzata per fini remunerativi".

Del resto io credo che mai a nessuno di noi, né prima né tantomeno oggi, è venuto in mente di circoscrivere il riconoscimento dello stato di inabilità ai soli casi in cui la compromissione biologica coincide con una totale inettitudine.

Devo a questo punto fare una doverosa sottolineatura sull'intervento del Dott. Piccioni (di giugno u.s.) incentrato sulla "inabilità ieri e oggi", con argomentazioni pienamente condivisibili.

Il Coordinatore dell'Area Centrale della Specialistica ha dottamente puntualizzato che nel dibattito in corso sulla inabilità non si può non tenere conto della storia della malattia, intesa come concetto dinamico e non statico.

Del resto basta pensare ai protocolli oncologici, alla trapiantologia, alle prognosi modificate (vedi AIDS) negli ultimi anni, per rendersi conto che questo dinamismo va tenuto nel debito conto, anche alla luce del ruolo della medicina specialistica nel riconoscimento della inabilità.

A proposito di alcune problematiche o aspetti della legge 222/84 quali

- la malattia lunga;
- l'istituzione della revisione sanitaria;
- le perplessità interpretative ribadite dalla Cassazione in numerose pronunce sulla inabilità;
- inabilità assoluta permanente di probabile breve durata a tante altre, alcune delle quali rappresentano questioni aperte da risolvere in sede legislativa devo riferire che si è svolto un ampio dibattito con l'intervento di tutti i dirigenti medici ognuno dei quali ha fornito il proprio contributo segnatamente su alcuni aspetti delle criticità elencate nella relazione Cattani, dibattito che

è stato senza dubbio molto proficuo e produttivo, sia per l'interesse che ha suscitato che per le tematiche trattate.

Da esso abbiamo tratto le seguenti conclusioni:

- La legge 222/84 è tuttora una buona legge; in particolare l'attuale definizione normativa dell'articolo 2 è tuttora valida; alla luce delle argomentazioni da tutti esplicitate, eventuali interventi legislativi, pur necessari, dovranno essere integrativi e non modificativi.

- Sul piano operativo, nella nostra realtà regionale, aspetti di criticità hanno trovato, a nostro avviso, proposte e soluzioni in sede di "Conferenza Medica" come ampiamente illustrati nella presente relazione e negli allegati.

Riporto ora in particolare il pensiero espresso dai colleghi Dr. Valerio Cusani, Dr. Nicola Petrella e Dr. Nicola De Lisio, i quali sono fermamente convinti che la Legge 222/84 è stata senz'altro un aspetto importante della produzione legislativa degli ultimi decenni.

Occorre evitare che tale legge venga modificata, anche per quanto riguarda l'art.2.

Eventuali interventi dovranno essere integrativi e non modificativi (come ad es. si è verificato per la L.335/95 la quale, pur nella sua applicazione largamente incompleta rispetto ai propositi originari, ha integrato la 222 senza modificarne l'impianto).

In linea di massima, come riconosciuto da gran parte della dottrina e della pubblicistica, l'applicazione dell'art. 2 è stata adeguata e rispondente alle aspettative.

L'auspicio principale è il raggiungimento di una sempre maggiore omogeneità dei giudizi valutativi in tutti i Centri Medico Legali del territorio, ciò che è tendenzialmente in corso grazie anche alle iniziative del Coordinamento Generale Medico Legale.

Altro obiettivo di rilievo è il tentativo di contrastare con sempre maggiore efficacia, nell'ambito del contenzioso giudiziario, equivoci in cui incorrono Consulenti Tecnici d'Ufficio poco rigorosi che non infrequentemente ritengono che la inabilità sia "una invalidità maggiorata di qualche punto percentuale" e che la sommatoria di più menomazioni (es. cirrosi epatica compensata + ernia del disco L5 - S1 + insufficienza venosa primitiva non complicata) automaticamente possa integrare i requisiti dell'art. 2.

È necessario, al riguardo, intensificare sempre più la eccellente e recente esperienza di "interfaccia" tra INPS e Università (estendendola anche ad altri centri di ricerca come l'Istituto Italiano di Medicina Sociale).

Comunque, tutti i temi proposti dal collega Cattani nel suo messaggio del 23/07/02 sono meritevoli di attenti approfondimenti.

Circa singoli aspetti del dibattito si espongono le seguenti notazioni:

- **inabilità e morte improvvisa o immediata:** si reitera il noto concetto che l'evento morte non è un rischio tutelato dalla L.222/84: il giudizio di

inabilità non può derivare da eventi iperacuti come traumi o malattie insorte in pieno benessere;

- **impossibilità** a lavoro proficuo ed impossibilità permanente a svolgere qualsiasi attività lavorativa sono due concetti giuridici differenti, disgiunti, e tali debbono restare;

- **inabilità** ed impossibilità a svolgere attività complementari a quella principale: problemi come la difficoltà a raggiungere il luogo di lavoro in linea di massima non rilevano ai sensi del giudizio valutativo di inabilità; meritano, peraltro, attenta considerazione dottrina ai fini preventivi e riabilitativi in un tentativo di rendere sempre più operante la L. 104/92;

- **disabili** inseriti al lavoro tramite cooperative sociali: in linea di massima nulla quaestio dal punto di vista valutativo; tale problema è più rilevante circa l'invalidità; sarebbe utile valutare la possibilità di una visita preventiva presso gli uffici sanitari INPS all'atto dell'inizio del rapporto assicurativo, quantomeno ai fini di preconstituire l'acquisizione di più validi elementi valutativi in caso di successive richieste di prestazioni previdenziali da parte di tali tipologie di assicurati;

- **inidoneità totale al servizio e inabilità**: è imperativo il giudizio medico legale di possibilità di riqualificazione professionale: se ricorre tale ipotesi, l'inidoneo totale al servizio certamente non è inabile;

- **pluralità di patologie e inabilità**: è esperienza comune che per solito l'inabilità deriva da una singola grave patologia; peraltro, va costantemente tenuta in considerazione la possibilità che menomazioni concorrenti possano integrare uno stato di inabilità; si segnala che l'argomento è stato trascurato dalla dottrina (anche in tema di invalidità);

- **inabilità e trattamento dialitico**: il paziente in terapia sostitutiva non è inabile tout-court: la disamina del quadro clinico globale (in particolare del grado di tolleranza della terapia, della entità delle inevitabili complicanze intra- ed interdialitiche, della sindrome uremica, delle patologie concomitanti) orienta il giudizio;

- **inabilità e revisione**: si ritiene utile disporre revisioni nei casi suscettibili di evoluzioni migliorative (ad es. mediante trapianti), anche al fine di verificare *a posteriori* il giudizio valutativo posto.

In particolare il dott. M. Epifanio prende atto dei contenuti della relazione del Coordinatore Centrale dell'Area delle Invalidità - presentata a Roma il 27.06.02 - ove si appalesano le ipotetiche, principali, *incertezze* sottese al fenomeno la cui risoluzione potrebbe derivare dall'acquisizione di tutti i principali dati gestionali del fenomeno da coniugarsi con la disamina della giurisprudenza di merito locale, dei casi limite, ecc.

La consultazione dei lavori parlamentari preparatori alla legge 222 / 1984 (promulgata secondo la raccomandazione espressa il 27.09.66 dal Comitato economico e sociale della CEE) confermerebbe l'interpretazione

autentica dell'esatto *spirito* della stessa e, nella fattispecie, dell'art. 2 che *dice solo* quello che è *scritto* ("...assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa..."), concetti di tipo qualitativo riaffermati più volte anche dalla Cassazione in diverse pronunce riguardanti l'inabilità medesima.

Possibile fonte di *ingiustizia sociale* potrebbe evidenziarsi tra il riconoscimento del diritto alla pensione ordinaria di inabilità negli assicurati (o titolari dell'assegno di invalidità) che sopravvivano qualche giorno o poche settimane ad eventi fatali come traumi cranio - cerebrali, ictus, ecc., a fronte di reiezioni del *titolo* nei soggetti, sfortunati per sè e per i propri familiari, il cui decesso avvenga nell'immediatezza dell'evento medesimo.

In un *diverso* ambito *speculativo* potremmo rinvenire, altresì, soggetti riconosciuti *inabili* nella gestione degli assegni per il nucleo familiare o per una pensione di reversibilità (cerebrolesi, sindrome di Down con una età mentale inferiore a dieci anni) che sarebbero occupabili, inquadrati e retribuiti, nello svolgimento di mansioni semplici e ripetitive, anche, in cooperative sociali (legge 08.11.91 n. 381).

Si potrebbe, inoltre, ritenere *socialmente inaccettabile* l'istituto della *revisione* dello stato inabilitante poiché l'assicurato, a causa del favorevole e generale aumento della sopravvivenza globale, avrebbe possibilità di sopravvivere alla propria malattia, inizialmente a prognosi estremamente sfavorevole, con verosimile probabilità di ritrovarsi a tre - cinque anni dal suo pensionamento definitivamente espulso dal mondo del lavoro - data l'incompatibilità tra attività occupazionale e titolarità della pensione ordinaria di inabilità - anche perché privato del sostegno economico derivante dalla perdita prestazione previdenziale.

L'alto costo sociale ed umano pagato ai tumori maligni impongono il bisogno di ridare *dignità e vita* al *malato oncologico*, facendo tornare quest'*ultimo protagonista della sua esistenza* e non *vittima della malattia* che abitudini sociali, industrializzazione e carente difesa ambientale hanno contribuito, sicuramente, ad incrementare.

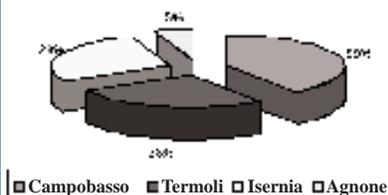
Il rischio assicurato dalla legge 222 del 1984 non è la morte del lavoratore, anche se la criteriologia medico - legale dei tumori maligni non può prescindere dall'approccio prognostico - probabilistico presente in dottrina.

La pensione di inabilità è riconosciuta, generalmente, in presenza di patologie gravissime aventi prognosi infausta in tempi brevi (neoplasie, malattie cardiocircolatorie, malattie degli apparati digerente, genito-urinario, ecc.) e che solo in pochi casi sono accompagnate a prognosi *quoad vitam* buona (malattie psichiatriche, neurologiche, ecc.).

Esiste una diversità delle infermità invalidanti, costituite in genere da un complesso di patologie per ogni singolo caso, mentre quelle "produttive di inabilità" quasi sempre bastano da sole a determinarla.

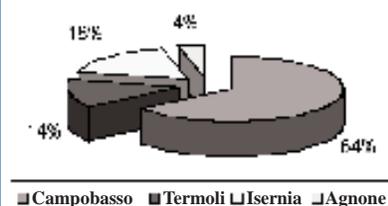
La formulazione del giudizio medico-legale di inabilità deve comportare una assoluta e salda scienza e coscienza medico-legale, da coniugarsi con un impegno critico e deontologico elevati, scaturenti dalla necessità di valutare gli elementi, a volte incerti, della gravità intrinseca della malattia con la sua inemendabilità, la prognosi infausta a breve o lunga scadenza, il quadro psicopatologico del soggetto, ecc.

Domande accolte



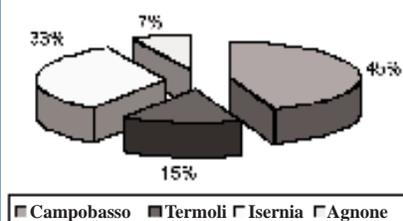
Domande accolte	Campobasso	16
	Termoli	11
	Isernia	11
	Agnone	2
	Totale accolte	40

Domande respinte



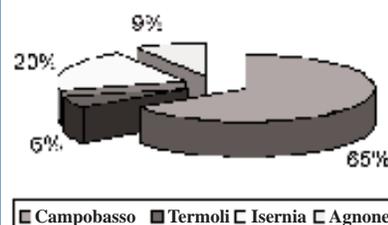
Domande respinte	Campobasso	140
	Termoli	30
	Isernia	38
	Agnone	8
	Totale respinte	216

Domande accolte



Domande accolte	Campobasso	12
	Termoli	4
	Isernia	9
	Agnone	2
	Totale accolte	27

Domande accolte



Domande respinte	Campobasso	179
	Termoli	7
	Isernia	24
	Agnone	11
	Totale respinte	121

Toscana

Maria Grazia CUCURNIA

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Firenze

Il problema è stato affrontato dopo un preliminare esame dei dati della Regione. Sono state esaminate le domande per pensione di inabilità degli anni 1999-2000-2001 facendo un raffronto con i dati nazionali fornitici dal Coordinamento Generale Medico Legale.

Questo per valutare eventuali spostamenti “patologici” e studiarne le cause. Si è potuto vedere che l’andamento delle domande di inabilità (comprensive sia della sola inabilità sia della inabilità con invalidità in subordine che rappresentano la maggioranza) ha subito un, se pur non marcato, aumento dal 1999 al 2001 con un contenuto calo nel 2000, mentre i giudizi di accoglimento mostrano una progressiva lieve inflessione dal 1999 al 2001 (Tabella 1 e 2).

Lo studio delle singole patologie è stato condotto esaminando i giudizi espressi dai sanitari dell’Istituto tratti dalla procedura Gasan .

Le patologie preminenti nelle domande sono risultate essere la patologia tumorale e quella dell’apparato locomotore (questo in quanto le maggior parte delle domande riguarda anche la invalidità in subordine) seguite dalla patologia cardiocircolatoria, patologia del SNC e turbe mentali (Figure 1, 2, 3, 1a, 2a, 3a).

Come giudizi di accoglimento troviamo al primo posto la patologia tumorale, seguita dalla patologia del SNC, poi dalla cardiocircolatoria e da quella psichiatrica. Questa ultima appare in costante progressivo aumento, sempre più vicina ai giudizi di accoglimento per la patologia del SNC. Nel 2001 la patologia psichiatrica ha addirittura superato, come accoglimento, quella cardiocircolatoria.

Nel corso di questi tre anni si è visto, a fronte di un incremento di domande per tumori e turbe mentali, una diminuzione dell’accoglimento per i tumori e

Tabella 1

INABILITÀ - DATI REGIONALI TOSCANA			
Totale giudizi su domande di inabilità			
Patologie	1999	2000	2001
AIDS	59	57	64
TUMORI	1299	1308	1431
ENDOCRINO	199	166	196
TURBE MENTALI	305	308	333
S.N.C.	353	338	375
S.N.P.	70	73	59
SENSI	124	136	145
CARDIOCIRCOLATORIO	988	915	944
RESPIRATORIO	118	112	103
DIGERENTE	207	227	222
GENITOURINARIO	108	112	128
LOCOMOTORIO	992	877	1047
TRAUMATISMI	189	175	183
ALTRE	170	123	83
N.P.	1	2	
TOTALI	5182	4929	5313

Tabella 2

INABILITÀ - DATI REGIONALI TOSCANA			
Totale giudizi di accoglimento di inabilità			
Patologie	1999	2000	2001
AIDS	13	11	9
TUMORI	507	497	464
ENDOCRINO	13	11	7
TURBE MENTALI	47	61	76
S.N.C.	97	102	98
S.N.P.	15	21	16
SENSI	12	6	14
CARDIOCIRCOLATORIO	78	62	52
RESPIRATORIO	6	10	14
DIGERENTE	28	25	28
GENITOURINARIO	20	18	22
LOCOMOTORIO	12	12	8
TRAUMATISMI	23	23	25
ALTRE	14	14	10
TOTALI	885	873	843

un aumento di accoglimenti per la patologia psichiatrica. A fronte di un lieve incremento di domande per patologia del SNC si è osservato un lieve calo dell' accoglimento. Per il cardiocircolatorio si è avuta una diminuzione dell' accoglimento di un certo rilievo con un numero praticamente stazionario - spostamenti solo di poche unità - delle domande (Figure 4, 5, 6, 4a, 5a, 6a).

Tale andamento rispecchia invero quanto emerge dalla pratica clinica: miglioramento prognosi patologia tumorale e patologia cardiocircolatoria (innovazioni in ambito terapeutico) . Anche per il SNC si può ipotizzare una riduzione legata al miglioramento delle tecniche riabilitative. In accordo con il dato clinico il progressivo aumento delle malattie mentali.

A livello delle singole province si è potuto rilevare un trend sovrapponibile a quello regionale, senza apprezzabili significativi spostamenti rispetto all' accoglimento suddiviso per patologia. Anche le realtà locali mostrano quindi lo stesso andamento nell' accoglimento per patologie nel corso dei tre anni esaminati.

Solo nella provincia di Arezzo troviamo in tutti e tre gli anni un numero di accoglimento per patologia psichiatrica che supera quello relativo alla patologia del SNC.

Quindi, direi, nessun spostamento " patologico" rispetto ai dati nazionali.

Si è voluto esaminare anche il contenzioso sulla inabilità e non solo dal punto di vista statistico.

I dati statistici sono risultati soddisfacenti nel loro complesso: ma un dato ancor più interessante è emerso dall' esame delle consulenze di ufficio. L' accoglimento maggiore lo si ha in ambito neurologico forse proprio perché è l' ambito in cui il danno funzionale è maggiormente evidente. E qui la mas-

Figura 1
TOTALE GIUDIZI ESPRESSI SU INABILITÀ
ANNO 1999

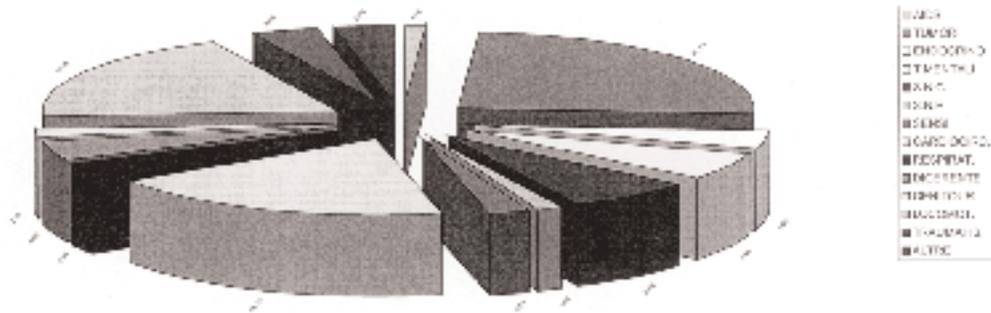


Figura 1a
TOTALE GIUDIZI ESPRESSI SU INABILITÀ
ANNO 1999

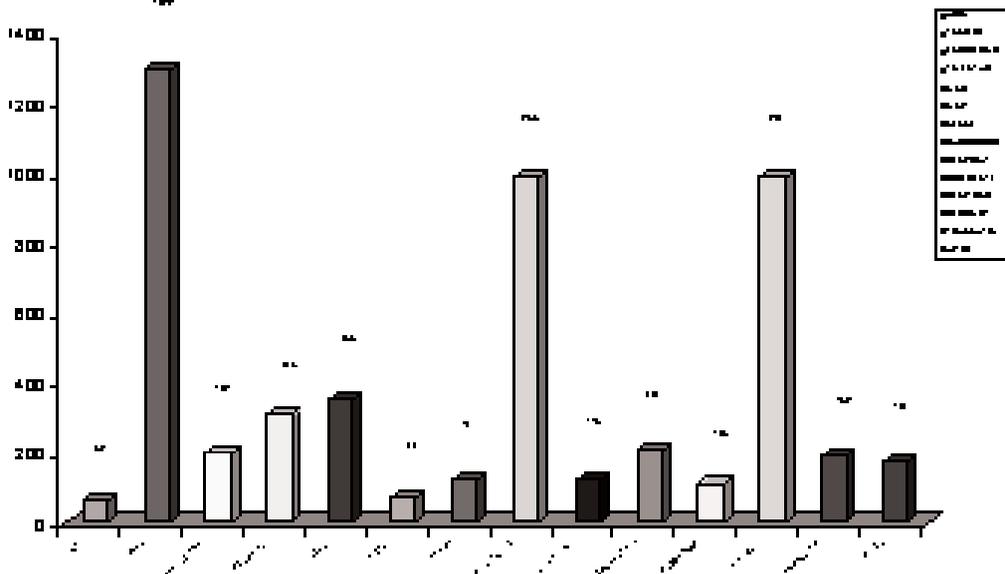


Figura 2
TOTALE GIUDIZI ESPRESSI SU INABILITÀ
ANNO 2000

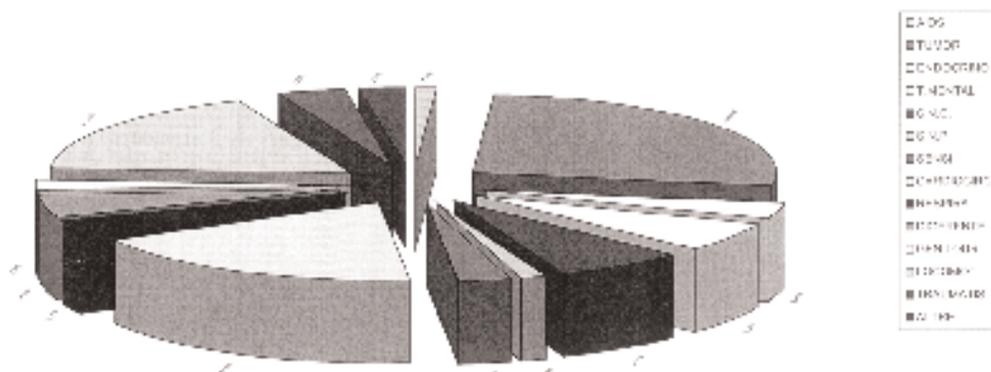


Figura 2a
TOTALE GIUDIZI ESPRESSI SU INABILITÀ
ANNO 2000

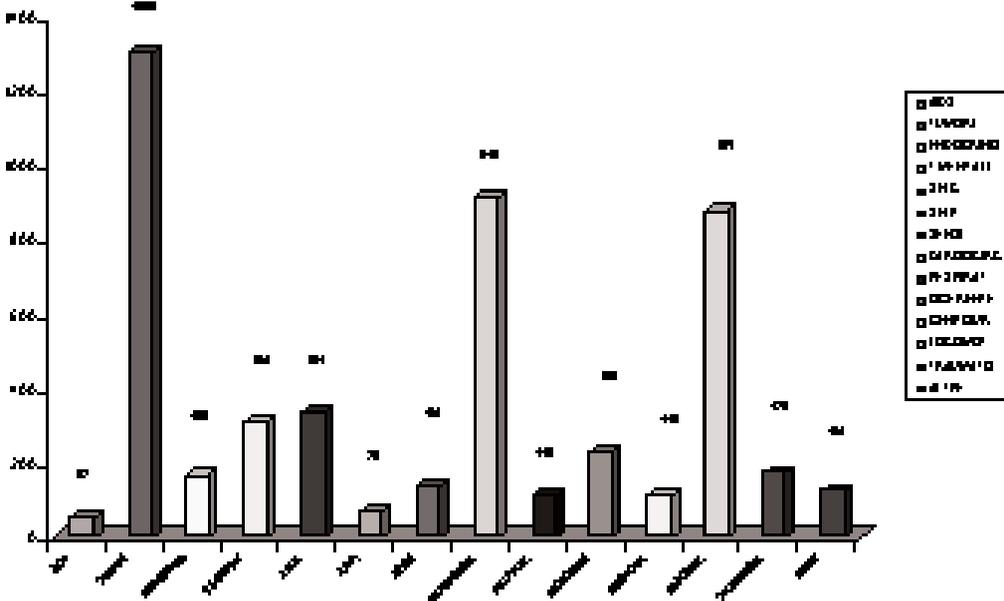


Figura 3
TOTALE GIUDIZI ESPRESSI SU INABILITÀ
ANNO 2001

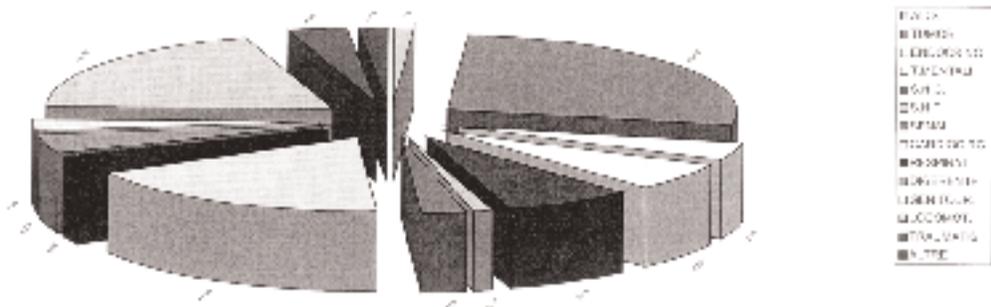


Figura 3a
TOTALE GIUDIZI ESPRESSI SU INABILITÀ
ANNO 2001

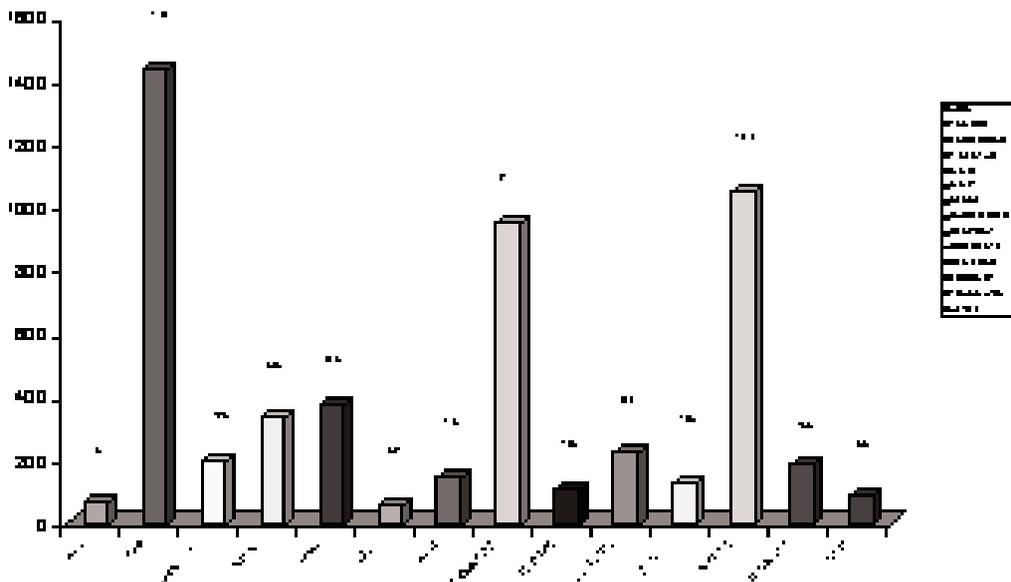


Figura 4
TOTALE GIUDIZI DI ACCOGLIMENTO DI INABILITÀ
ANNO 1999

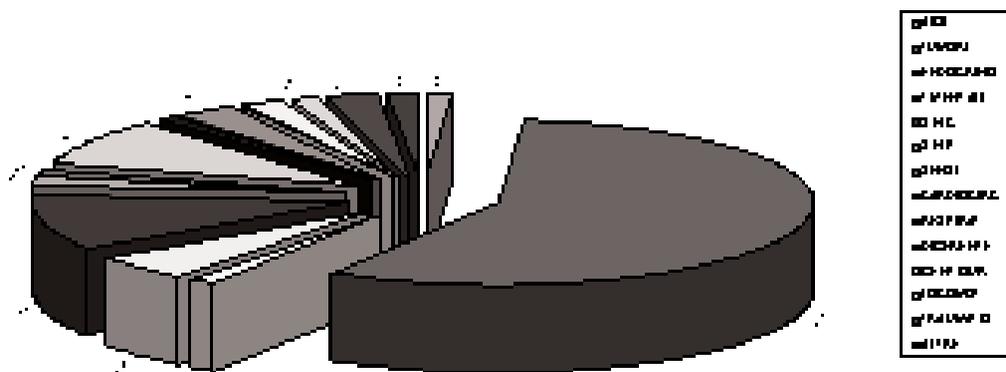


Figura 4a
TOTALE GIUDIZI DI ACCOGLIMENTO DI INABILITÀ
ANNO 1999

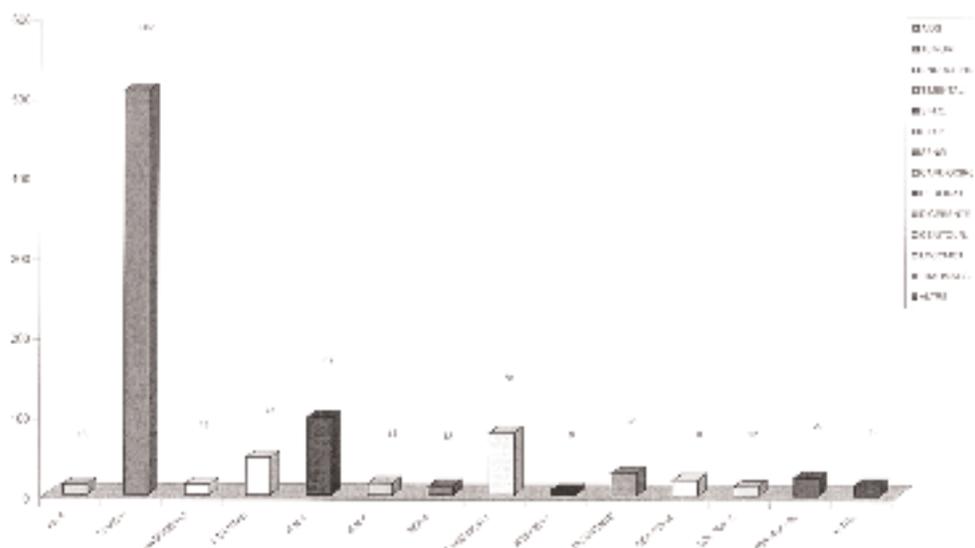


Figura 5
TOTALE GIUDIZI DI ACCOGLIMENTO DI INABILITÀ
ANNO 2000

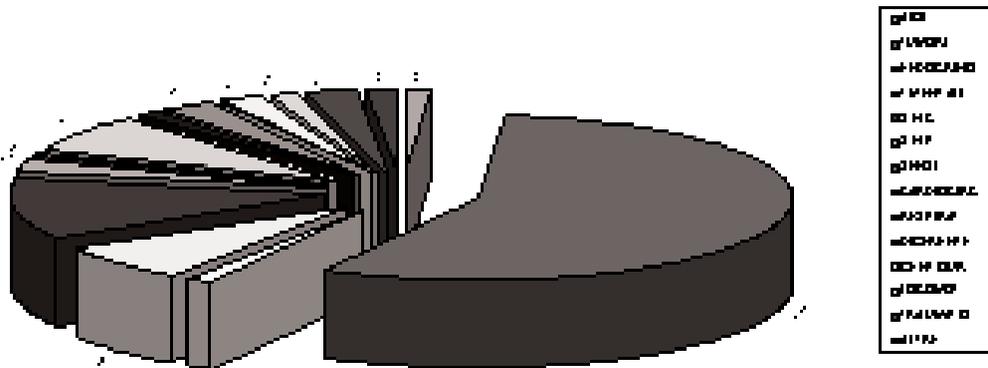


Figura 5a
TOTALE GIUDIZI DI ACCOGLIMENTO DI INABILITÀ
ANNO 2000

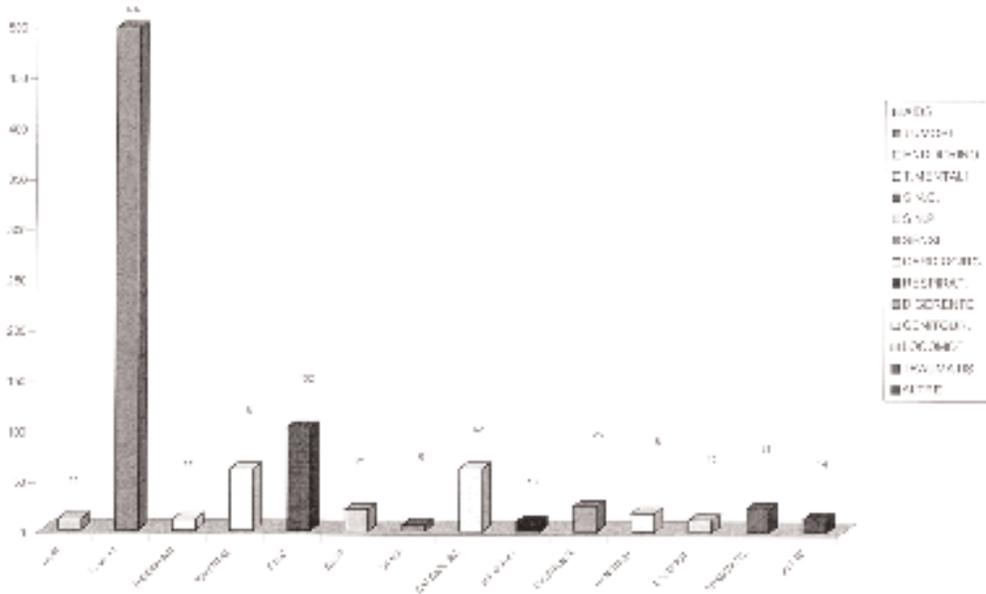


Figura 6
TOTALE GIUDIZI DI ACCOGLIMENTO DI INABILITÀ
ANNO 2001

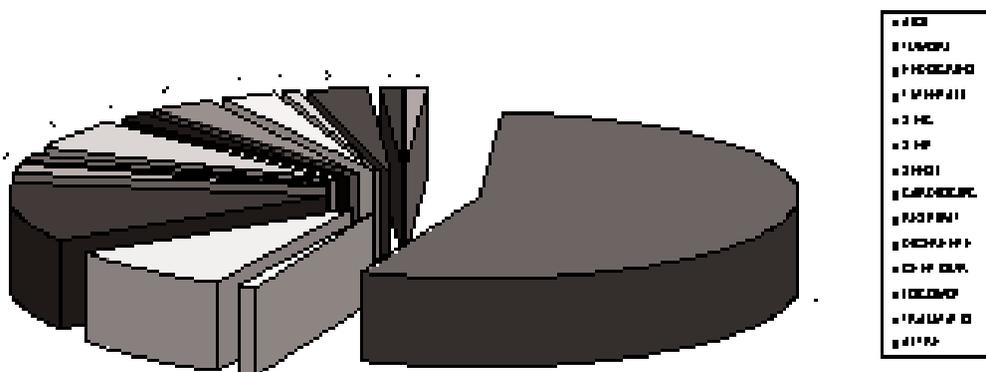
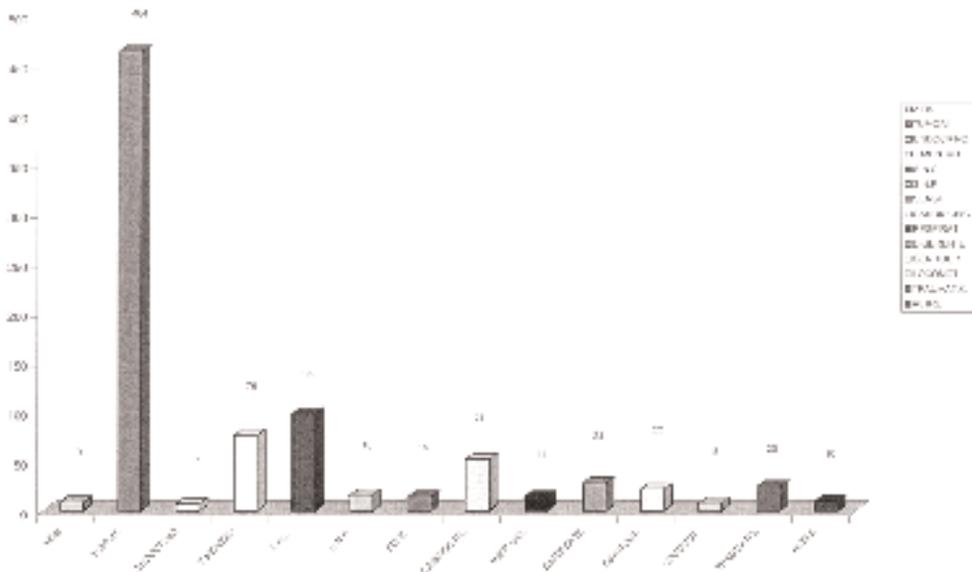


Figura 6a
TOTALE GIUDIZI DI ACCOGLIMENTO DI INABILITÀ
ANNO 2001



sima parte viene accolta con decorrenza originaria, segno che questi casi si riferiscono a quadri stabilizzati (molto spesso di tratta di esiti di incidenti vascolari). Seguono, come percentuale di accoglimento, la patologia tumorale e quella cardiovascolare. In questi casi aumenta la percentuale degli accoglimenti differiti: il che appare comprensibile se si pensa che molto spesso si tratta di patologie che hanno subito nel tempo una evoluzione peggiorativa come può verificarsi sovente nelle cardiopatie o qualora siano sopravvenuti nuovi elementi come può aversi in caso di patologia tumorale per la insorgenza di fatti ripetitivi.

Le malattie psichiatriche, pur presenti in numero assai minore rispetto alle precedenti (tumori 22, malattie neurologiche 21, cardiovascolare 16), solo 7 nel corso di due anni, presentano una percentuale di accoglimento elevata (4 accolte con decorrenza originaria e 1 con decorrenza spostata).

Significativo il dato relativo alla patologia renale (si trattava di tutti casi di insufficienza renale in trattamento dialitico ad eccezione di un caso di trapianto renale) e parlo di significatività in quanto trattasi di uno dei punti segnalati come critico nell'ambito dei giudizi di invalidità.

Orbene si vede come la tendenza dei CTU è quella di non riconoscere la inabilità (6 casi respinti su 7).

Questo breve accenno al contenzioso solo per arrivare a dire che, nonostante le varie pronunce giurisprudenziali, la definizione di inabilità, nel suo complesso, ha trovato conferma e i risultati delle sentenze locali hanno invero convinto della correttezza con cui viene applicata la legge.

Lo studio dell'andamento dei giudizi di inabilità e quanto emerso dagli incontri con i colleghi della Regione, hanno portato in linea di massima a concordare su tale considerazione.

Ma veniamo ad esaminare i punti più controversi, questo in base alle pronunce giurisprudenziali che si sono avute nel corso degli anni.

Direi che tali punti sono rappresentati dal concetto di lavoro proficuo e da quello di attività confacenti.

Sul concetto di lavoro proficuo, salvo qualche isolata voce dei colleghi che poi però è rientrata, l'opinione comune è che si tratti di un concetto non reintroducibile.

È stata una conquista, se così vogliamo dire, avere tolto questo concetto dalla definizione della invalidità, dove aveva assunto il ruolo di un fattore devastante, ed ora lo vogliono introdurre nella inabilità? Assolutamente no.

Esaminiamo le attività confacenti: qui è evidente che una certa confacenza si è portata a valutarla quando esaminiamo un caso di inabilità. Più o meno consapevolmente, forse direi istintivamente, siamo indotti, quando formuliamo il nostro giudizio definitivo, a considerare le professioni svolte dal soggetto, così come anche la età. Questo senza togliere niente alla definizione di legge, ma facendo sì che tali valutazioni costituiscano parte integrante

e inscindibile del giudizio globale finale e non una componente frammentaria che assuma di per sé un valore definitivo o comunque quello di componente valutativa distinta.

Sappiamo tutti che, quando nel formulare un giudizio finale, si codificano per così dire, componenti distinte, si rischia che una di queste assuma un significato “abnormemente” prevalente sulle altre.

Ma nel complesso è stata opinione comune da parte dei medici della regione quella di non vedere la necessità di introdurre questi concetti nella definizione di legge perché porterebbero a togliere alla legge stessa quella che è la sua più peculiare caratteristica e che è stata anche quella che l’ha resa innovativa, ovvero l’aspetto qualitativo che distingue la inabilità dalla invalidità. Non due gradi della stessa invalidità: qualcuno, nella riunione del giugno scorso ha detto che avrebbe visto bene due leggi separate.

Devo dire che non aveva torto. Due leggi separate avrebbero maggiormente sottolineato questa fondamentale differenza ed avrebbero eliminato quei tentativi di considerare la inabilità un 100% di perdita della capacità lavorativa.

Noi riteniamo che la introduzione nella formula di legge del concetto di lavoro proficuo, inteso nella sua corretta accezione, porterebbe al paradosso che sarebbe più facile ottenere la pensione di inabilità rispetto all’assegno di invalidità.

Medesime considerazioni negative sulla introduzione del concetto di attività confacenti, concetto forse giusto se venisse applicato sempre con il dovuto rigore medico-legale, ma estremamente pericoloso se introdotto come formula in quanto, anche in tal caso, si arriverebbe ad una abnorme estensione della prestazione.

Uniformemente negativo è stato il giudizio sulla creazione di tabelle che non risolverebbero, come si è visto in fondo anche in ambito della invalidità civile, i problemi della uniformità. Questo perché difficilmente potremmo formulare delle valutazioni “secche” bensì sempre indicabili nell’ambito di fasce che porterebbe alle medesime problematiche. A meno che non vogliamo fornire, per alcune patologie, dei valori tassativi di valutazione. Ma attenzione, perché si perde anche in questo caso l’aggancio con il caso reale: non è vero che tutti gli emodializzati si trovano nella stessa condizione. Lo stesso cieco è valutabile in misura diversa. Quindi attribuire un 100% a questi quadri non significa che si tratti di un soggetto inabile ai sensi della 222. Qualcuno si è mostrato favorevole a dei protocolli diagnostici valutativi omogeneizzati ma direi una parte minima.

In sintesi l’orientamento generale è stato quello di non modificare una legge che, invero, ha mostrato in linea di massima di funzionare.

Ma non è vero che non ci sono problematiche. Queste si sono delineate nel corso di questi anni e ci hanno creato difficoltà.

Direi che il punto di criticità maggiore è rappresentato da quei casi di patologie ovviamente gravi e per le quali non può ammettersi con certezza - o

almeno con fondata prevedibilità - una guarigione senza esiti importanti nell'arco di un ragionevolmente circoscritto lasso di tempo. Si tratta di casi che, stante la entità del quadro clinico e della menomazione funzionale, ci inducono a formulare un giudizio di inabilità ma nel contempo non ci lasciano tranquilli su una eventuale possibilità migliorativa nel tempo. Sappiamo tutti come negli ultimi anni queste situazioni siano andate aumentando per la *precocità*, se così vogliamo dire, *con cui l'assicurato* che si ammalava di patologia importante *presenta domanda nell'immediatezza della insorgenza o della diagnosi di malattia*, senza attendere un lasso di tempo sufficiente per arrivare ad una stabilizzazione definitiva .

E qui emerge il problema della revisione nella inabilità che io personalmente ho sempre considerato e considero una contraddizione con il concetto di inabilità. Questo in quanto, se arrivo a ritenere perlomeno fondatamente possibile che in un arco circoscrivibile di tempo quella patologia possa migliorare, allora vuol dire che non siamo di fronte ad una inabilità. Se poi volessi considerare i progressi evolutivi della scienza, allora non dovrei mai emettere un giudizio definitivo di fronte alla prospettiva, tutt'altro che infondata, che nuove conoscenze mediche e progressi scientifici, potranno condurre ad innovazioni terapeutiche fino ad una possibile guarigione. Ma devo dire che sotto questo aspetto si verificano invero casi nei quali la opportunità di una revisione può essere inevitabile. Una soluzione alternativa, che talvolta viene adottata in questi casi quando il quadro non convince pienamente, è quello di riconoscere l'assegno di invalidità. In tal modo non si costringe il soggetto ad abbandonare il lavoro per usufruire della prestazione e nel contempo gli si fornisce un sostegno economico. Una alternativa possibile sarebbe la respinta per mancanza del requisito della permanenza. Non sempre questa soluzione è tuttavia applicabile, soprattutto quando la entità del quadro morboso è effettivamente inabilitante e qualitativamente non tale da corrispondere ad una situazione di inabilità assoluta sicuramente risolvibile entro un ragionevole lasso di tempo (cosa che mi farebbe rientrare il caso nella temporaneità e non nella permanenza). La inabilità con revisione, sappiamo tutti, crea grossi problemi in caso di revoca in quei soggetti che, per fruire della prestazione, sono usciti dal mondo del lavoro.

E credo che questo sia il nodo più grosso da sciogliere. D'altronde non può abrogarsi la incompatibilità fra pensione di inabilità e continuità lavorativa in quando sarebbe una contraddizione in termini riconoscere un soggetto inabile e nel contempo permettergli di lavorare.

Quali proposte si possono avanzare? La proposta più immediata è quella di pretendere solo la sospensione del lavoro per un periodo (poi si vedrà la durata più idonea, 3-5 anni) dopo il quale una variazione migliorativa possa essere esclusa con fondata ragionevolezza e solo se tale variazione non si

realizza allora pretendere la cancellazione. In questo caso la revisione sarebbe ovviamente obbligatoria. Molti colleghi sono apparsi orientati in tal senso. Ma è evidente che questa proposta comporta la necessità di mantenimento del posto di lavoro, condizione che, nell'ambito delle prestazioni pensionistiche, non so quanto sia possibile in pratica realizzare.

L'altra alternativa possibile, e forse praticamente realizzabile, ci pare quella di introdurre una integrazione legislativa che prenda in considerazione una nuova prestazione di carattere temporaneo, ovvero una forma di tutela che, pur decorrendo in parallelo e con connessioni con le prestazioni pensionistiche attualmente previste dalla 222, tuttavia sia svincolata da queste.

Ci riferiamo alla possibilità di una forma di tutela che "non sconvolga", per così dire, le prestazioni pensionistiche, nel senso che le definizioni e i concetti di invalidità e inabilità potrebbero, in tal caso, restare immutati.

La introduzione di una prestazione corrispondente ad un periodo di "inabilità temporanea assoluta" sufficientemente lungo da garantire la copertura economica ed il posto di lavoro per soggetti colpiti da patologia di particolare gravità, ma nel contempo non sicuramente priva di possibilità migliorative, verrebbe a sopperire in quei casi dove appunto la prestazione pensionistica non ci lascia, per così dire, tranquilli.

Nel contempo dovrà essere introdotta la incompatibilità fra questa prestazione e quella relativa alle prestazioni pensionistiche, senza possibilità neppure di presentare domanda per queste ultime. Dovrà essere ben chiaro il concetto di una suddivisione fra prestazione pensionistica e temporanea.

Per alcuni colleghi dovrebbe essere allungato il periodo di malattia oggi previsto ed introdotta una "lunga malattia" anche per i lavoratori autonomi in modo da garantire una copertura economica per un lasso di tempo sufficiente ad arrivare alla stabilizzazione della forma morbosa.

A parere di altri, fra i quali la sottoscritta, tale prestazione non dovrebbe invece rappresentare un "allungamento" della malattia oggi prevista nell'ambito delle prestazioni temporanee, ma una forma di "lunga malattia" a parte e concedibile solo in casi particolari.

Solo così potrà evitarsi che si verifichi quanto invero è accaduto in ambito pensionistico. Infatti, in un certo senso anche l'assegno di invalidità aveva lo scopo di "coprire" economicamente il soggetto per un arco di tempo limitato, dando la possibilità alla visita di conferma di rivalutare le condizioni del soggetto. Abbiamo tutti visto le difficoltà incontrate nel non confermare l'assegno in quei casi in cui, esaminato il soggetto a distanza di tempo e constatata una evoluzione prognostica buona a fronte di un giudizio prognostico iniziale incerto, magari anche in costanza lavorativa, la Magistratura ha dato torto all'Istituto solo perché a suo parere non si erano verificate sostanziali modifiche della patologia. E questo è un punto su cui i Pretori del Lavoro non capiscono o non vogliono capire il reale significato di

conferma e lo scopo per il quale in effetti è stata creata questa forma di prestazione.

Invece questo non potrà verificarsi nel caso che venga introdotta una forma di tutela di “inabilità assoluta temporanea” dove sarà stabilito un periodo massimo non rinnovabile . Dopo tale periodo, quando il quadro clinico sarà finalmente definito e valutabile come situazione effettivamente permanente, quella prestazione cesserà e a quel punto il soggetto avrà la possibilità di presentare domanda di invalidità o inabilità dove sussistano i presupposti di legge.

Semmai si dovrà fare attenzione che il ricorso a tale prestazione sia riservato a patologie di particolare gravità e con peculiari caratteristiche e che il riconoscimento sia esclusivo appannaggio dei medici di Istituto. Sotto questo aspetto si potrebbero proporre dei protocolli valutativi o perlomeno delle linee guide che indichino le caratteristiche richieste alle patologie per rientrare in questo tipo di prestazione.

Umbria

Giorgio ORICCHIO

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Perugia

In Umbria l'art. 2 della Legge 222/84 è stato applicato tramite una lettura lineare della norma la quale richiede la sussistenza di una condizione di totale inabilità, ovvero la esistenza di infermità o difetti fisici o mentali che determinino una reale e permanente impossibilità a svolgere una qualsiasi attività lavorativa. Quindi, pur non facendo alcun riferimento alle occupazioni confacenti alle attitudini del richiedente, si è riusciti a dare una interpretazione seria e severa del concetto di inabilità, come richiesta dalla norma e dallo spirito del legislatore.

Occorre infatti ricordare che la 222/84 nasceva dalla necessità di contenere il pesante fenomeno "invalidità"; con la istituzione della pensione di inabilità si era voluto creare una prestazione previdenziale più importante per quei soggetti, realmente e concretamente, costretti a causa di infermità, difetto fisico o mentale, ad uscire dal mercato del lavoro o che comunque si trovassero nell'impossibilità di svolgere anche lavori di tipo generico o ultragenerico.

Tale valutazione è stata operata in Umbria applicando anche il criterio del buon senso ovvero un criterio che, pur rispettando il predetto rigorismo valutativo, nella pratica operativa non ha certo tenuto conto di residuali cascami di validità in riferimento alle singole fattispecie.

Ne è derivato che la gestione dell'inabilità ha trovato localmente un sostanziale accordo valutativo con gli Enti di Patronato; di ciò si ha concreto riscontro nell'assenza di un contenzioso di rilievo.

Da sottolineare a questo punto che il riconoscimento dell'inabilità in maggior percentuale deriva da patologia neoplastica a prognosi infausta. Ciò, nella maggior parte dei casi, rende agevole il riconoscimento della gravità e della permanenza della condizione inabilitante.

Grazie alla precocità della diagnosi e del trattamento terapeutico, talvolta accade che, a distanza di anni, ci venga richiesta la conferma del giudizio di inabilità in soggetti in cui ormai si può ragionevolmente ritenere che il trattamento terapeutico a suo tempo praticato abbia avuto successo (vedi anche esiti favorevoli di trapianti d'organo). Quindi, in questi casi, in assenza di una invalidità etica e di importanti esiti demolitivi del pregresso trattamento terapeutico, sarebbe doveroso rivedere criticamente il giudizio di inabilità precedentemente espresso. Ciò cozza però, specie sul piano umano e sociale, con il fatto che l'assicurato per vedersi liquidare la prestazione era stato costretto dalla legge ad abbandonare il lavoro abituale ovvero a cancellarsi dagli elenchi anagrafici dei lavoratori dipendenti e dei lavoratori autonomi. Tale circostanza crea indubbiamente un disagio valutativo nel medico-legale previdenziale. Disagio che potrebbe essere risolto laddove la norma non prevedesse più, almeno per i primi anni, l'obbligo della cessazione lavorativa; ciò tenendo conto che la prosecuzione lavorativa per le predette o analoghe fattispecie potrebbe rappresentare comunque un'attività usurante.

Valle d'Aosta

Annamaria NIOLA

Dirigente Medico-Legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Aosta

CONSIDERAZIONI STATISTICHE

Le concessioni di prestazioni per inabilità”, rilevate dal 1999 al 2002, fino ad ottobre, in Valle d’Aosta, sono state 93.

Settanta sono quelle erogate secondo la legge 222/84, gli altri casi sono da attribuire a richieste di con titolarità, SO, Fondi speciali ecc.

La patologia che di gran lunga determina il giudizio di inabilità è la oncologica, ben 34 riconoscimenti di cui 11 per neoplasie dell’apparato digerente.

Seguono 11 casi di patologia psichiatrica.

Da rilevare che nella maggioranza dei casi esaminati, **lo stato inabilitante è realizzato da una singola grave patologia**. Tale dato ben si accorda con il principio che lo stato di inabilità viene formulato in presenza di un’infermità grave di per se e a tal punto da rendere talvolta superflua ogni considerazione sull’utilizzo della residua validità del soggetto.

I concetti di validità e di capacità lavorativa di un soggetto si pongono su due piani diversi; essi rappresentano due momenti non sovrapponibili della capacità produttiva dell’uomo; essi, insieme al reddito da lavoro, concorrono a determinare la capacità di guadagno di ogni individuo; l’incapacità lavorativa parziale o totale deve fare riferimento, pertanto, ad un lavoro remunerativo e quindi produttivo di reddito.

Qui si innesta la questione relativa alla “natura” della inabilità: si tratta, cioè, di inabilità al lavoro generico o a quello proficuo?

L’articolo 2 della legge 222/84 **non attribuisce** nessuna etichetta alla attività lavorativa né prescrive che si debba tenere conto della capacità lavorativa generica.

A parere della scrivente, il riferimento della legge alla possibilità o meno di svolgere una attività lavorativa qualsiasi è quella che comunque permette

o meno di utilizzare “produttivamente” la propria idoneità psicofisica; il lavoro generico si identifica più con la validità del soggetto che con la sua capacità lavorativa nella quale è sempre compreso un elemento di redditività.

In realtà una interpretazione molto restrittiva del concetto di inabilità con un riferimento a tutte le attività lavorative possibili, rappresenterebbe un ostacolo alla tutela sociale del più debole e resterebbero esclusi dalla tutela molti malati con patologie a forte impatto sociale, come l'epilettico non responder, il pz. con AIDS ecc., malattie che non annullano la capacità lavorativa ma che, di fatto, non permettono di svolgere qualsiasi lavoro,

La valutazione, quindi, deve riguardare ogni singolo caso, seguire criteri concreti, aver riguardo del possibile impiego delle eventuali energie lavorative residue in relazione al tipo di infermità e alle generali attitudini del soggetto.

Attitudini ampie quanto si vuole ma definite, personalizzate e remunerative, per rendere operante quel “socialmente giusto” che la legge 222, con l'articolo 2, ha inteso offrire e realizzare,

Concludendo: non possiamo nasconderci che il legislatore, nell'84, nella stesura dell'art. 2, non ha esplicitamente aggiunto all'espressione “attività lavorativa” l'attributo “proficua” che, oggi, va rimarcato quale concetto portante, in una società in cui per lavoro s'intende l'applicazione di energia volta al conseguimento di un fine determinato e, nell'organizzazione sociale, produttivo, giuridicamente, economicamente, sindacalmente (art. 38, Carta Costituzionale).

Nel caso di patologie gravi e che prevedano tempi lunghi per terapie e per convalescenza, si dovrebbe introdurre l'inabilità lunga così come già avviene in altri paesi europei, con la possibilità di revisione in casi tabellati e individuati, con conservazione del posto di lavoro.

Altro punto da considerare è la possibilità di costruire percorsi riabilitativi per gli inabili che dovessero rientrare nel circuito lavorativo, gestiti dall'INPS.

Per la migliore gestione delle prestazioni erogate bisognerebbe uniformare e conglobare in una unica rete il vasto mondo delle istituzioni che “valutano”.

Relazione di chiusura

Federico CATTANI

Coordinatore Centrale
Area delle Invalidità
D.G. INPS - Roma

Purtroppo il tempo è tiranno e, dovendo necessariamente chiudere il collegamento alle ore 17.00, non possiamo più dare spazio a tutte le sedi regionali collegate. Visto l'interesse suscitato dall'argomento e i numerosi spunti inerenti i nodi di criticità evidenziati all'apertura di questi lavori, viste le interessanti relazioni da voi pervenute in queste settimane e vagliate presso questo Coordinamento Generale Medico Legale, prometto che daremo il giusto spazio a ciascuna di esse, affinché diventino comune spunto di riflessione per tutti noi in ambito nazionale.

Al termine di questa giornata, corre a me l'obbligo come Responsabile nazionale dell'Area delle Invalidità dell'Istituto, di tracciare alcune conclusioni su specifiche problematiche.

Ciò *al fine di una omogeneizzazione nazionale degli accertamenti e dei giudizi medico legali*, sui quali vi partecipo l'alta sensibilità presente sul tema, e sul nostro operato, a livello di tutti i Comitati amministratori dei fondi pensionistici centrali. La quale, come vi è noto, è ultima sede di approccio, di conferma e di verifica amministrativa del nostro lavoro.

Vediamo il

1° AMBITO: GLI ASPETTI VALUTATIVI

1. INABILITÀ E PROFICUITÀ AL LAVORO

La dizione di lavoro proficuo, che talvolta si riscontra nelle massime della Suprema Corte in ambito di legge 222/84, non può essere ancorata a quella di capacità di guadagno poiché reintrodurrebbe la valutazione di fat-

tori socio-economici nell'ambito dell'art. 2, laddove la legge li ha voluti del tutto eliminare, anche dall'art. 1.

Noi non dobbiamo parlare di lavoro proficuo, quanto piuttosto di lavoro possibile, di *lavoro concreto*, ossia di lavoro concretamente alla portata di quella persona, affetta da quelle infermità. In ultima analisi ci riferiamo alla *concreta collocabilità fisica di quella persona*, sempre purché essa non si realizzi *pietatis causa*.

Se attraverso un accurato studio delle residue capacità, anche secondo i criteri della 68/99 - che peraltro noi prevediamo di rilevare in un apposita sezione del Fascicolo Sanitario Elettronico - vediamo che per quel soggetto per il quale non si riesca ad individuare una rosa, anche ristretta, di attività fattibili o di residue capacità utili al lavoro, appare inevitabile considerare un'incollocabilità concreta di quella persona a qualsiasi lavoro. Nel nostro giudizio non ci è consentito infatti di tenere conto dei cosiddetti "cascami di capacità lavorativa", che risultano irrilevanti ai fini dello svolgimento di un qualsiasi lavoro *giuridicamente valido*.

Non riteniamo, in sintesi, che si debba pervenire ad una condizione di incapacità a compiere gli atti quotidiani della vita, per esprimere un giudizio di "inabilità" (ci troveremo infatti in un altro ambito ben più severo, di tutela, quello previsto dall'art. 5 della L. 222/84).

La nostra intenzione prevede quindi di poter elaborare una "griglia" in cui, una volta messi a confronto organi e funzioni, ci permetta di evidenziare immediatamente le attività non più possibili per il soggetto in esame. Ciò richiede una conoscenza più approfondita del ventaglio delle attività lavorative, comparate al grado di integrità che effettivamente è necessario per svolgerle. Un aiuto sulla cosiddetta confacenza lavorativa ci verrà dai Medici del Lavoro, con cui presto progetteremo un serio studio di tale aspetto... Pertanto appare ingiustificata un'eccessiva rigidità sull'art. 2; non possiamo di certo aspettare il certificato di morte per concedere tale prestazione ad un lavoratore.

2. INABILITÀ E REVISIONE

Abbiamo prima visto i grafici statistici. La revisione è legittimamente prevista dall'art. 9, anche su iniziativa dell'interessato.

Tale strumento, nei casi ove sussegue un diniego della prestazione, deve essere considerato come una soppressione del diritto, e non una revoca, vedi la sent. 10.033 del '91. In ogni caso esso è da usare solo nei casi di patologie in cui:

- sia prevedibile un'applicazione terapeutica "ordinaria" (es. protesistica in grave poli-traumatizzato)
 - il quadro, seppur grave, e perdurante per qualche tempo, non è ancora stabilizzato, non è irreversibile e quindi non è permanente.
-

Non possono essere prese in considerazione terapie “straordinarie” di difficile attuazione o in presenza di controindicazioni (es. diabete e trapianto) e quindi di incerta riuscita ed a rischio di vero beneficio. Per non parlare della problematica del consenso a trattamenti eccezionali e spesso cruenti da parte del singolo.

3. INABILITÀ E PROGNOSI

Riteniamo che la valutazione prognostico-funzionale, sia pure non in termini esclusivi, allorché supportata da valide basi scientifiche internazionali, debba avere ponderazione all’interno del percorso valutativo dell’inabilità, in quanto essa può essere vista come danno di previsione, soprattutto nell’ambito della patologia neoplastica.

4. INIDONEITÀ ASSOLUTA AL SERVIZIO DEI DIPENDENTI ED INABILITÀ EX ART. 2

Di norma la prestazione in tali casi non si può negare.

5. MORTE IMPROVVISA

Premesso che la legge 222 non comprende tra i rischi assicurati la morte, come è invece nell’INAIL, la morte improvvisa per cause naturali non è sinonimo *tout court* di inabilità né di non inabilità. I casi degni d’interesse per noi sono quelli in cui l’Assicurato *deceda, immediatamente dopo o a breve distanza di tempo dalla eventuale presentazione, diretta o indiretta, dell’istanza, a causa di un fatto morboso culminante precipitosamente nell’evento morte* o che permette lo stato in vita con utilizzo di presidi di rianimazione e terapia intensiva. Per essere concessa la prestazione in questi casi l’aspetto della permanenza dovrebbe riferirsi ad un processo cronico, pre-esistente e di per se tale da giustificare la morte come manifestazione clinica della stessa patologia e non come unica iniziale manifestazione in pieno benessere. Possiamo schematicamente definire una morte:

- a) da cause interne
- b) da cause esterne.

Nella morte da cause interne, solo se il decesso avviene in conseguenza di una evoluzione o complicanza prevista o prevedibile di malattie preesistenti croniche documentabili, appare opportuno un accoglimento dell’art. 2.

Nel secondo caso, ad es. morti traumatiche, il primo criterio ispiratore appare essere la sua insorgenza entro un determinato arco temporale: se l’exitus avviene entro le prime 24 ore la prestazione può escludersi. Negli altri casi è opportuno stabilire (sulla base di criteri scientificamente validi) quali siano gli esiti in quel tipo di lesione, se inabilitanti o mortali.

6. INABILITÀ ED ATTIVITÀ COMPLEMENTARI A QUELLA PRINCIPALE

(Ad esempio quando la persona potrebbe lavorare, ma la malattia impedisce il raggiungimento fisico del posto di lavoro). Di norma la prestazione può essere esclusa, e va valutata caso per caso, nei soggetti dichiarati invalidi civili al 100%, collocati nel lavoro e fruitori dell'assegno d'accompagnamento.

7. INABILITÀ ED INSUFFICIENZA RENALE CRONICA IN TRATTAMENTO DIALITICO

La concessione della prestazione appare completamente condivisibile allorché si tratti di un soggetto in condizioni generali scadute, con rilievo di complicanze relative alla malattia di base o al trattamento dialitico (peraltro se svolto per oltre un decennio), con vissuto soggettivo psichico da dipendenza alla macchina.

8. INABILITÀ PER SOGGETTI MINORI O PER ADULTI CHE NON HANNO MAI LAVORATO (PENSIONE DI REVERSIBILITÀ)

Si ritiene di norma sussistente la condizione dell'art. 2 in presenza di patologie importanti, tornando sempre in debito conto eventuali precedenti riconoscimenti di inabilità, relativi a richieste presentate per altri benefici.

Vediamo ora il

2° AMBITO: LE PROPOSTE ORGANIZZATIVE

RIQUALIFICAZIONE OPERATIVA DEL NOSTRO LAVORO

1) costruire una snella procedura informatica, vedi fascicolo sanitario elettronico SIGAS e nuovo SISCO, per acquisire dei dati fruibili e condivisi nonché per svolgere studi epidemiologici, quale importante valore aggiunto per il nostro lavoro;

2) fruire di codificazioni nosologiche internazionali, vedi l'ICD9-CM, sia lavorative cronologiche degli assicurati, vedi la Banca anagrafica dell'Istituto;

3) fruire dell'alto contributo di professionalità dei nostri specialisti interni;

4) migliorare il nostro sistema di raccolta dati, vedi GASAN, che attualmente presenta alcune rigidità e limiti funzionali;

5) potenziare il percorso di *linee guida valutative*, adeguatamente pubblicate sulla nostra Rivista e non solo, anche ad uso dei CTU, ai fini di pervenire ad una reale omogeneizzazione valutativa sul territorio, ed in questo hanno una funzione chiave i Primari, con il competente obbligo di valida-

zione personale di tutte le istanze di invalidità dei propri CML e, per quanto di competenza, i Primari regionali, come già previsto nel msg. 7/02;

6) realizzare efficienti archivi sanitari in ogni CML, così da creare un fascicolo unico della persona, utile sia nelle conferme che nel contenzioso giudiziario ed in linea con le esigenze di tutela della privacy di cui al Regolamento approvato con la delibera del Consiglio di Amministrazione del 9 aprile 2002 n. 95 e al D. Lgs. 196/03;

7) preparare, alla luce di quanto è emerso oggi, una *nuova circolare*, così aggiornando quella del 1985.

Ed infine vediamo il

3° AMBITO: GLI ASPETTI PROPOSITIVI

Come corpo sanitario, da venti anni operante sul campo applicativo della norma, vediamo di estrema equità ed interesse alcune proposte normative tese a *riqualificare* l'istituto dell'inabilità in termini applicativi e alla luce delle nuove conoscenze scientifiche e delle nuove professioni ergonomiche.

Mi sento di poter sintetizzare, senza alcun dubbio, sull'opportuna premessa che la legge 222/84 nel suo complesso, ed in particolare nell'articolo 2 rimane tuttora per noi medici legali, un'ottima norma, che ha di fatto consentito allo Stato di fornire a 200.000 lavoratori un importante sostegno economico nel momento probabilmente più drammatico della loro vita e carriera lavorativa.

Mi appare altresì estremamente suggestiva l'opportunità, ad esempio, di prevedere:

1) un art. 2, che potremo chiamare bis, che prescinda dalla permanenza e dall'allontanamento drastico dal posto di lavoro od attività, ma che consenta, anche contrattualmente, all'Assicurato, per un periodo definito, di *sospendere* tale attività o l'iscrizione da albi od elenchi ("inabilità transitoria");

2) una reversibilità anche dell'art. 1, così da non lasciare i superstiti senza alcuna fonte di reddito;

3) concedere l'art. 5, ossia l'assegno di accompagnamento, anche a chi, seppur gravemente menomato per peculiari infermità, però ha possibilità e voglia di lavorare, come nell'invalidità civile

4) Riquilificare il ruolo sanitario dell'INPS permettendoci di dare un personale contributo alla ricollocazione e riqualificazione dei nostri invalidi. Crediamo infatti importante di consentire ai nostri invalidi, in termini di pari dignità con tutti gli altri, di poter fruire allorché disoccupati, dell'inserimento al lavoro secondo i disposti della legge 68/99, senza dover iniziare il plurienne ed assurdo iter di riconoscimento dell'invalidità civile presso le ASL

5) creare un Osservatorio nazionale epidemiologico e tecnico amministrativo sulle Invalidità, peraltro già previsto dalla legge 335/95, cui diano il

loro contributo tutti gli Enti accertatori e fruendo delle grandi potenzialità e dei *links* attuali del Casellario Centrale Pensioni, integrandolo con una Banca dati delle malattie invalidanti (Casellario Centrale delle Invalidità).

La giornata odierna, che io ritengo sia stata estremamente proficua ed importante, ha mostrato quanto è grande il bisogno del confronto sia al nostro interno che tra l'Istituto previdenziale ed il mondo accademico, il Servizio Sanitario Nazionale e gli altri Servizi medico legali.

Al centro della nostra attenzione e del nostro servizio è l'assicurato, o meglio *il cittadino*, la sua salute e tutte quelle condizioni che, mutilandola, gli censurino l'integrazione al lavoro, così provocandone l'esclusione sociale.

L'Unione Europea, con la recente approvazione della Carta Sociale, ci chiede uno sforzo in tal senso: i clinici e i medici legali, sono certo, sapranno rispondere, proprio per il rispetto e il bene di quei pazienti che, terribilmente afflitti, chiedono nei nostri studi di essere considerati non un *pacco od un intruso*, ma semplicemente *la massima espressione della vita* sul nostro pianeta, con tutto il suo dolore e i suoi sentimenti.

Grazie a tutti per il lavoro svolto.

Relazione conclusiva

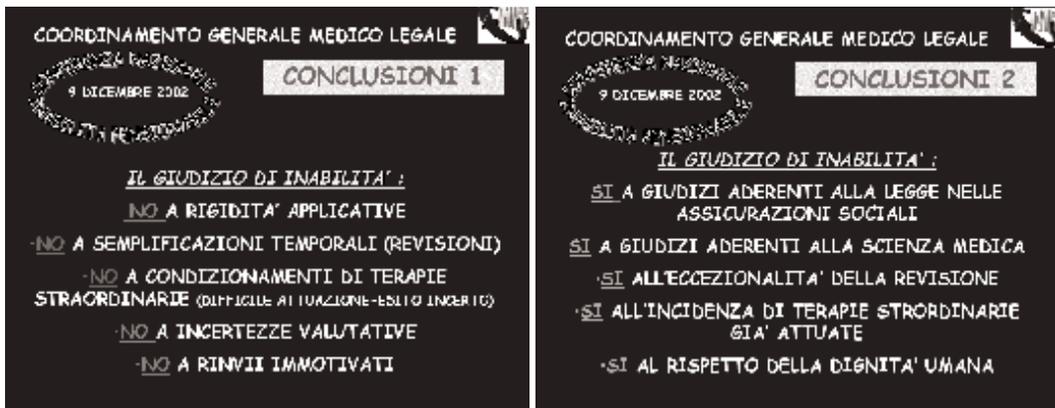
Maurizio CECCARELLI MOROLLI

Coordinatore Generale Medico-Legale
D.G. INPS - Roma

Il Direttore Generale, dott. Prauscello, mi ha appena contattato telefonicamente pregandomi di porgere i suoi saluti a tutti i presenti: sperava di essere qui in tempo utile, ma a causa di un imprevisto non ha potuto essere presente ai nostri lavori, comunque pregandomi di relazionargli successivamente.

Alla fine di questa giornata concludo, cari colleghi, con il ringraziamento per l'impegno di ciascuno di Voi nella vostra attività quotidiana, per essere stati capaci in questi anni di vincere le sfide che avevate di fronte con competenza professionale e con quella straordinaria capacità di saper cogliere il cambiamento dei tempi, con la ferma convinzione di concorrere insieme a tutti voi ad un disegno ambizioso che continui a coniugare la scienza con il diritto.

Due presentazioni contenenti un decalogo quale vademecum futuro.



Norme redazionali per gli Autori

La “Rassegna di Medicina Legale Previdenziale”, di seguito denominata MP, pubblica lavori originali su argomenti di medicina legale e/o di discipline cliniche di interesse previdenziale.

L’invio del dattiloscritto sottintende che il lavoro non è già stato pubblicato e che, se accettato, non verrà pubblicato altrove né integralmente né parzialmente se non a condizione che ne venga citata la fonte.

La collaborazione è aperta a tutti.

I lavori esprimono contenutisticamente i personali convincimenti dei rispettivi Autori che assumono a carico la responsabilità piena di quanto affermato.

La Rivista, pertanto, non impegna in tal senso la sua responsabilità, pur riservandosi il diritto di non pubblicare quegli elaborati pervenuti che siano in palese contrasto con le linee strategiche perseguite dall’Istituto Nazionale della Previdenza Sociale.

I lavori vengono sottoposti all’esame del Comitato di Redazione che, quindi, può accettarli, rifiutarli, accettarli con riserva e facoltà sia di suggerire agli Autori eventuali modifiche sia di apportarle autonomamente qualora esse non entrino nella sostanza del prodotto.

La Redazione della rivista correggerà d’ufficio le bozze in base all’originale pervenuto.

Gli originali - testo, grafici, fotografie, tabelle - non saranno restituiti, anche se non pubblicati.

I dattiloscritti devono pervenire - via posta - al seguente indirizzo:

Direttore Scientifico di MP - Maurizio Ceccarelli Morolli

Coordinamento Generale Medico Legale

Via Chopin, 49 - 00144 - ROMA

La Redazione declina ogni responsabilità per eventuali smarrimenti del plico.

Gli Autori devono spedire l'elaborato in duplice copia e corredarlo, ove possibile, di relativo disk-file verificato con idoneo Viruscan e digitato in videoscrittura preferibilmente Windows-compatibile; inoltre, deve essere allegata una lettera di autorizzazione alla pubblicazione dove sia specificato l'esatto recapito postale a cui si desidera ricevere eventuale corrispondenza.

La Rivista prevede attualmente:

Sezioni comunque presenti

- 1) editoriali
- 2) lavori scientifici originali
- 3) consulenze tecniche di parte e/o d'ufficio

Sezioni non costantemente presenti

- 1) posta per il Direttore Scientifico
- 2) comunicazioni, convegni/congressi e loro resoconti
- 3) angolo dell'infermiere

DATTILOSCRITTI

I lavori devono essere dattiloscritti chiaramente; tutte le pagine, comprese quelle della bibliografia, devono essere progressivamente numerate. L'elaborato deve svolgersi su una media di circa 20-25 pagine, essendo tuttavia ammesse eccezioni.

TABELLE

Le tabelle, numerate progressivamente con numeri arabi, devono essere battute su fogli separati dal testo. La didascalia deve contenere le informazioni necessarie per interpretare la tabella stessa. Nel punto del testo dove si esplica il significato della tabella proposta, la parola "tabella" deve essere scritta per esteso e seguita dal numero d'ordine.

FIGURE E GRAFICI

Le figure e i grafici devono essere numerati progressivamente con numeri arabi. Per le sole figure, le rispettive didascalie devono essere stampate su fogli a parte.

Nel dattiloscritto deve essere indicato il posto loro destinato.

Eventuali grafici e fotografie - che possono essere pubblicati solo in bianco e nero - devono essere ben contrastati e stampati con le dizioni chiare e leggibili e contrassegnati con le indicazioni "alto" e "basso".

Nel punto del testo dove si esplica il significato della figura proposta, la parola “figura” deve essere scritta per esteso e seguita dal numero d’ordine.

RIASSUNTO

Il riassunto deve esporre in modo conciso (30 righe dattiloscritte circa), ma in modo sufficientemente illustrativo, il contenuto, i risultati e le conclusioni del lavoro.

BIBLIOGRAFIA

La correttezza e la completezza delle citazioni bibliografiche, che devono essere elencate in fogli a parte e non in calce alle pagine del lavoro, ricade sotto la responsabilità dell’Autore. La bibliografia, che deve comprendere i soli Autori citati nel testo, va numerata con numeri arabi e posta in ordine alfabetico.

Per ogni voce si devono riportare:

- il cognome e l’iniziale del nome degli Autori: si devono elencare tutti gli Autori se fino a quattro, mentre se in numero superiore vanno elencati solo i primi tre seguiti da: ...e coll.;
- il titolo originale dell’articolo;
- il titolo della Rivista;
- l’anno della pubblicazione;
- il numero del volume;
- il numero di pagine iniziale e finale.

Per pubblicazioni non periodiche, devono essere indicati il cognome e l’iniziale del nome degli Autori; il titolo; il luogo di pubblicazione; l’Editore; l’anno di pubblicazione; specificare il sito internet, nel caso che la bibliografia sia on-line.

INTERNET

Documenti e materiali pubblicati possono essere mostrati, riformati e stampati esclusivamente ad uso personale. Senza il consenso dell’Editore, gli utenti internet accettino di non riprodurre, ritrasmettere, fornire, vendere, divulgare o diffondere le informazioni, i documenti e i materiali pubblicati su **www.inps.it**.

Direttore: VITTORIO CRECCO - ***Direttore Responsabile:*** ANNALISA GUIDOTTI

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE
INPS - Direzione Generale
Relazioni Esterne
Via Ciro il Grande, 21 - 00144 Roma - Eur
Tel. 06/59055125 - Fax 06/59055114
www.inps.it (Informazioni → le pubblicazioni)

Fotocomposizione e Stampa: Stilgrafica s.r.l.
Via Ignazio Pettinengo, 31/33 - 00159 Roma - Tel. 06/43588200 (4 linee r.a.)
www.stilgrafica.com - EMAIL: info@stilgrafica.com

Autorizzazione Tribunale di Roma N. 39488 del 6 luglio 1998

Finito di stampare nel mese di febbraio 2004

