

# INPS



ACCADEMIA

NUMERO 1 | GIUGNO 2026

## RASSEGNA DI MEDICINA LEGALE PREVIDENZIALE E ASSISTENZIALE

---



# INDICE

La Rivista è curata dal Coordinamento Generale Medico Legale, in collaborazione con la Direzione Centrale Formazione e Accademia INPS e la Direzione Centrale Comunicazione.

- Direttore Responsabile: SALVATORE SANTANGELO
- Direttore Editoriale: ALESSIO SULLO
- Direttore Scientifico: RAFFAELE MIGLIORINI

## Comitato Scientifico

GRAZIA ALECCE, FULVIO ANTONIETTI, GIOVANNI BIANCO, CARLO BLASI, LEA CINZIA CAPRIOLI, ANDREA CAVALLI, NUNZIA CANNOVO, CRISTINA CATALANO, ALESSIO COLETTI, CARLO DECOLLIBUS, LUCIA AMANDA DANNA, MARCELLO EPIFANIO, GIUSEPPE FATIGANTE, PAOLA GIALLONNARDO, MARIACRISTINA GERVAZI, FABRIZIO MEUS, VITO MISCIAGNA, ROBERTO MUSCATELLO, NICOLA PERGOLA, CORRADO PIETRANTUONO, FRANCESCO REALI, LEONARDO SAMMARTANO, ANTONIO SAPONE, ANTONIO SODDU, NICOLA SALVATORE TARANTINO, SILVIO VAGNARELLI, LUCIA ZANARDI

## Comitato di Redazione

ASSUNTA CAPOZZELLA, CHIARA MERULLI, MARIA REALE, CARMINA SACCO, MAURIZIO VACCARO

## Progetto grafico

VALERIA VALDISERRI

## Segreteria

DANIELA ANGELINI, FIORELLA CHIAPPARELLI, MARCO FERRONI, SONIA TILIA

## Contatti

Per informazioni e contributi editoriali:

Email [StudiRicerche.MedicoLegale@inps.it](mailto:StudiRicerche.MedicoLegale@inps.it)

Indirizzo **Largo Josemaría Escrivá de Balaguer, 11 – 00142 Roma**

## Telefono

**+39 06 59057382**

## EDITORIALE

**La valutazione di base della condizione di disabilità affidata all'INPS: un nuovo inizio per una storia che continua**

Giuseppe Fatigante 5

**Il contenzioso giudiziario medico-legale nella riforma della Disabilità: il ruolo dell'operatore sociale**

Cristina Catalano, Antonio Sapone, Lucilla Mugnaini, Arianna Giovannetti, Denise Traetta 9

**Prevalenza delle patologie psichiatriche nelle valutazioni medico-legali della CMV-INPS di Roma: studio osservazionale del primo anno di attività**

Francesca Romana Montecchi, Consuelo Alfano, Teresa Grazia Stamerra, Anna Mazzamurro 21

**Manifestazioni cliniche in lavoratori valutati ai sensi della L.222/84 nel periodo post-pandemia da COVID-19: analisi descrittiva presso il Centro Medico-Legale I.N.P.S. di Avellino (2023–2025)**

Elena Picciocchi, Alessio Sullo 31

**L'intelligenza artificiale e Medicina Legale Inps: tra innovazione predittiva, etica pubblica e tutela della persona**

Emanuele Maria Nicoletti, Claudio Caldarola 41

**Case study: Un caso di Invalidità e Cecità civile per Retinopatia del Prematuro (ROP)**

Claudia Pitrone, Diego Burzomati, Raffaele Migliorini 53

**Valutazione in ambito assistenziale dei disturbi dello spettro autistico: come sta cambiando alla luce della riforma della disabilità**

Chiara Ungaro, Gaetano Manfredonia 69

# La valutazione di base della condizione di disabilità affidata all'INPS: un nuovo inizio per una storia che continua

Giuseppe Fatigante

Responsabile UOC Prestazioni Medico Legali Assistenziali

*L'affidamento all'INPS, come ente unico accertatore, ai sensi del decreto legislativo 62/2024, della nuova Valutazione di Base della condizione di disabilità, nell'ambito della più generale riforma del settore di cui alla legge delega 227/2021, rappresenta un giusto riconoscimento per l'area medica dell'Istituto che, negli ultimi 20 anni, dal subentro nelle competenze del MEF in materia assistenziale nel 2007, ha dimostrato di sapere fornire risposte adeguate ai bisogni dei cittadini più fragili.*

*Il passaggio, con il recepimento della convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità del 2006, dalla concezione medica a quella biopsicosociale rappresenta però un cambio di paradigma fondamentale nel modo di intendere la disabilità, per cui si passa dal vedere la disabilità come un deficit individuale determinato da una o più infermità a intenderla invece come l'interazione tra la salute della persona e il contesto ambientale.*

*Questo nuovo modo di declinare la disabilità, da mera valutazione di malattie e disturbi a delineazione del funzionamento della persona nei vari ambiti esistenziali, rappresenta quindi una sfida culturale e formativa che i medici legali dell'Istituto devono affrontare.*

*La valutazione di base, unificando in un unico accertamento tutti i riconoscimenti prestazionali precedentemente frammentati, valorizza l'individuo nella sua interezza, in una visione "olistica" della persona con disabilità, alla quale i sostegni economici e normativi riconosciuti dall'INPS garantiscono l'integrazione nella vita civile e sociale, che avrà poi la sua piena attuazione nella successiva fase di elaborazione del Progetto di Vita da parte degli Ambiti Territoriali Sociali.*

*Il cambiamento di prospettiva valutativa, spostando l'obiettivo principale dal riconoscimento della invalidità civile all'individuazione dei livelli di intensità del sostegno ai sensi dell'art. 3 della legge 104, richiede, all'interno delle nuove Unità di Valutazione di Base, una costante e reciproca interazione tra medici e operatori di area psicologica e sociale.*

*Entrambe le professionalità sono coinvolte nel delinare insieme il profilo di funzionamento della persona mediante la classificazione ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), strumento ufficiale dell'OMS che permette di descrivere la condizione di disabilità attraverso la codifica non solo delle compromissioni strutturali e funzionali, ma anche delle azioni che la persona con disabilità può compiere nei vari ambiti della vita (cosiddetti domini di attività e partecipazione).*

*Anche più delicato è il compito dei componenti della U.V.B. quando devono utilizzare, nel contesto della valutazione di base, il questionario WHODAS, altro strumento di derivazione OMS che valorizza la partecipazione della persona nel processo valutativo, ma il cui punteggio, basato su un'auto-percezione delle difficoltà nel funzionamento individuale, deve essere compatibile con il quadro clinico-documentale riscontrato dalla Commissione.*

*Infine, la Riforma della disabilità del decreto legislativo 62/2024 deve trovare ancora una sua armonizzazione con la prossima attuazione della Riforma degli anziani non autosufficienti di cui al decreto legislativo 29/2024, che prevede l'affidamento di questa fascia della popolazione alle Unità di Valutazione Multidimensionale Unificata che saranno articolate nei Punti Unici di Accesso presso le Case della comunità.*

*In questo scenario di sperimentazione della riforma della disabilità, ancora incompleta per quanto riguarda l'emanazione dei nuovi criteri valutativi dell'art. 12 del decreto 62, la rivista si propone come luogo privilegiato di approfondimento e di confronto, unendo la dimensione scientifica a quella divulgativa.*

*Si invitano pertanto, in quest'ottica, tutti i colleghi, soprattutto quelli che sul territorio sono impegnati quotidianamente nella nuova modalità accertativa, a condividere le loro esperienze attraverso la presentazione di pubblicazioni scientifiche che uniscano analisi casistiche e riflessioni speculative sul percorso procedimentale.*

# Il contenzioso giudiziario medico-legale nella riforma della Disabilità: il ruolo dell'operatore sociale

Cristina Catalano<sup>1</sup>  
Antonio Sapone<sup>2</sup>  
Lucilla Mugnaini<sup>3</sup>  
Arianna Giovannetti<sup>3</sup>  
Denise Traetta<sup>4</sup>

<sup>1</sup> *Coordinamento Generale Medico Legale INPS Roma - RESPONSABILE Unità Operativa Complessa - Contenzioso Giudiziario Medico Legale*

<sup>2</sup> *Coordinamento Generale Medico Legale INPS Roma - RESPONSABILE Unità Operativa Complessa - Management Sanitario Interno*

<sup>3</sup> *Coordinamento Generale Medico Legale INPS Roma - Unità Operativa Complessa - Contenzioso Giudiziario Medico Legale*

<sup>4</sup> *Operatore Sociale INPS - Psicologo*

*Corresponding Author: Cristina Catalano, Cristina.Catalano@inps.it*

## ABSTRACT

*Il Decreto Legislativo 3 maggio 2024, n. 62 riforma profondamente il sistema di accertamento della disabilità in Italia, adottando il modello bio-psico-sociale dell'ICF e introducendo una valutazione di base standardizzata. L'articolo confronta il WHODAS 2.0, previsto dalla riforma, con la scheda ambientale utilizzata ai fini della Legge 104/1992, e discute il valore aggiunto dell'operatore sociale nelle unità di valutazione e nei collegi peritali. Metodologicamente, si adotta un'analisi comparativa di norme e strumenti (tra WHODAS e Scheda Ambientale) proponendo raccomandazioni operative per un'applicazione coerente e non burocratica della riforma.*

**Parole chiave:** *disabilità; WHODAS 2.0; ICF; Legge 104/1992; D.Lgs. 62/2024; valutazione multidimensionale; operatore sociale; contenzioso medico-legale.*

## INTRODUZIONE

Per oltre trent'anni la Legge 5 febbraio 1992, n. 104, ha rappresentato il principale riferimento per l'accertamento della condizione di handicap. L'impostazione storico-tradizionale, prevalentemente medico-funzionale, ha garantito standardizzazione diagnostica, ma ha lasciato margini di discrezionalità nella valutazione dei fattori ambientali, sociali e personali, con esiti talora disomogenei tra contesti territoriali. La scheda ambientale legge 104, affidata all'operatore sociale e allegata al verbale di accertamento, è stato lo strumento applicativo che ha consentito di avviare un raccordo operativo tra dimensione sanitaria e dimensione sociale dell'accertamento che era volto a strutturare la valutazione del soggetto superando la lettura esclusivamente menomativa della disabilità, introducendo una descrizione articolata delle limitazioni nelle attività e nella partecipazione e del ruolo dei fattori ambientali, in linea con i principi emergenti dell'attuale modello bio-psico-sociale.

Tuttavia, in mancanza di un chiaro riferimento normativo nazionale che ne definisse ruolo e valore, questo strumento ha ricevuto poco riconoscimento nel processo di accertamento e nei contenziosi. La scarsa comprensione tecnica e la mancata valorizzazione delle informazioni ne hanno limitato l'efficacia, portando spesso la scheda a essere vista come un semplice allegato descrittivo, senza peso decisionale rispetto alle valutazioni sanitarie.

L'evoluzione del quadro normativo, culminata con l'adozione del Decreto Legislativo 3 maggio 2024, n. 62, completa un percorso già avviato sul piano applicativo in ambito INPS. La riforma del D.Lgs. 62/2024 segna così il passaggio a un sistema fondato sul modello integrato ICD-ICF e sui principi della Convenzione Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (New York, 13 dicembre 2006, ratificata con Legge 3 marzo 2009, n. 18), definendo la disabilità come interazione tra condizioni di salute, attività, partecipazione e fattori contestuali.

Ai sensi dell'art. 2 del D.Lgs. 62/2024, infatti, la disabilità è definita come *il risultato dell'interazione tra le condizioni di salute della persona, le funzioni e le strutture corporee, le attività e la partecipazione, e i fattori ambientali e personali che possono ostacolare o favorire la piena ed effettiva partecipazione alla vita sociale su base di uguaglianza con gli altri*, in pratica quelle dimensioni di funzionamento che la scheda ambientale 104 utilizzata in ambito INPS aveva già iniziato ad esplorare in chiave operativa.

La transizione verso il nuovo impianto normativo rafforza la coerenza metodologica all'interno delle commissioni e degli organi preposti all'accertamento, con l'obiettivo di fornire maggiore uniformità e chiarezza alle operazioni di valutazione della disabilità. Tale percorso ha permesso di favorire una migliore integrazione tra la dimensione sanitaria e quella sociale, ambientale e relazionale.

In questo quadro, l'operatore sociale assume un ruolo determinante nella descrizione delle attività, della partecipazione e dei fattori ambientali che incidono sulla condizione di disabilità. La sua competenza si rivela fondamentale per garantire una valutazione funzionale completa e coerente sia nella fase amministrativa sia in quella del contenzioso giudiziario. Infatti, la qualità e la coerenza della valutazione funzionale svolta dall'operatore sociale influenzano in modo significativo la tutela dei diritti della persona con disabilità, contribuendo a un'analisi più approfondita del funzionamento globale e del contesto di vita, in linea con i principi del modello bio-psico-sociale introdotto dalla normativa.

## METODOLOGIA

L'articolo analizza comparativamente fonti normative (L. 104/1992, L. 227/2021, D.Lgs. 62/2024), documenti OMS/ICF/WHODAS e prassi INPS, valutando strumenti di accertamento medico-legale della disabilità secondo domini funzionali e finalità d'uso. La metodologia è qualitativa e si concentra sull'evoluzione degli strumenti di valutazione, con particolare attenzione al ruolo dell'operatore sociale e all'integrazione delle classificazioni ICD e ICF come previsto dal D.Lgs. 62/2024. Si esamina la riorganizzazione procedurale introdotta dalla normativa, l'uso dei questionari allegati ai verbali di accertamento e il confronto tra la scheda funzionale storica e il WHODAS 2.0 a 36 item.

L'analisi mette in luce differenze e convergenze tra questi strumenti, considerando anche le novità operative del DM 94/2025 relative alla misurazione standardizzata e alla valutazione clinico-funzionale. Infine, il contributo riflette sulle implicazioni metodologiche della fase di sperimentazione avviata dall'INPS dal 1° gennaio 2025 in alcune province pilota, con estensione progressiva su scala nazionale in corso e sul contenzioso medico-legale.

## RISULTATI

### La scheda ambientale 104 INPS

La scheda ambientale 104 attualmente in uso presso le commissioni INPS, non ancora interessate dalla fase di sperimentazione, è somministrata dall'operatore sociale, che è parte integrante della commissione medica nella valutazione dell'handicap e del collocamento mirato (art. 3 comma 4 legge 104/92) e rappresenta un allegato tecnico al verbale di accertamento finalizzato alla descrizione del funzionamento della persona ai sensi dell'art. 3 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104. Lo strumento è strutturato secondo un modello tabellare fondato sui principali codici della classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF), articolato nelle componenti "Attività e Partecipazione" e "Fattori Ambientali".

Per quanto concerne le attività e la partecipazione, la scheda prevede l'attribuzione di qualificatori distinti di capacità e di performance per ciascun dominio indagato, consentendo una valutazione differenziata tra ciò che la persona è in grado di fare in condizioni standard e ciò che effettivamente realizza nel proprio contesto di vita. Tale distinzione permette di evidenziare il ruolo del contesto ambientale e dei fattori personali nel determinare il funzionamento reale.

La sezione dedicata ai fattori ambientali è strutturata in modo analitico e contempla, per ciascun dominio, l'indicazione di facilitatori e di barriere/ostacoli, codificati attraverso qualificatori specifici. In tal modo, la scheda consente di rappresentare non solo le limitazioni funzionali, ma anche gli elementi del contesto fisico, sociale e organizzativo che possono ostacolare o favorire la partecipazione della persona nei diversi ambiti di vita.

Nel suo complesso, la scheda ambientale 104 si configura come uno strumento orientato alla sintesi funzionale e alla rapidità applicativa, idoneo a fornire una rappresentazione strutturata del funzionamento in sede di accertamento amministrativo. Essa costituisce, sul piano applicativo, uno dei primi tentativi di integrazione sistematica dei principi dell'ICF nel procedimento di valutazione della disabilità, anticipando alcuni degli elementi che saranno successivamente formalizzati dal nuovo impianto normativo.

Tuttavia, la natura prevalentemente descrittiva dello strumento, unita all'assenza di criteri interpretativi uniformi e di un esplicito riferimento normativo, ha limitato la piena valorizzazione delle informazioni raccolte, in particolare nei contesti di contenzioso giudiziario.

## II WHODAS 2.0 (36 item, versione intervistatore)

Il WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule), nella versione completa a 36 item somministrata da intervistatore, costituisce uno strumento standardizzato sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per la misurazione del funzionamento e della disabilità in coerenza con il modello concettuale dell'ICF.

Lo strumento è finalizzato a valutare l'impatto delle condizioni di salute sul funzionamento globale della persona, indipendentemente dalla specifica diagnosi nosografica, con riferimento alle difficoltà incontrate nello svolgimento delle attività quotidiane nel periodo temporale degli ultimi trenta giorni.

Il questionario è articolato in sei aree di funzionamento che aggregano i principali domini ICF relativi alle attività e alla partecipazione: comprensione e comunicazione, mobilità, cura della propria persona, relazioni interpersonali, attività della vita quotidiana e partecipazione alla vita sociale. Ciascun item è valutato mediante una scala ordinale a cinque livelli, che consente di quantificare l'entità della difficoltà riferita nello svolgimento delle attività considerate.

La versione "intervistatore" del WHODAS 2.0 prevede una somministrazione guidata da parte di un operatore in possesso delle competenze richieste, con l'utilizzo di esempi standardizzati e criteri di scoring definiti, al fine di ridurre la variabilità interpretativa e migliorare l'affidabilità del dato raccolto. Tale modalità risulta particolarmente rilevante nei contesti istituzionali e medico-legali, nei quali è necessario garantire coerenza metodologica, tracciabilità del processo valutativo e confrontabilità dei profili funzionali.

Uno degli elementi qualificanti del WHODAS 2.0 è la possibilità di ricavare, a partire dalle risposte fornite, punteggi per ciascuna area di funzionamento e un indice sintetico complessivo, idoneo a rappresentare in modo immediato il livello globale di funzionamento della persona. Questa caratteristica conferisce allo strumento una elevata leggibilità anche al di fuori dell'ambito clinico, facilitandone l'utilizzo in diversi contesti, compreso quello della ricerca scientifica e medico legale.

Nel nuovo assetto delineato dal Decreto Legislativo 3 maggio 2024, n. 62, il WHODAS 2.0 è espressamente individuato tra gli strumenti strutturati e standardizzati da utilizzare nell'ambito della valutazione di base della condizione di disabilità. L'utilizzo del questionario assume una valenza distinta e ulteriormente rilevante nell'ambito della valutazione dell'invalidità civile, dove il punteggio WHODAS, una volta ritenuto attendibile e coerente con il quadro clinico e documentale complessivo, incide sulla determinazione percentuale della riduzione di capacità secondo l'ICF in molteplici domini di attività (cfr. Allegato al DM del 10 aprile 2025, n. 94 - Regolamento recante i criteri per l'accertamento della disabilità connessa ai disturbi dello spettro autistico, al diabete di tipo 2 e alla sclerosi multipla, applicabili nella valutazione di base nel periodo di sperimentazione).

In tale prospettiva, il Decreto Ministeriale 10 aprile 2025, n. 94, e in particolare l'Allegato tecnico, chiarisce che

il contributo del WHODAS alla valutazione percentuale dell'invalidità civile non opera in modo automatico, ma è subordinato alla verifica di compatibilità con il quadro clinico-funzionale complessivo. Tale previsione assume un rilievo centrale sul piano medico-legale, in quanto consente di integrare la misurazione standardizzata del funzionamento nel giudizio percentuale, preservando al contempo il ruolo valutativo e discrezionale dell'unità accertativa.

Ne consegue che, mentre nella valutazione della disabilità il WHODAS svolge prevalentemente una funzione di supporto alla lettura del funzionamento globale e della partecipazione, nella valutazione dell'invalidità civile esso può assumere un ruolo diretto nella quantificazione percentuale, purché inserito in un processo valutativo critico e multidisciplinare. Ciò rafforza la necessità di una corretta somministrazione e interpretazione dello strumento, anche in considerazione delle possibili ricadute in sede di contenzioso.

## Analisi comparativa tra scheda 104 INPS e WHODAS 2.0

L'analisi comparativa tra la scheda sociale allegata al verbale di accertamento e il questionario WHODAS 2.0 a 36 item evidenzia una significativa evoluzione degli strumenti di valutazione del funzionamento, coerente con il progressivo passaggio da un modello settoriale a un modello unitario di accertamento della disabilità e delle ulteriori fattispecie correlate. Entrambi gli strumenti si fondano sul modello concettuale dell'ICF e sono orientati alla valutazione dell'impatto della condizione di salute sulle attività e sulla partecipazione, ma rispondono a logiche valutative e funzioni istituzionali differenti.

La scheda ambientale, così come utilizzata nella prassi antecedente alla riforma, si configurava come uno strumento di approfondimento funzionale specificamente riferito all'accertamento della condizione di disabilità ai sensi della Legge 5 febbraio 1992, n. 104. Essa trovava il proprio presupposto operativo nella presenza dell'operatore sociale all'interno della commissione, con la finalità di integrare la valutazione clinico-medica attraverso una descrizione analitica delle attività, della partecipazione e dei fattori ambientali, mediante codifica ICF per singoli domini e qualificatori distinti di capacità e performance. In tale contesto, la scheda sociale assolveva a una funzione prevalentemente descrittiva e integrativa, priva di una standardizzazione interpretativa e di un esplicito riconoscimento normativo uniforme.

Il WHODAS 2.0, nella versione completa a 36 item, introduce invece una modalità di misurazione standardizzata del funzionamento globale, operando una sintesi delle dimensioni di attività e partecipazione in sei aree funzionali. A differenza della scheda sociale, il WHODAS non utilizza una codifica analitica per singoli codici ICF, ma restituisce punteggi per dominio e un indice complessivo, caratterizzati da maggiore confrontabilità intersoggettiva e da una più immediata comunicabilità del dato funzionale anche in ambito amministrativo e giurisdizionale.

Dal confronto emerge che le differenze tra i due strumenti non risiedono nei domini indagati in senso sostanziale — entrambi esplorano aspetti di attività, partecipazione e, seppur con modalità diverse, del contesto di vita — bensì nella modalità di scomposizione, codifica e sintesi dell'informazione funzionale. La scheda sociale privilegia una descrizione dettagliata per singolo codice ICF, mentre il WHODAS produce una misurazione aggregata per aree funzionali, con conseguente facilità di lettura e comparabilità intersoggettiva. Una delle principali implicazioni di questa differenza riguarda il grado di analiticità della descrizione funzionale e la sua utilizzabilità nei diversi contesti decisionali. La scheda sociale, per la sua natura analitica, consente

una rappresentazione puntuale delle specifiche difficoltà funzionali e del loro rapporto con i fattori ambientali, ma la complessità interpretativa dei qualificatori e l'assenza di un processo di standardizzazione diffusa ne hanno limitato la leggibilità e la valorizzazione, in particolare in sede di contenzioso medico-legale. Il WHODAS, al contrario, rinunciando a una descrizione analitica per singoli codici, garantisce una sintesi leggibile del profilo funzionale e una standardizzazione dei criteri di misurazione che ne facilita l'utilizzo nei procedimenti decisionali, purché il dato venga interpretato nel contesto complessivo della valutazione clinico-funzionale. Un ulteriore elemento distintivo riguarda la considerazione dei fattori ambientali. La scheda sociale esplicita facilitatori e barriere per ciascun dominio, consentendo di rendere visibile il ruolo del contesto fisico, sociale e istituzionale nel determinare l'effettivo funzionamento della persona. Il WHODAS, pur derivando dal modello ICF, non codifica i fattori ambientali in modo esplicito nella propria struttura di scoring, intercettandoli piuttosto in modo indiretto attraverso l'impatto che essi esercitano sul funzionamento riferito, con il rischio di ridurli a indizi impliciti anziché a componenti direttamente valutate.

Inoltre, nel nuovo assetto delineato dal D.Lgs. 62/2024, il WHODAS 2.0 assume una funzione che va oltre la mera sostituzione della scheda sociale nell'ambito della valutazione della disabilità ex Legge 104/1992. Se in tale ambito esso rappresenta uno strumento standardizzato e più funzionale per la descrizione del funzionamento, nell'ambito dell'invalidità civile il WHODAS diviene elemento caratterizzante della valutazione, in quanto il punteggio, una volta ritenuto attendibile e coerente con il quadro clinico-documentale complessivo, incide sulla determinazione percentuale della riduzione di capacità secondo l'ICF in molteplici domini di attività. Questa duplice valenza segna un passaggio rilevante rispetto alla prassi precedente: mentre la scheda sociale operava esclusivamente come approfondimento valutativo nell'ambito della 104, il WHODAS 2.0 viene oggi utilizzato trasversalmente nelle diverse fattispecie accertative, assumendo un ruolo sia descrittivo sia misurativo. Tale evoluzione è resa possibile dal nuovo modello di accertamento unico e dalla valutazione di base, all'interno della quale la commissione è strutturalmente composta anche dall'operatore sociale, non solo nei procedimenti riferiti alla Legge 104/1992, ma anche nelle ulteriori fattispecie di accertamento, inclusa l'invalidità civile.

In definitiva, l'introduzione del WHODAS 2.0 non si configura come una mera sostituzione della scheda sociale, ma come il completamento e la sistematizzazione di un percorso già avviato, che consente di integrare in modo più coerente la valutazione del funzionamento nei diversi ambiti accertativi. Tale integrazione risulta particolarmente rilevante in sede di contenzioso medico-legale, dove la disponibilità di strumenti standardizzati, interpretati criticamente con il contributo strutturale dell'operatore sociale, rafforza la qualità, la trasparenza e la difendibilità del giudizio valutativo.

## DISCUSSIONE

I risultati dell'analisi confermano che la valutazione della disabilità, così come oggi ridefinita dal D.Lgs. 62/2024, non rappresenta un taglio rispetto alle prassi precedenti, ma il punto di approdo di un percorso evolutivo già avviato nell'ambito dell'accertamento amministrativo INPS. In tale prospettiva, la scheda ambientale allegata al verbale di accertamento ai sensi della Legge 104/1992, pur priva di un esplicito riconoscimento normativo nazionale, aveva anticipato sul piano applicativo una lettura della disabilità orientata al modello bio-psico-sociale coerente con i principi dell'ICF. Tuttavia, come emerso dai risultati, la mancanza di standard interpretativi condivisi e di un adeguato investimento formativo sull'uso applicativo dell'ICF ha fortemente limitato la valorizzazione di tale strumento, in particolare nei contesti di contenzioso giudiziario. In assenza

di una cornice metodologica chiara, la scheda 104 è stata frequentemente percepita come un allegato descrittivo privo di autonoma forza probatoria, con conseguente prevalenza delle valutazioni strettamente clinico-diagnostiche, anche nei casi in cui la controversia riguardasse prevalentemente le dimensioni della partecipazione e del funzionamento sociale.

In questo contesto si colloca l'introduzione del WHODAS 2.0 nella versione completa a 36 item, somministrata da operatore, quale strumento di misurazione standardizzata del funzionamento globale. L'adozione del WHODAS risponde all'esigenza di rendere maggiormente leggibile, confrontabile e comunicabile il profilo funzionale della persona, anche al di fuori dell'ambito strettamente amministrativo. La restituzione di un indice sintetico di funzionamento consente infatti di superare alcune delle criticità interpretative che avevano indebolito il valore probatorio della valutazione funzionale nei procedimenti giudiziari.

In tal senso, appare significativo il confronto con esperienze internazionali consolidate, quali quella australiana, dove il WHODAS 2.0 è utilizzato da anni come strumento standardizzato di valutazione del funzionamento sia in ambito epidemiologico sia nei sistemi di accesso ai sostegni per la disabilità. In Australia, il WHODAS è incluso tra le misure riconosciute nell'ambito del National Disability Insurance Scheme (NDIS) per documentare il funzionamento globale della persona adulta, a supporto della definizione di interventi e sostegni personalizzati. Tale esperienza evidenzia come l'impiego di strumenti standardizzati di misurazione del funzionamento possa favorire una maggiore uniformità valutativa e una migliore leggibilità delle informazioni funzionali anche in contesti decisionali complessi.

L'Italia è il primo Paese ad adottare sistematicamente il WHODAS 2.0 nell'ambito di un accertamento medico-legale finalizzato al riconoscimento di benefici, essendo quest'ultimo uno strumento in parte self-report è necessaria la competenza dell'operatore sociale per integrare il dato soggettivo emerso dal questionario, all'interno di un quadro clinico, funzionale e contestuale complessivo, limitando i margini di errore interpretativi che potrebbero portare a sovrastimare o sottostimare le difficoltà incontrate dalla persona con disabilità in un determinato contesto. Va da sé che all'interno delle UVB il ruolo dell'operatore sociale assuma un ruolo determinante nel processo valutativo.

Alla luce di tali considerazioni, appare opportuno interrogarsi anche sul ruolo dell'operatore sociale nei procedimenti di contenzioso giudiziario in materia di disabilità, invalidità civile e collocamento mirato. Pur in assenza di un obbligo normativo espresso, il coinvolgimento di un esperto dell'area sociale all'interno del collegio peritale nominato dal giudice potrebbe rappresentare un significativo valore aggiunto nei casi in cui la controversia investa dimensioni non esclusivamente cliniche. In tali situazioni, l'operatore sociale può fornire una lettura qualificata dei fattori ambientali, relazionali e di partecipazione, contribuendo a una valutazione più aderente alla realtà del funzionamento della persona.

In questa prospettiva, la consultazione dell'operatore sociale dovrebbe essere intesa come una scelta di opportunità tecnico-valutativa, coerente con l'evoluzione del modello di accertamento della disabilità e con i principi sanciti dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. Tale integrazione appare particolarmente rilevante nei casi di contenzioso in cui il nodo decisionale non risieda nella diagnosi, ma nella qualificazione giuridica e funzionale della condizione di disabilità e del bisogno di sostegno.

Tale evoluzione strumentale si accompagna, in modo speculare, a una evoluzione soggettiva della composizione

della commissione di accertamento. Così come il WHODAS 2.0 fa il proprio ingresso strutturale anche nella valutazione dell'invalidità civile, incidendo – una volta ritenuto attendibile – sulla determinazione percentuale della riduzione di capacità secondo l'ICF in molteplici domini di attività, allo stesso modo il ruolo dell'operatore sociale non rimane più circoscritto al solo ambito della disabilità ai sensi della Legge 104/1992.

Il nuovo modello di accertamento unico e la valutazione di base introdotti dal D.Lgs. 62/2024 prevedono infatti una composizione multidisciplinare della commissione che include stabilmente anche l'operatore sociale, non solo nei procedimenti relativi alla disabilità, ma anche nelle ulteriori fattispecie accertative, inclusa l'invalidità civile.

Ne deriva che l'ingresso del WHODAS nella valutazione percentuale dell'invalidità civile non può essere interpretato come un ampliamento puramente tecnico degli strumenti, ma come parte di un più ampio ripensamento del processo valutativo, nel quale la misurazione standardizzata del funzionamento e l'apporto interpretativo dell'operatore sociale procedono in modo congiunto. Tale integrazione rafforza la capacità della commissione di esprimere un giudizio più aderente al funzionamento reale della persona, evitando riduzioni esclusivamente medico-diagnostiche e contribuendo a una valutazione più equa, trasparente e difendibile anche in sede di contenzioso medico-legale.

In tale prospettiva, il medico-legale nominato dal giudice è chiamato a valorizzare le dimensioni bio-psico-sociali del funzionamento al pari degli aspetti strettamente clinici e diagnostici, utilizzando strumenti strutturati e standardizzati idonei a documentare l'impatto della condizione di salute sulle attività e sulla partecipazione. La compilazione del WHODAS 2.0 può pertanto avvenire in autonomia da parte del consulente medico-legale, quale parte integrante della valutazione peritale, ovvero avvalendosi del supporto di un operatore sociale opportunamente nominato, laddove la complessità del caso lo renda necessario.

Tale modalità operativa consente di superare una lettura esclusivamente menomativa della disabilità e di integrare in maniera sì uniforme ma anche personalizzata quella dell'invalidità civile, anche in ambito giudiziario, favorendo una valutazione più completa e coerente con il modello bio-psico-sociale dell'ICF.

In questo senso, l'integrazione tra competenze mediche e sociali non si configura come una duplicazione valutativa, ma come uno strumento di rafforzamento della qualità di consulenza, particolarmente rilevante nei casi in cui il contenzioso riguardi prevalentemente il funzionamento, la partecipazione e il bisogno di sostegno, piuttosto che la sola correttezza della diagnosi clinica e medico legale.

## CONCLUSIONI

La recente riforma della disabilità introdotta dal Decreto Legislativo 3 maggio 2024, n. 62 segna un rilevante avanzamento nella disciplina dell'accertamento medico-legale, abbandonando definitivamente un approccio focalizzato esclusivamente sulla gravità della menomazione a favore di una valutazione integrata che tenga conto sia del funzionamento globale della persona, sia dei relativi bisogni. Questo cambiamento risulta coerente con i principi di inclusione, personalizzazione ed equità sanciti dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, promuovendo l'adozione di un modello valutativo uniforme su scala nazionale.

Nel precedente sistema, la Legge 5 febbraio 1992, n. 104 fondava la qualificazione della disfunzione principalmente sulla valutazione della sua gravità, senza tuttavia riuscire a cogliere appieno la complessità del funzionamento individuale nei molteplici contesti di vita. Il nuovo impianto normativo, pur valorizzando le dimensioni cliniche e funzionali delle compromissioni, incentra ora il processo valutativo sull'intensità del sostegno necessario a garantire la partecipazione piena ed effettiva, superando logiche meramente classificatorie per privilegiare un approccio orientato alle risorse, alle barriere e ai fattori ambientali.

In tale ottica, l'introduzione del WHODAS 2.0 quale strumento standardizzato di misurazione del funzionamento rappresenta un elemento di particolare innovazione anche nel contesto internazionale. Tale strumento consente una maggiore leggibilità e confrontabilità del profilo funzionale e favorisce una migliore comunicazione dei giudizi valutativi in sede giuridica. Tuttavia, affinché il WHODAS 2.0 non sia ridotto a mera formalità o semplice indicatore numerico privo di riferimenti contestuali, è essenziale integrarlo correttamente con una valutazione clinica e sociale accurata.

Proprio in questo contesto il ruolo dell'operatore sociale assume carattere centrale. La partecipazione strutturata dell'operatore nella unità valutativa di base permette di valorizzare sistematicamente le dimensioni della disabilità - attività, partecipazione, contesto di vita, relazioni e sostegni — che, seppur considerate nella scheda sociale preesistente, non avevano trovato una completa standardizzazione interpretativa, specie nel contenzioso. Il contributo dell'operatore sociale consente di tradurre le informazioni cliniche e quelle derivanti dalla misurazione in una valutazione realmente centrata sulla persona e finalizzata all'individuazione del supporto più adeguato alla specifica condizione funzionale.

Il cambiamento di prospettiva valutativa, sia nell'ambito della disabilità sia in quello dell'invalidità civile e delle diverse forme di assistenza sociale, spostando il focus dalla gravità della disfunzione all'intensità del sostegno richiesto, conferisce al processo di valutazione della disabilità una natura intrinsecamente multidimensionale, che richiede l'integrazione strutturata delle competenze sanitarie, psicologiche e sociali. In questa nuova cornice, l'operatore sociale non costituisce più una figura accessoria o limitata a specifiche situazioni, ma diventa componente essenziale del sistema di accertamento, rivestendo un ruolo chiave sia nella fase di prima valutazione sia, ove necessario, nel contenzioso giuridico.

La piena implementazione del nuovo modello presuppone, oltre all'adozione di strumenti standardizzati, un investimento significativo sul piano culturale e formativo, necessario per assicurare una lettura condivisa, esperta e criticamente fondata del funzionamento e dei bisogni di sostegno. Solo attraverso tale integrazione sarà possibile realizzare una valutazione della disabilità realmente uniforme, equa e personalizzata, in grado di rispondere efficacemente alla complessità delle singole situazioni e garantire una tutela concreta e coerente dei diritti delle persone con disabilità.

# BIBLIOGRAFIA

1. Legge 5 febbraio 1992, n. 104. Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.
2. Legge 22 dicembre 2021, n. 227. Delega al Governo in materia di disabilità.
3. D.Lgs. 3 maggio 2024, n. 62. Definizione della disabilità e disciplina della valutazione di base.
4. Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (New York, 13 dicembre 2006).
5. WHO. WHODAS 2.0 Manual. Geneva: World Health Organization.
6. Catalano C., Giovannetti A., Mugnaini L., Romano B., Colaiuda F. (2025). Il Contenzioso Giudiziario Medico Legale di competenza Inps in ambito Assistenziale e Previdenziale degli iscritti all'assicurazione Generale Obbligatoria (Ago): ruolo, funzioni e compiti del consulente tecnico di parte (Parte 1). *Rassegna di Medicina Legale Previdenziale e Assistenziale (0)*, 27-34
7. Catalano C., Giovannetti A., Mugnaini L. (2025). Il Contenzioso Giudiziario Medico Legale di competenza Inps in ambito Previdenziale dei dipendenti pubblici: ruolo, funzioni e compiti del consulente tecnico di parte (Parte 2). *Rassegna di Medicina Legale Previdenziale e Assistenziale (0)*, 35-44
8. OMS – Manuale WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule)
9. <https://www.who.int/publications/i/item/measuring-health-and-disability-manual-for-who-disability-assessment-schedule-%28-whodas-2.0%29> Organizzazione Mondiale della Sanità
10. The ICF: An Overview (CDC/WHO – PDF)
11. [https://www.cdc.gov/nchs/data/icd/icfoverview\\_finalforwho10sept.pdf](https://www.cdc.gov/nchs/data/icd/icfoverview_finalforwho10sept.pdf) CDC
12. ICF e WHODAS in italiano – Portale Rete Classificazioni
13. [https://www.reteclassificazioni.it/portal\\_main.php?id=97&portal\\_view=public\\_custom\\_pagereteclassificazioni.it](https://www.reteclassificazioni.it/portal_main.php?id=97&portal_view=public_custom_pagereteclassificazioni.it)

# Prevalenza delle patologie psichiatriche nelle valutazioni medico-legali della CMV-INPS di Roma: studio osservazionale del primo anno di attività

Francesca Romana Montecchi<sup>1</sup>  
Consuelo Alfano<sup>1</sup>  
Teresa Grazia Stamerra<sup>1</sup>  
Anna Mazzamurro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Coordinamento Generale Medico Legale INPS Roma - Commissione Medica di Verifica  
Corresponding author: Francesca Romana Montecchi francescaromana.montecchi@inps.it

## ABSTRACT

Le patologie psichiatriche rappresentano una quota crescente delle condizioni valutate dalle Commissioni Mediche di Verifica (CMV), con un impatto rilevante sulla determinazione dell'idoneità lavorativa e dell'inabilità nel pubblico impiego (World Health Organization, 2023; Kessler et al., 2022).

Obiettivi: analizzare la prevalenza delle principali diagnosi di natura psichiatrica formulate dalla CMV-INPS di Roma nel primo anno di attività istituzionale.

Metodi: sono stati analizzati 964 soggetti (M=220; F=744) sottoposti a valutazione medico-legale presso la CMV-INPS di Roma nel periodo considerato.

Risultati: su un totale di 964 soggetti valutati, il 43% presentava una diagnosi psichiatrica. Le condizioni più frequentemente riscontrate risultano la depressione, le sindromi ansioso-depressive e i disturbi dell'umore, seguite da disturbi bipolari, dell'adattamento e psicosi.

Conclusioni: i dati confermano un carico significativo di patologie psichiatriche nel contesto delle valutazioni medico-legali, evidenziando la necessità di competenze cliniche specialistiche e strumenti psicodiagnostici adeguati (Søgaard, 2012; van Hoffen et al., 2015).

**Parole chiave:** *Patologie psichiatriche, idoneità lavorativa, valutazione medico-legale, pubblico impiego, CMV-INPS.*

## INTRODUZIONE

Le Commissioni Mediche di Verifica (CMV) sono organismi collegiali deputati all'esecuzione di accertamenti sanitari e valutazioni medico-legali in materia di idoneità lavorativa, inabilità e altre tematiche previdenziali. Dal 1° giugno 2023, le competenze medico-legali per il pubblico impiego sono state trasferite all'INPS, che assume un ruolo centrale nelle valutazioni di idoneità e inabilità.

Le patologie psichiatriche rappresentano una sfida rilevante per la medicina legale per la complessità diagnostica e l'impatto funzionale (World Health Organization, 2023). A livello globale si stima che circa un miliardo di persone soffra di un disturbo mentale (World Health Organization, 2023), mentre in Italia il carico assistenziale resta elevato (Ministero della Salute, 2023).

La letteratura evidenzia inoltre come le patologie psichiatriche rappresentino una delle principali cause di disabilità lavorativa e assenza prolungata dal lavoro (Heinonen et al., 2022; Waddell & Aylward, 2010).

## SCOPO DELLO STUDIO

Valutare la prevalenza delle patologie psichiatriche nelle diagnosi effettuate dalla CMV-INPS di Roma nel primo anno di attività istituzionale.

## MATERIALI E METODI

### Disegno dello studio

È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo su base retrospettiva, volto ad analizzare la prevalenza delle patologie psichiatriche nei soggetti sottoposti a valutazione medico-legale presso la CMV-INPS di Roma nel primo anno di attività considerato.

Lo studio è stato condotto in accordo con le linee guida STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) per studi osservazionali.

### Popolazione in studio

La popolazione di riferimento comprende tutti i lavoratori sottoposti a valutazione medico-legale nel periodo di osservazione. Il campione è costituito da tutti i soggetti valutati nel periodo considerato (campione consecutivo non selezionato).

### Criteri di inclusione

Sono stati inclusi tutti i soggetti sottoposti a valutazione medico-legale presso la CMV INPS di Roma nel periodo considerato.

### Criteri di esclusione

Non sono stati applicati criteri di esclusione clinica, in quanto lo studio ha incluso la totalità delle valutazioni medico-legali effettuate nel periodo considerato.

### Dimensione del campione

Lo studio ha incluso complessivamente **964** soggetti, così distribuiti:

- Maschi: 220
- Femmine: 744
- Età: 33–67 anni

### Raccolta e fonte dei dati

I dati sono stati estratti dai verbali medico-legali redatti dalla CMV e dalla documentazione clinica specialistica allegata. Le diagnosi psichiatriche considerate nello studio derivavano dalla documentazione specialistica prodotta dagli interessati ed esaminata collegialmente nell'ambito della valutazione medico-legale CMV-INPS. Non sono state formulate diagnosi psichiatriche ex novo ai fini dello studio; le diagnosi riportate sono quelle documentate e riconosciute nel corso dell'iter valutativo istituzionale. Non sono stati utilizzati test psicodiagnostici standardizzati nell'ambito della presente analisi retrospettiva.

### Classificazione diagnostica

Le diagnosi sono state successivamente standardizzate e ricondotte alla classificazione ICD-10 secondo i criteri World Health Organization (2016), al fine di garantire uniformità e confrontabilità dei dati.

### Analisi statistica

L'analisi statistica è stata esclusivamente descrittiva. Le variabili categoriali sono state espresse come frequenze assolute e percentuali calcolate sia sul totale del campione (n=964) sia, per le specifiche diagnosi psichiatriche, sul sottogruppo dei soggetti con diagnosi psichiatrica (n=415). Le stime di prevalenza sono state accompagnate da intervalli di confidenza al 95% (IC 95%) calcolati con metodo di Wilson per proporzioni binomiali. Non sono stati effettuati test di significatività statistica né analisi comparative, in coerenza con il disegno osservazionale descrittivo dello studio.

### Considerazioni etiche e gestione dei dati

Secondo la normativa vigente in materia di studi osservazionali retrospettivi basati su dati anonimizzati derivanti da attività istituzionale, non si è resa necessaria una specifica valutazione del Comitato Etico. Lo studio utilizza esclusivamente informazioni derivanti da attività istituzionale, senza possibilità di identificazione diretta o indiretta dei soggetti.

## RISULTATI

### Prevalenza complessiva

Su 964 soggetti sottoposti a valutazione medico-legale presso la CMV-INPS di Roma:

- 415 presentavano una diagnosi psichiatrica (43%) | IC 95%: 39,9% – 46,1%
- 549 non presentavano diagnosi psichiatrica (57%)

La prevalenza osservata indica una quota rilevante di patologie psichiatriche nell'ambito delle valutazioni di idoneità e inabilità lavorativa.

### Distribuzione delle diagnosi psichiatriche

Le principali diagnosi risultano in linea con le patologie psichiatriche comuni descritte in letteratura (Kessler et al., 2022; Harvey & Strassnig, 2012; Harvey, 2014).

Nel campione analizzato:

- Depressione: 14,0% IC 95%: 11,8% – 16,2% | IC 95%: 11,8% – 16,2%
- Sindrome ansioso-depressiva: 9,6% | IC 95%: 7,8% – 11,4%
- Disturbo bipolare: 5,3% | IC 95%: 3,9% – 6,7%
- Disturbo dell'adattamento: 4,7% | IC 95%: 3,4% – 6,0%
- Psicosi: 3,4% | IC 95%: 2,3% – 4,5%
- Schizofrenia: 2,5% | IC 95%: 1,6% – 3,4%
- Disturbo dell'umore non specificato: 1,6% | IC 95%: 0,8% – 2,4%
- Altre patologie psichiatriche: 1,9% | IC 95%: 1,0% – 2,8%

### Sintesi dei risultati

Nel complesso, i disturbi dell'umore e le sindromi ansioso-depressive rappresentano le categorie diagnostiche più frequenti, seguite dai disturbi bipolari e dai disturbi psicotici. Il quadro osservato è coerente con la distribuzione attesa delle patologie psichiatriche in popolazioni lavorative sottoposte a valutazione medico-legale.

## DISCUSSIONE

Il presente studio evidenzia una rilevante prevalenza di patologie psichiatriche (43%) nei soggetti sottoposti a valutazione presso CMV-INPS di Roma nel primo anno di attività. Il dato conferma un significativo impatto delle patologie psichiatriche nei procedimenti di accertamento dell'idoneità e dell'inabilità lavorativa nel pubblico impiego.

Il campione analizzato riflette la casistica reale afferente all'attività istituzionale della CMV, essendo costituito da valutazioni consecutive effettuate nel periodo considerato. Tale elemento conferisce al dato un'elevata aderenza alla pratica operativa quotidiana.

Dal punto di vista clinico-funzionale, patologie psichiatriche risultano frequentemente associate a compromissioni del funzionamento globale e della capacità lavorativa, in particolare nei domini cognitivi, relazionali e adattivi (Harvey & Strassnig, 2012; Harvey, 2014). La letteratura evidenzia inoltre come i disturbi mentali comuni siano associati a un incremento significativo dell'assenza lavorativa per malattia (Stansfeld et al., 2011; Heinonen et al., 2022; Inoue et al., 2022), tali aspetti assumono particolare rilievo nella valutazione della residua capacità lavorativa.

I dati sono compatibili con l'ipotesi di un possibile ruolo di fattori occupazionali descritti in letteratura come potenzialmente associati a stress lavorativo cronico, conflittualità organizzativa, mobbing e burnout, già descritti in letteratura come elementi correlati allo sviluppo e al mantenimento della psicopatologia (Maslach & Leiter, 2016).

In tale contesto, la valutazione medico-legale richiede un approccio integrato coerente con il modello bio-psico-sociale, come definito dall'ICF (World Health Organization, 2001), che consenta di coniugare diagnosi clinica, funzionamento globale e contesto lavorativo. Ciò risulta particolarmente rilevante nelle attività delle Commissioni Mediche di Verifica, con dirette ricadute previdenziali e amministrative.

La letteratura evidenzia inoltre l'importanza dell'impiego di strumenti standardizzati e di procedure condivise

per la valutazione delle patologie psichiatriche in ambito medico-legale, al fine di garantire uniformità e riproducibilità delle valutazioni (Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., & Head, J. 2011; van Hoffen, M. F. A., et al. 2015). In conclusione, i risultati dello studio evidenziano la centralità delle patologie psichiatriche nell'attività valutativa della CMV e supportano la necessità di un approccio strutturato e multidisciplinare orientato a garantire appropriatezza, uniformità e qualità delle valutazioni medico-legali.

### Fattori di rischio

I dati suggeriscono il contributo di:

- Età avanzata maggiore vulnerabilità ai disturbi dell'umore (Hotopf, 2016)
- Sesso femminile maggiore prevalenza di disturbi ansioso-depressivi (Kessler et al., 2022)
- Stress lavorativo cronico burnout e mobbing (Maslach & Leiter, 2016)
- Condizioni occupazionali disfunzionali (Waddell & Aylward, 2010)

### Implicazioni medico-legali

L'elevata prevalenza osservata comporta:

1. Necessità di formazione specialistica continua delle CMV
2. Utilizzo di strumenti psicodiagnostici validati (van Hoffen et al., 2015)
3. Integrazione di competenze psichiatriche e funzionali nella valutazione (Søgaard, 2012)

### Classificazione diagnostica

Le diagnosi sono state ricondotte ai codici ICD-10 F20–F48 (WHO, 2016).

### Limiti dello studio

Lo studio presenta alcune limitazioni. In primo luogo, il disegno retrospettivo descrittivo non consente inferenze causali né confronti con popolazioni di controllo.

Inoltre, le diagnosi sono state desunte dalla documentazione clinica disponibile nell'ambito dell'attività istituzionale e non mediante protocolli diagnostici standardizzati uniformi. Infine, il campione deriva da una singola sede territoriale CMV-INPS e potrebbe non essere completamente rappresentativo del contesto nazionale."

## CONCLUSIONI

Le patologie psichiatriche rappresentano una quota rilevante delle valutazioni medico-legali presso la CMV-INPS di Roma.

La predominanza di disturbi dell'umore e sindromi ansioso-depressive conferma la rilevanza del fenomeno e la necessità di un approccio multidimensionale alla valutazione della capacità lavorativa (Waddell & Aylward, 2010; World Health Organization, 2001).

L'integrazione di competenze psicodiagnostiche strutturate potrebbe rappresentare un miglioramento significativo della qualità valutativa nel contesto previdenziale (Søgaard & Bech, 2009; van Hoffen et al., 2015). Ulteriori studi multicentrici e prospettici potranno consentire una migliore definizione epidemiologica e funzionale delle patologie psichiatriche nell'ambito delle valutazioni medico-legali nelle CMV-INPS.

## CONFLITTI DI INTERESSE

Gli Autori dichiarano l'assenza di conflitti di interesse. Non sono riportati dati identificativi di pazienti; le informazioni utilizzate derivano da documentazione clinica anonimizzata.

Tabella 1 -

| Pazienti                  | n°  | %   | I.C. 95%      |
|---------------------------|-----|-----|---------------|
| Pazienti psichiatrici     | 415 | 43% | 39,9% – 46,1% |
| Pazienti non psichiatrici | 549 | 57% | 53,9% – 60,1% |

Tabella 2 - Distribuzione delle diagnosi psichiatriche nel sottogruppo dei pazienti con diagnosi psichiatrica (n=415)

| Tipologia di Patologia                                  | n°  | % sul gruppo psichiatrico | I.C. 95%      |
|---|-----|---------------------------|---------------|
| Depressione   | 135 | 32,6%                     | 28,1% – 37,1% |
| Sindrome Ansioso-Depressiva                             | 93  | 22,5%                     | 18,5% – 26,5% |
| Disturbo Bipolare                                       | 51  | 12,3%                     | 9,2% – 15,5%  |
| Disturbo dell'Adattamento                               | 45  | 10,9%                     | 7,9% – 13,9%  |
| Psicosi   | 33  | 8,0%                      | 5,4% – 10,6%  |
| Schizofrenia  | 24  | 5,8%                      | 3,5% – 8,1%   |
| Disturbo dell'Umore non altrimenti specificato (N.A.S.) | 15  | 3,6%                      | 1,8% – 5,4%   |
| Altre Patologie Psichiatriche                           | 18  | 4,3%                      | 2,3% – 6,3%   |

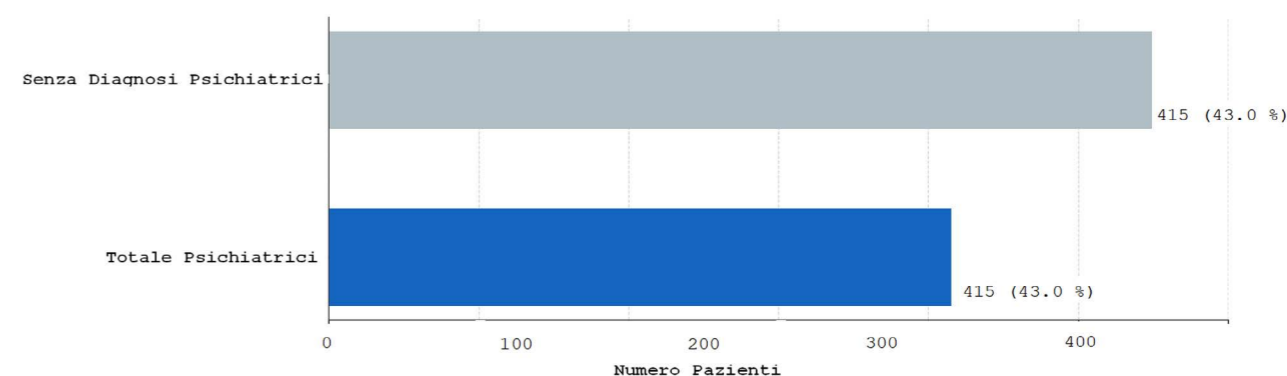
Tabella 3 - Percentuale di ciascuna diagnosi sul totale del campione (n=964)

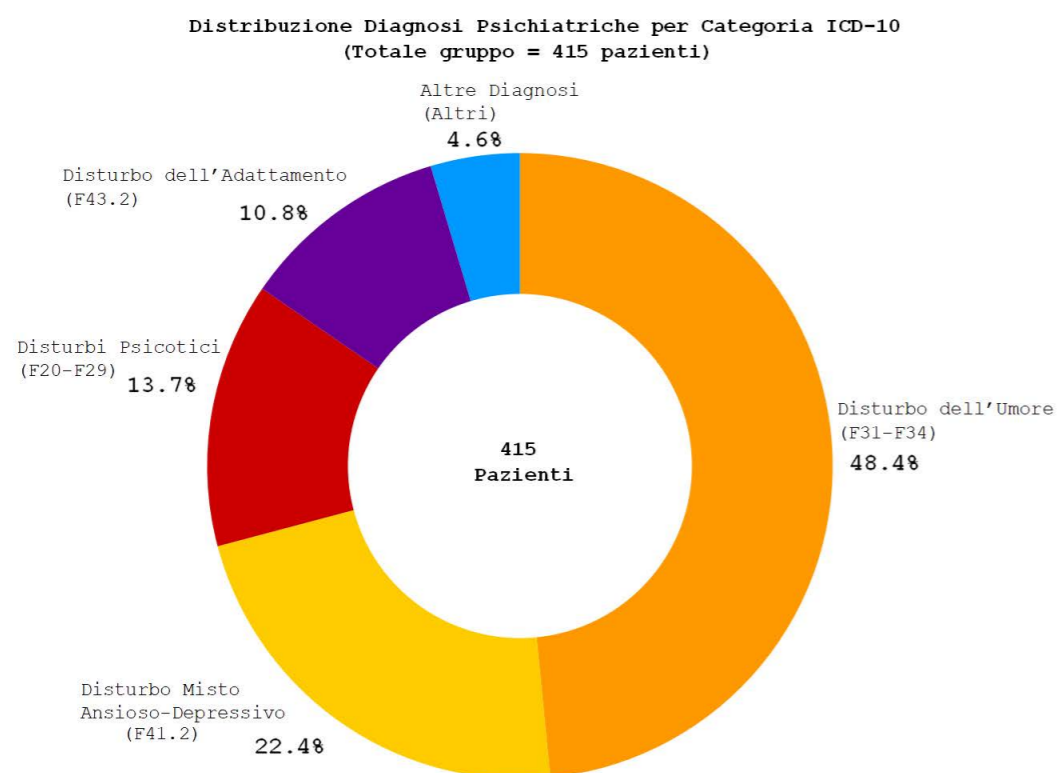
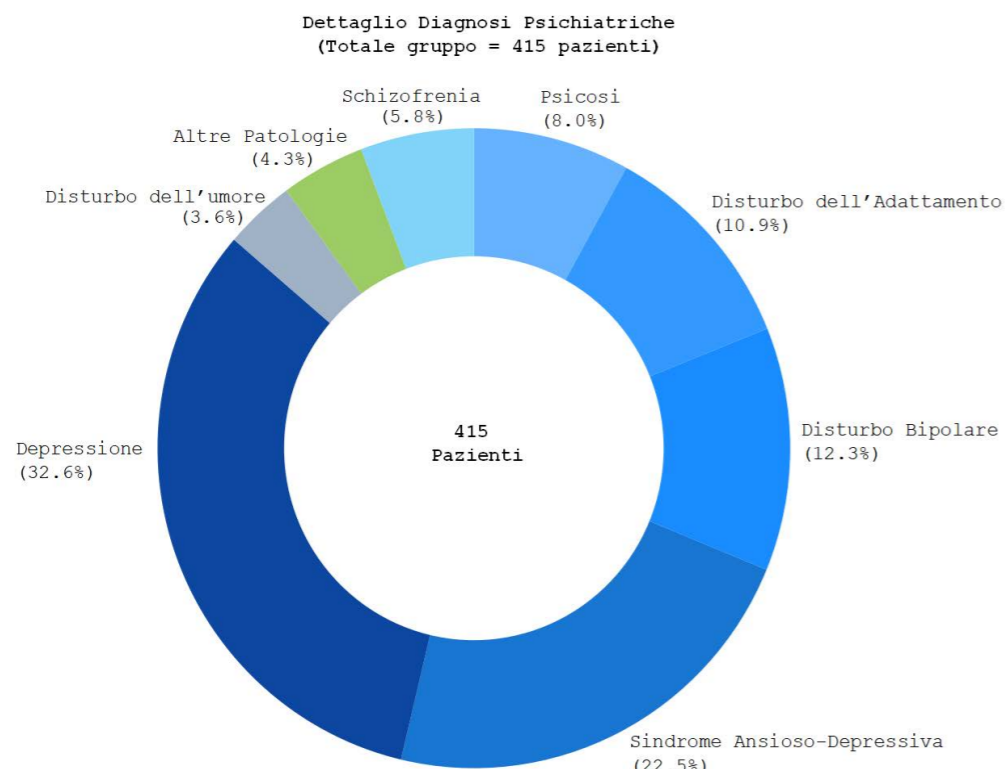
| Tipologia di Patologia                                  | Pazienti psichiatrici | % sul totale (964) | I.C. 95%      |
|---|-----------------------|--------------------|---------------|
| Depressione   | 135                   | 14,0%              | 11,8% – 16,2% |
| Sindrome Ansioso-Depressiva                             | 93                    | 9,6%               | 7,8% – 11,4%  |
| Disturbo Bipolare                                       | 51                    | 5,3%               | 3,9% – 6,7%   |
| Disturbo dell'Adattamento                               | 45                    | 4,7%               | 3,4% – 6%     |
| Psicosi   | 33                    | 3,4%               | 2,3% – 4,5%   |
| Schizofrenia  | 24                    | 2,5%               | 1,6% – 3,4%   |
| Disturbo dell'Umore non altrimenti specificato (N.A.S.) | 15                    | 1,6%               | 0,8% – 2,4%   |
| Altre Patologie Psichiatriche                           | 18                    | 1,9%               | 1,0% – 2,8%   |

Tabella 4. Classificazione ICD-10 delle principali diagnosi psichiatriche\*

| Area diagnostica                    | Diagnosi  | Codice ICD-10 |
|-------------------------------------|---|---------------|
| Disturbi dell'umore                 | Episodio depressivo                             | F32           |
|                                     | Disturbo depressivo ricorrente                  | F33           |
|                                     | Distimia  | F34.1         |
|                                     | Disturbo dell'umore non specificato             | F39           |
|                                     | Disturbo affettivo bipolare                     | F31           |
| Disturbi d'ansia e stress-correlati | Disturbo misto ansioso-depressivo               | F41.2         |
|                                     | Disturbi dell'adattamento                       | F43.2         |
| Psicosi e disturbi psicotici        | Disturbi psicotici acuti/transitori             | F23           |
|                                     | Psicosi non specificata                         | F29           |
|                                     | Schizofrenia                                    | F20           |
| Altre patologie psichiatriche       | Disturbi mentali organici                       | F00-F09       |
|                                     | Disturbi da uso di sostanze                     | F10-F19       |
|                                     | Sindromi comportamentali                        | F50-F59       |
|                                     | Disturbi della personalità                      | F60-F69       |
|                                     | Disturbi del neurosviluppo e dell'apprendimento | F81-F84       |

\*Nota: le diagnosi sono state classificate secondo ICD-10 sulla base della documentazione clinica disponibile; le categorie non rappresentate nel campione sono riportate per completezza classificativa.





## BIBLIOGRAFIA

- Goodwin, G. M. (2015). The overlap between anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 249–260.
- Harvey, P. D. (2014). Cognitive impairment in schizophrenia: Characteristics, assessment and treatment. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 16(1), 95–107.
- Harvey, P. D., & Strassnig, M. (2012). Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: Cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. *World Psychiatry*, 11(2), 73–79. <https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.05.004>
- Heinonen, N., Knekt, P., Härkänen, T., Virtanen, M., Lindfors, O., & Laaksonen, M. (2022). Working conditions and long-term sickness absence due to mental disorders. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 64(2), 105–114. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002414>
- INPS. (2023). *Linee guida per l'accertamento medico-legale dell'invalidità civile e della capacità lavorativa*. Istituto Nazionale della Previdenza Sociale.
- Inoue, Y., Matsumoto, K., Tanaka, Y., Uehara, R., & Yamamoto, M. (2022). Overtime work and the incidence of long-term sickness absence due to mental disorders. *Journal of Epidemiology*, 32(6), 283–289. <https://doi.org/10.2188/jea.JE20200358>
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J., Üstün, T. B., & Wang, P. S. (2022). The epidemiology of mental disorders: Global and regional patterns of prevalence and treatment. *The Lancet Psychiatry*, 9(10), 846–860. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00235-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00235-2)
- Kokkinen, L., Väänänen, A., Koskinen, A., Joensuu, M., & Kivimäki, M. (2019). Human service work and long-term sickness absence due to mental disorders. *Annals of Epidemiology*, 31, 57–61.e1. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.12.002>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Ministero della Salute. (2023). *Rapporto sulla salute mentale 2023*. Ministero della Salute.
- Søgaard, H. J. (2012). Undetected common mental disorders in long-term sickness absence. *International Journal of Family Medicine*, 2012, Article 474989. <https://doi.org/10.1155/2012/474989>
- Søgaard, H. J., & Bech, P. (2009). The effect on length of sickness absence by recognition of undetected psychiatric disorder in long-term sickness absence. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(8), 864–871. <https://doi.org/10.1177/1403494809347551>
- Stansfeld, S. A., Fuhrer, R., & Head, J. (2011). Impact of common mental disorders on sickness absence in an occupational cohort study. *Occupational and Environmental Medicine*, 68(6), 408–413. <https://doi.org/10.1136/oem.2010.056994>
- van Hoffen, M. F. A., Roelen, C. A. M., Heymans, M. W., Twisk, J. W. R., & van der Klink, J. J. L. (2015). Mental health symptoms identify workers at risk of long-term sickness absence due to mental disorders: Prospective cohort study with 2-year follow-up. *BMC Public Health*, 15, 1235. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2580-x>
- Waddell, G., & Aylward, M. (2010). *Work and common health problems*. Oxford University Press.
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems (10th rev.)*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Mental health atlas 2023*. World Health Organization.

# Manifestazioni cliniche in lavoratori valutati ai sensi della L.222/84 nel periodo post-pandemia da COVID-19: analisi descrittiva presso il Centro Medico-Legale I.N.P.S. di Avellino (2023–2025)

Elena Picciocchi  
Alessio Sullo

<sup>1</sup>U.O.C. Medico-Legale I.N.P.S. di Avellino

<sup>2</sup>Coordinamento Generale Medico-Legale I.N.P.S. - Roma

Corresponding Author: Elena Picciocchi, elena.picciocchi02@inps.it

## ABSTRACT

**Obiettivo:** Il presente studio analizza i quadri clinici in un campione di 51 lavoratori sottoposti a visita medico-legale ex L.222/1984 presso il Centro Medico-Legale I.N.P.S. di Avellino nel biennio 2023–2025, con l'obiettivo di esplorare l'incidenza di nuove patologie insorte nel periodo successivo alla pandemia da SARS-CoV-2.

**Metodi:** È stata condotta un'analisi documentale dei fascicoli sanitari, con particolare attenzione alla storia di infezione da SARS-CoV-2, allo stato vaccinale e alla comparsa di nuove diagnosi clinicamente rilevanti. I dati sono stati organizzati in forma anonima e sottoposti ad analisi descrittiva.

**Risultati:** Le patologie più frequentemente riscontrate nel periodo post-pandemico hanno riguardato l'apparato respiratorio, seguite da neoplasie, disturbi neuropsichiatrici, patologie osteo-articolari e autoimmuni. È stato registrato un solo caso di long Covid. In alcuni casi, le nuove diagnosi sono state formulate anche in soggetti mai risultati positivi al test per SARS-CoV-2 utilizzati come gruppo di confronto. Conclusioni: Pur con i limiti legati alla natura descrittiva e non eziologica dello studio e alla parziale disponibilità dei dati clinici, è emersa la necessità di approfondire le implicazioni medico-legali delle condizioni post-Covid-19, promuovendo una raccolta-dati più strutturata e una valutazione multidisciplinare dei lavoratori nel contesto post-pandemico.

**Parole chiave:** Covid-19, salute occupazionale, medicina-legale, tutela sanitaria lavoratori, I.N.P.S.

## INTRODUZIONE

La pandemia da SARS-CoV-2 ha avuto un impatto profondo e duraturo sulla salute pubblica, non solo per la gravità della fase acuta dell'infezione, ma anche per le sue conseguenze a medio e lungo termine. In particolare, l'attenzione della comunità scientifica si è progressivamente orientata verso lo studio delle condizioni cliniche insorte o persistenti dopo la guarigione, note come "post-Covid condition" o "long Covid", che possono interessare diversi apparati e compromettere la qualità della vita e la capacità lavorativa.

Nel contesto della valutazione medico-legale, queste manifestazioni pongono nuove sfide, soprattutto in relazione al riconoscimento dell'invalidità e alla definizione del nesso causale con l'infezione pregressa. In Italia, l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (I.N.P.S.) svolge un ruolo centrale nella valutazione delle condizioni di salute dei lavoratori, anche alla luce delle possibili sequele post-pandemiche.

Il presente studio si propone di contribuire alla comprensione di tali fenomeni attraverso l'analisi descrittiva di un campione di 51 lavoratori sottoposti a visita medico-legale ex L.222/1984 presso il Centro Medico-Legale I.N.P.S. di Avellino nel biennio 2023-2025. L'obiettivo è quello di riflettere sulle implicazioni medico-legali emerse dalla descrizione delle nuove patologie diagnosticate nel periodo post-pandemico, valutando sia eventuali correlazioni con l'infezione da SARS-CoV-2 nei casi di positività/infezione documentata e sia la nuova insorgenza in un gruppo di confronto costituito da lavoratori mai risultati positivi ai test di ricerca virale, onde evitare attribuzioni causali improprie.

## MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto mediante un'analisi dei dati clinico-amministrativi relativi a un campione di 51 lavoratori sottoposti ad accertamento medico-legale presso il Centro Medico-Legale I.N.P.S. di Avellino, nel periodo compreso tra il 2023 e il 2025, ai sensi della Legge 222/1984 in materia di invalidità pensionabile, includendo sia lavoratori con infezione accertata documentalmente, sia con mero anamnestico di positività al SARS-CoV-2 e sia soggetti riferiti mai risultati positivi al tampone di ricerca. Sono stati esclusi dall'analisi i casi per i quali la documentazione clinica disponibile non consentiva un confronto attendibile tra il quadro anamnestico pre-pandemico e quello successivo alla fase pandemica.

Per ciascun soggetto è stata esaminata la documentazione sanitaria disponibile, con particolare attenzione alla storia di infezione da SARS-CoV-2 (tempi, modalità, sintomatologia), allo stato vaccinale e all'eventuale insorgenza di nuove patologie clinicamente rilevanti nel periodo successivo alla fase acuta della pandemia. Il sottogruppo osservazionale nello stesso setting valutativo è stato costituito da soggetti con riferito anamnestico di alcuna positività al test per SARS-CoV-2, ma per i quali sono state formulate nuove diagnosi in epoca post-pandemica; tali soggetti mai risultati positivi al test per SARS-CoV-2 non sono stati considerati come casi di infezione probabile, in assenza di criteri clinicoanamnestici o epidemiologici suggestivi, ma esclusivamente come gruppo di confronto interno, al fine di distinguere le condizioni postinfettive da patologie diagnosticate in epoca postpandemica in senso temporale.

I casi sono stati classificati secondo i seguenti parametri:

- genere;
- settore e mansione lavorativa;
- epoca dell'infezione (come riferita dal lavoratore e, ove disponibile, documentata da referti diagnostici);
- caratteristiche cliniche dell'infezione acuta;
- stato vaccinale anti-Covid;

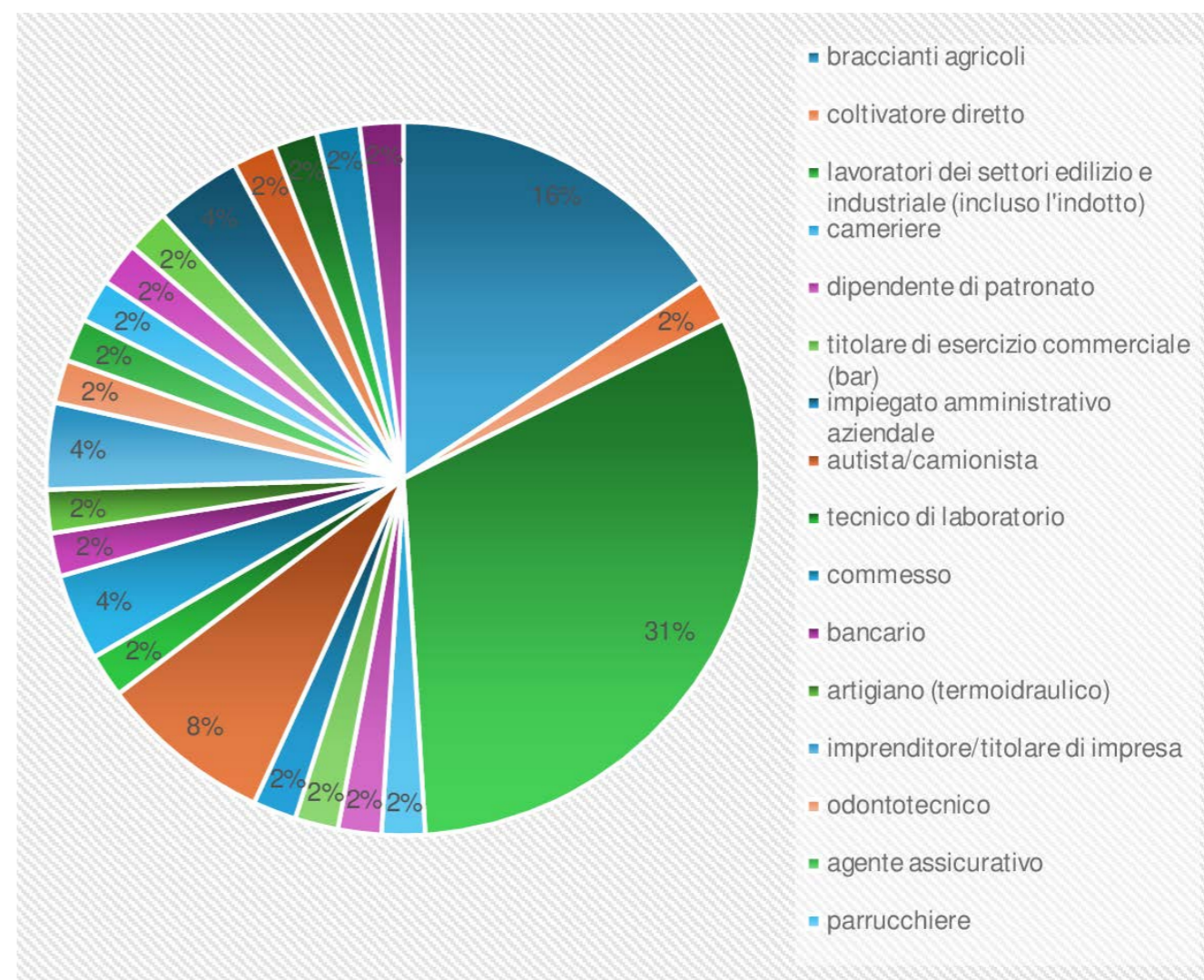
- insorgenza di nuove patologie nel periodo post-pandemico, con valutazione della possibile correlazione con l'infezione da SARS-CoV-2.

I dati raccolti sono stati anonimizzati e sottoposti ad analisi descrittiva, al fine di individuare eventuali pattern ricorrenti e possibili associazioni tra lo stato post-infezione e gli esiti delle valutazioni medico-legali.

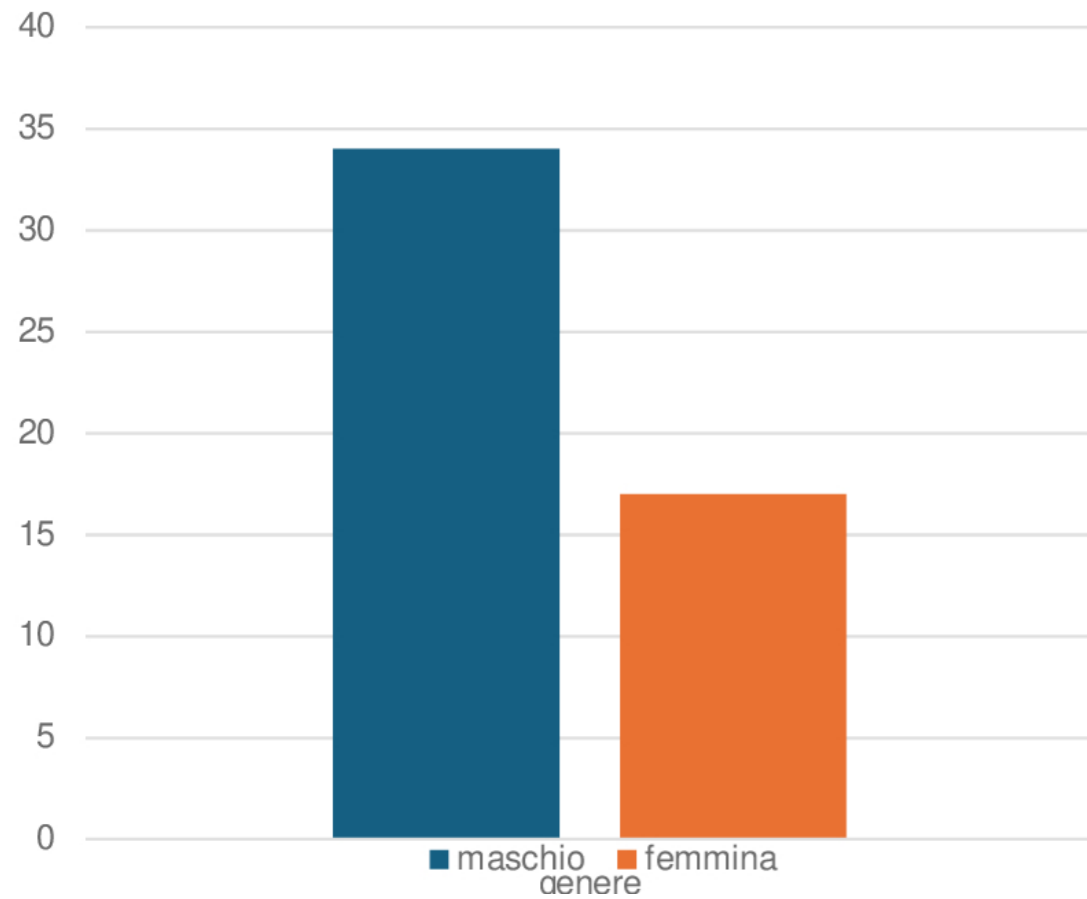
## RISULTATI

I risultati dell'indagine sono stati organizzati secondo i principali parametri analizzati:

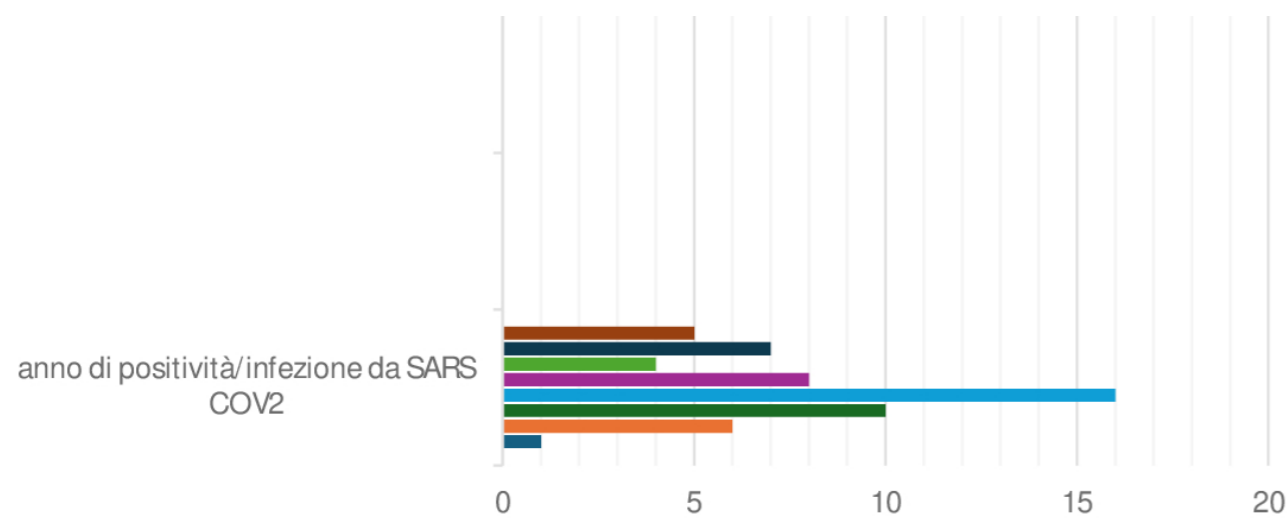
1. Ambito lavorativo: la maggioranza dei soggetti sottoposti a visita medico-legale era costituita da lavoratori dei settori edilizio e industriale (incluso l'indotto), prevalentemente addetti a mansioni manuali; una quota significativa apparteneva invece al settore agricolo. Questa distribuzione potrebbe riflettere l'esposizione a fattori di rischio fisico e ambientale tipici di tali contesti occupazionali, potenzialmente influenti sia sullo stato di salute generale che sulla suscettibilità alle infezioni (**tab. 1**).



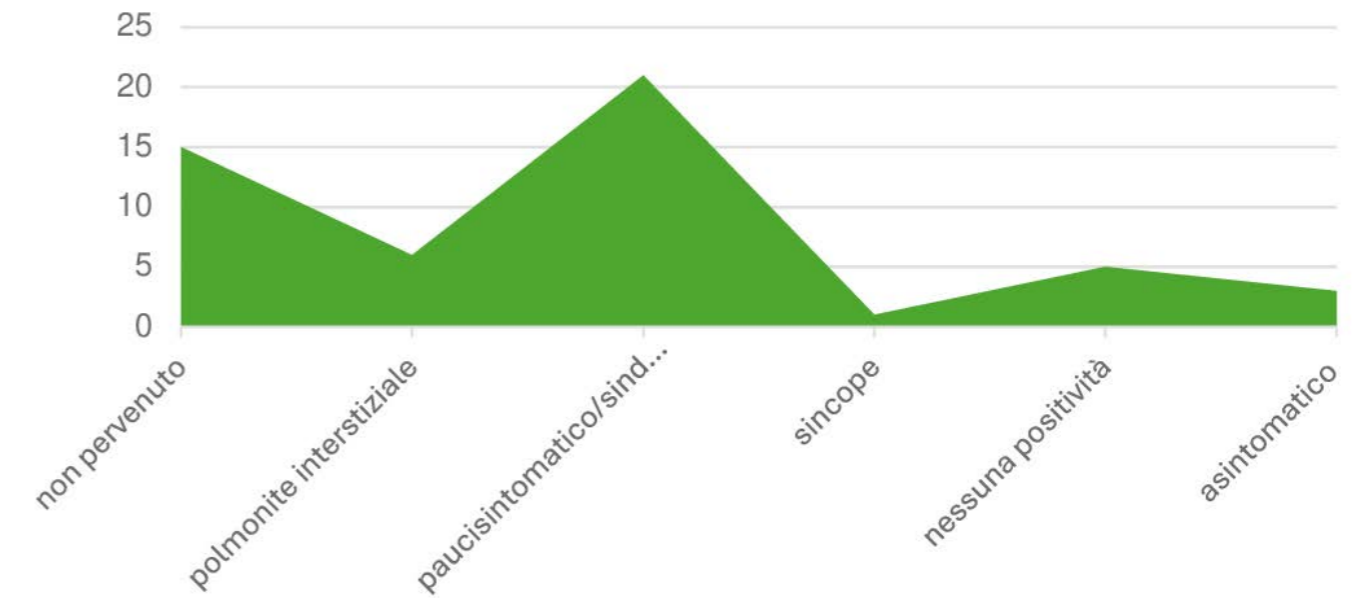
2. Genere: il campione analizzato ha mostrato una netta prevalenza del genere maschile, con un rapporto di circa 2:1 rispetto alle lavoratrici **(tab.2)**.



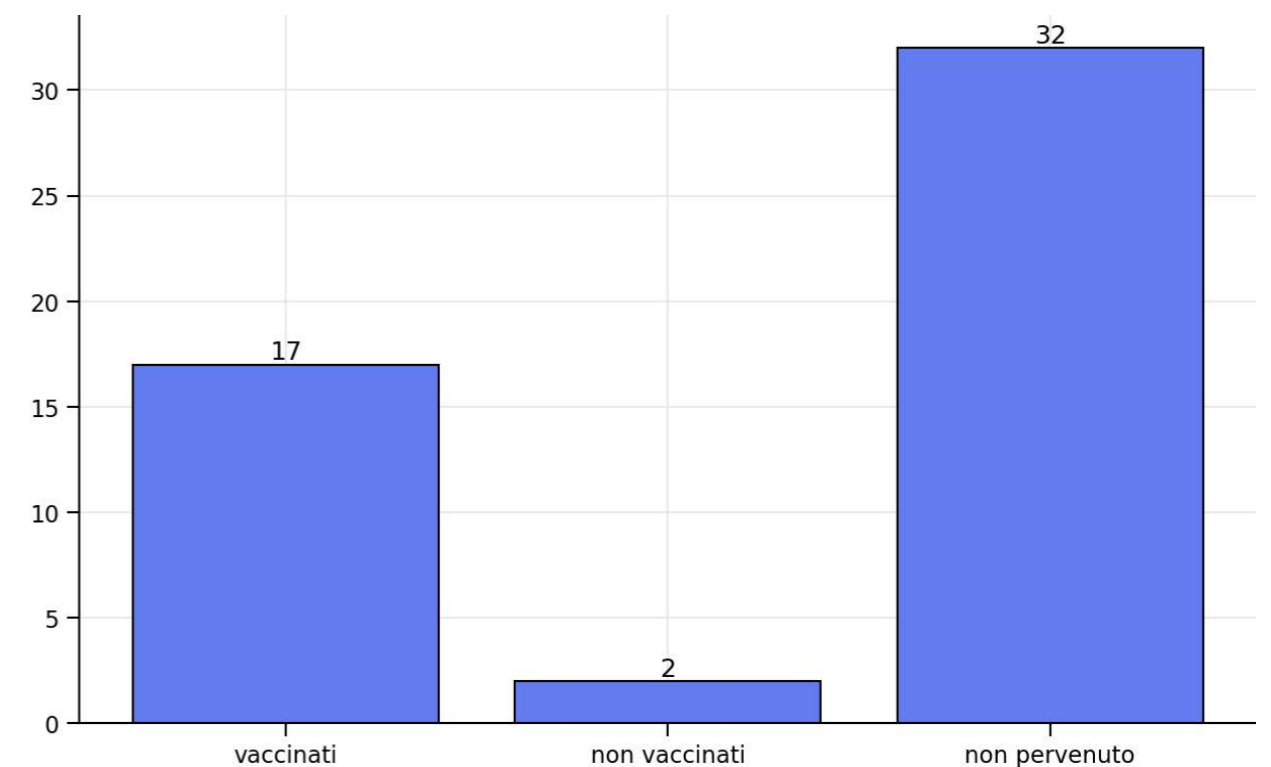
3. Epoca di infezione: in sei casi è stata documentata una doppia positività al tampone in anni differenti. Il 2022 ha registrato il maggior numero di infezioni, seguito dal 2021 e dal 2023. Questi anni coincidono con il periodo immediatamente successivo alla prima ondata pandemica, durante il quale si è osservato un progressivo calo dei decessi Covid-correlati a livello globale, anche grazie alla diffusione della vaccinazione **(tab.3)**.



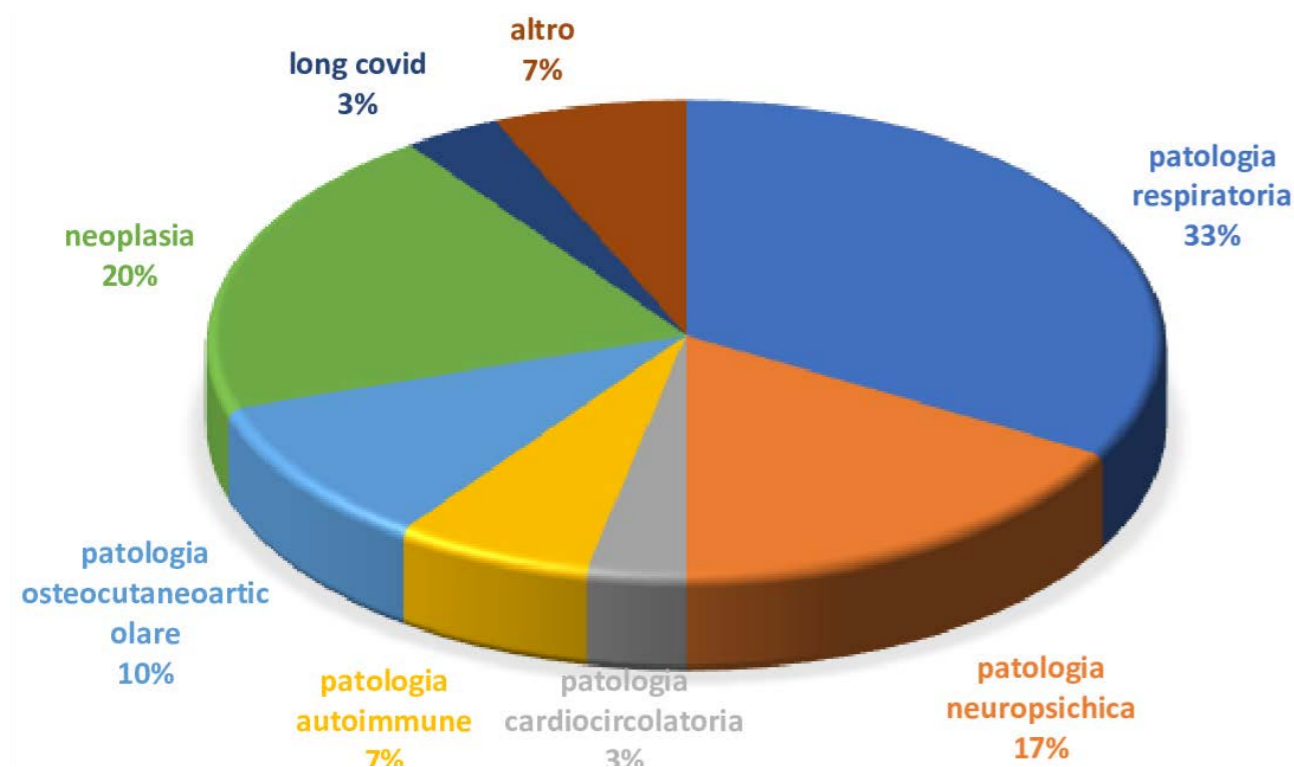
4. Tipologia di infezione: la caratterizzazione clinica dell'infezione è stata effettuata tramite anamnesi e, ove disponibile, documentazione sanitaria. Nella maggior parte dei casi, l'infezione si è manifestata con sintomi lievi o simil-influenzali (artralgie, rinite, febbre, tosse, brividi, desaturazione). Sei soggetti hanno sviluppato una polmonite interstiziale, mentre un solo caso ha esordito con sincope. In 15 casi, le informazioni cliniche non sono risultate disponibili **(tab.4)**.



5. Vaccinazione anti-Covid: l'analisi del dato vaccinale è stata limitata da un'elevata percentuale di casi (32) per i quali l'informazione non era disponibile. Tuttavia, 17 soggetti sono risultati vaccinati **(tab.5)**.



6. Patologie diagnosticate nel periodo post pandemico: l'analisi ha confrontato i quadri clinici pregressi con quelli post-pandemici. In circa il 15% dei casi, i dati clinici erano incompleti. Alcuni soggetti hanno presentato più di una nuova diagnosi. Le patologie più frequentemente riscontrate hanno interessato l'apparato respiratorio (rapporto 1:5), con tre casi di sindrome restrittiva (uno con versamento pleurico), due di sindrome delle apnee ostruttive, un'interstiziopatia e un caso di algia toracica aspecifica (tab.6).



A seguire:

- 21%: patologie neoplastiche (es. adenocarcinoma uterino, neoplasia vescicale, mielofibrosi idiopatica, glioblastoma);
- 18%: disturbi neuropsichiatrici (es. sindrome ansiosa con disfunzione neuromuscolare, multineuropatia atassica, sindrome bipolare, deterioramento cognitivo, encefalopatia ipossica);
- 11%: patologie osteo-articolari e dei tessuti molli (es. esiti cicatriziali da piaghe da decubito, ernie discali, listesi operata);
- 7%: patologie autoimmuni (malattia di Behçet, sarcoidosi linfonodale);
- 2%: patologie cardiocircolatorie (ipertensione con aritmia);
- 2%: long Covid (un solo caso documentato).

Due ulteriori casi riguardavano condizioni non direttamente correlabili all'infezione: un trauma cranico da infortunio I.N.A.I.L. e una malattia policistica renale. In un caso è stato riconosciuto il diritto a rendita I.N.A.I.L. per malattia/infortunio da Covid-19.

## CONCLUSIONI

I risultati emersi da questa analisi descrittiva, pur con i limiti metodologici che ne riducono la generalizzabilità, offrono alcuni spunti di riflessione sul possibile impatto della pandemia da SARS-CoV-2 sulla salute dei lavoratori sottoposti a valutazione medico-legale. In particolare, si è osservata una frequente insorgenza di nuove patologie nel periodo post-pandemico<sup>1</sup>, con una prevalenza di disturbi a carico dell'apparato respiratorio, seguiti da condizioni neoplastiche, neuropsichiatriche, osteo-articolari e autoimmuni.

Va tuttavia sottolineato che non è stato possibile stabilire un nesso causale diretto tra l'infezione da SARS-CoV-2 e le nuove diagnosi, anche in considerazione della natura prevalentemente anamnestica dei dati raccolti e della limitata disponibilità di documentazione clinica oggettiva.

Tra i principali limiti dello studio si evidenziano:

- la raccolta dei dati in un unico Centro Medico-Legale, con conseguente limitazione della rappresentatività del campione;
- l'esclusione di alcuni soggetti visitati nel medesimo periodo;
- l'incertezza circa la continuità dell'attività lavorativa al momento dell'infezione, che ha reso difficile valutare l'impatto dell'ambiente professionale;
- l'elevata percentuale di dati mancanti relativi alla vaccinazione, sia in termini di somministrazione che di cronologia.

Nonostante tali criticità, l'indagine suggerisce l'opportunità di approfondire ulteriormente il tema, anche attraverso studi multicentrici e l'adozione di strumenti di raccolta-dati più strutturati, che integrino anamnesi, documentazione clinica e valutazioni specialistiche. In quest'ottica, potrebbe rivelarsi utile promuovere una maggiore formazione del personale medico-legale in ambito di ricerca clinico-epidemiologica e favorire un approccio multidisciplinare, coinvolgendo specialisti in pneumologia, neurologia, psichiatria e medicina del lavoro.

Un simile orientamento potrebbe contribuire a una più accurata comprensione delle condizioni di salute dei lavoratori nel contesto post-pandemico, migliorando la qualità delle valutazioni medico-legali e offrendo un supporto più efficace alla tutela previdenziale e sanitaria.

# BIBLIOGRAFIA

1. *Garlaschi M. (2022). Le morti da Covid-19 nel 2021: un confronto internazionale. Osservatorio CPI.*
2. *Gutzeit J. et al. (2025). Definitions and symptoms of the post-COVID syndrome: an updated systematic umbrella review. J. Clin. Med. 024; 13(2): 1234.*
3. *Rabady S., Hoffmann K., Aigner M., Altenberger J., Brose M., Costa U., et al. (2023). S1 guidelines for the management of postviral conditions using the example of post-COVID-19. Wien Klin Wochenschr; 135:525–598.*
4. *Tegenthoff M., Drechsel-Schlund C., Widder B. (2022). Neurological and psychiatric expert assessment of post-COVID syndrome. Der Nervenarzt; 93: 804 –811.*
5. *Viola M., Sacerdote C., Ciccone G., Donarelli E., Kogevinas M., Rasulo A., et al. (2025). Long-term physical and mental Health-Related Quality of Life in Italian patients post COVID-19 hospitalisation. Qual. Life Res.; 34(4):1103-1111.*

# L'intelligenza artificiale e Medicina Legale INPS: tra innovazione predittiva, etica pubblica e tutela della persona

Emanuele Maria Nicoletti<sup>1</sup>  
Claudio Caldarola<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dirigente Medico-Legale I livello, INPS - Sede di Matera

<sup>2</sup>Avvocato e giurista italiano specializzato in intelligenza artificiale e diritto delle tecnologie, con competenze sulla regolamentazione delle nuove tecnologie, protezione dei dati, governance digitale ed etica dell'intelligenza artificiale.

Corresponding author: Emanuele Maria Nicoletti, emanuelemaria.nicoletti@inps.it

## ABSTRACT

*L'intelligenza artificiale (IA) sta rivoluzionando il sistema pubblico di valutazione medico-legale. In ambito INPS, l'adozione di strumenti basati su algoritmi predittivi può riguardare non solo l'invalidità civile, ma anche la medicina previdenziale (ex L. 222/1984 e L. 335/1994), la medicina fiscale e il contenzioso medico-legale. Tuttavia, l'ingresso dell'IA solleva questioni fondamentali di metodo, equità, trasparenza e responsabilità pubblica. In particolare, la recente Legge 62/2024 sulla disabilità impone un paradigma multidimensionale e personalizzato, difficilmente standardizzabile da logiche algoritmiche. Questo articolo propone una riflessione critica sulle opportunità e i limiti dell'IA nel contesto previdenziale INPS, delineando alcune proposte operative per una governance etica, sostenibile e condivisa della trasformazione digitale.*

### **Parole chiave:**

*intelligenza artificiale; medicina legale INPS; disabilità; invalidità civile, medicina previdenziale, contenzioso medico-legale, medicina fiscale, etica pubblica, governance digitale*

## PREMESSA GIURIDICA

La governance dell'intelligenza artificiale nella medicina legale e nella previdenza dell'INPS tra Regolamento dell'Unione Europea 2024/1689 e Legge 23 settembre 2025, n. 132 L'impiego di sistemi di intelligenza artificiale nei procedimenti dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) solleva, in primo luogo, una questione di governo pubblico. Occorre stabilire a quali condizioni giuridiche, organizzative e procedurali strumenti computazionali possano operare nei procedimenti che attuano diritti fondamentali quali la salute, la sicurezza sociale, la tutela della persona con disabilità, la valutazione della capacità lavorativa e l'accesso a prestazioni assistenziali e previdenziali, preservando la struttura delle garanzie su cui essi poggiano. In tale perimetro l'intelligenza artificiale costituisce componente dell'architettura decisionale, la cui legittimità si misura sulla compatibilità con i principi di legalità, imparzialità, buon andamento, motivazione e tutela giurisdizionale<sup>1</sup>.

Le architetture algoritmiche veicolano scelte sostanziali. La selezione dei dati di addestramento, la definizione delle variabili rilevanti, l'individuazione delle metriche di ottimizzazione, l'organizzazione delle interfacce e la collocazione del sistema nel flusso istruttorio incorporano determinazioni che precedono la singola decisione e ne condizionano gli esiti. Nei procedimenti medico-legali e previdenziali, ove la valutazione richiede l'apprezzamento individualizzato della documentazione clinica, del decorso patologico, del contesto personale, della capacità funzionale residua e della relazione fra menomazione e ambiente, l'introduzione di funzioni di classificazione, di scoring, di prioritizzazione istruttoria o di supporto valutativo è idonea a produrre opacità decisionale, standardizzazione indebita e ostacoli alla contestazione dell'esito, anche quando il sistema risulti formalmente qualificato come ausiliario<sup>2</sup>.

Da queste premesse discende la tesi che orienta il contributo. Nei procedimenti pubblici incidenti su salute, disabilità, lavoro e prestazioni sociali, l'intelligenza artificiale va trattata come infrastruttura di garanzia, sottoposta a un regime rafforzato di tracciabilità, di auditabilità, di qualità del dato, di sicurezza, di prevenzione delle distorsioni sistematiche, di protezione dei dati personali e di responsabilità pubblica. La distinzione fra supporto istruttorio e decisione costituisce criterio operativo verificabile e reflente sulla struttura del provvedimento. La supervisione umana, per assolvere la funzione che le è assegnata, deve essere qualificata, vale a dire affidata a soggetti dotati delle competenze tecniche, giuridiche e medico-legali necessarie a comprendere significato e limiti dell'output, titolari di poteri reali di rilievo, di correzione o di disapplicazione, e tenuti a una motivazione documentabile<sup>3</sup>.

1 Cost., artt. 2, 3, 32, 38 e 97. L. 7 agosto 1990, n. 241, recante «Nuove norme sul procedimento amministrativo» e successive modificazioni, in particolare artt. 1, 3 e 6. Sull'inquadramento del provvedimento informatizzato come atto amministrativo soggetto ai principi che presidiano l'attività provvedimento si veda già Cons. Stato, sez. VI, 8 aprile 2019, n. 2270, ove la decisione automatizzata della pubblica amministrazione è qualificata come «atto amministrativo informatico» e sottoposta ai canoni di pubblicità, trasparenza e imparzialità.

2 Sul rilievo della componente algoritmica anche quando il sistema sia presentato come meramente preparatorio rispetto a un atto adottato da un terzo, Corte di giustizia dell'Unione europea, prima sezione, 7 dicembre 2023, causa C-634/21, OQ c. Land Hessen (SCHUFA Holding), ECLI:EU:C:2023:957, che qualifica come «processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche», ai sensi dell'art. 22, par. 1, Reg. (UE) 2016/679, l'attività di una società che produce un tasso di probabilità dal quale dipende in modo decisivo la stipula, l'esecuzione o la cessazione di un rapporto contrattuale da parte del terzo destinatario di tale tasso; nello stesso senso, Corte di giustizia, 7 dicembre 2023, cause riunite C-26/22 e C-64/22, SCHUFA Holding (Esdebitazione), ECLI:EU:C:2023:958.

3 Art. 14 Reg. (UE) 2024/1689, sulla sorveglianza umana dei sistemi ad alto rischio. Art. 14 L. 23 settembre 2025, n. 132, ai sensi del quale l'utilizzo dell'intelligenza artificiale presso la pubblica amministrazione avviene in funzione strumentale e di supporto all'attività provvedimento, restando la persona unica responsabile dei provvedimenti e dei procedimenti in cui sia stata utilizzata l'intelligenza artificiale. Art. 22 Reg. (UE) 2016/679. Per la declinazione, in materia di contratti pubblici, della distinzione fra decisione algoritmica e supporto algoritmico alla decisione umana, Cons. Stato, sez. IV, 4 giugno 2025, n. 4857.

Ne discende un'indicazione precisa sul rapporto fra efficienza amministrativa e garanzie sostanziali. La riduzione dei tempi istruttori e l'uniformità applicativa, conseguibili anche tramite l'intelligenza artificiale, costituiscono interessi pubblici meritevoli di tutela; il loro perseguimento resta vincolato al rispetto della valutazione individualizzata, della motivazione del provvedimento e della contestabilità in sede amministrativa e giurisdizionale. Su tali profili la giurisprudenza amministrativa ha enunciato alcuni punti fermi, segnatamente la conoscibilità della regola tecnica sottesa al funzionamento dell'algoritmo, l'assoggettamento del medesimo ai principi che presidiano l'attività amministrativa e la riserva della decisione provvedimento in capo all'autorità procedente<sup>4</sup>.

Il quadro regolatorio rilevante per l'Istituto si compone di livelli coordinati. Il Regolamento (UE) 2024/1689 adotta un approccio basato sul rischio e detta requisiti rafforzati per i sistemi ad alto rischio incidenti su salute, occupazione e accesso a servizi pubblici e privati essenziali. La Legge 23 settembre 2025, n. 132, recante disposizioni e deleghe al Governo in materia di intelligenza artificiale, va interpretata e applicata in conformità al regolamento europeo, con specifiche cautele in ambito sanitario, in ambito di disabilità e nell'impiego dell'intelligenza artificiale presso la pubblica amministrazione.

Il Regolamento (UE) 2016/679 e la disciplina nazionale di adeguamento governano il trattamento dei dati relativi alla salute e delle altre categorie particolari, anche sotto il profilo dei principi del trattamento, delle basi giuridiche, delle decisioni automatizzate, della protezione fin dalla progettazione, della sicurezza e della valutazione d'impatto. Il decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62 riorganizza la disciplina della disabilità secondo un paradigma multidimensionale e bio-psico-sociale, incentrato sul profilo di funzionamento e sul progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato. Sovraordinati a tale ordito normativo restano i principi costituzionali di solidarietà, di eguaglianza sostanziale, di tutela della salute, di protezione della persona con disabilità e di buon andamento dell'amministrazione<sup>5</sup>. In tale cornice, la funzione del medico-legale e dell'amministrazione resta quella di garante della valutazione individualizzata. L'intelligenza artificiale può assistere il reperimento e l'analisi documentale, segnalare incongruenze, contribuire alla coerenza interna delle prassi e supportare la programmazione delle risorse; l'apprezzamento professionale e la considerazione della singolarità del caso restano riservati al titolare del procedimento. La tesi che il contributo intende argomentare risulta dunque puntuale. L'intelligenza artificiale è chiamata a rafforzare la responsabilità pubblica e la decisione umana.

4 Sui punti fermi enunciati e progressivamente consolidati dalla giurisprudenza amministrativa, Cons. Stato, sez. VI, 8 aprile 2019, n. 2270 (conoscibilità della regola tecnica e qualità di atto amministrativo informatico); Cons. Stato, sez. VI, 13 dicembre 2019, nn. 8472, 8473 e 8474 (estensione dei principi all'attività amministrativa connotata da discrezionalità tecnica, conformemente al Reg. (UE) 2016/679 e ai principi del diritto dell'Unione); Cons. Stato, sez. VI, 4 febbraio 2020, n. 881 (la regola algoritmica come regola amministrativa generale, soggetta ai principi di pubblicità, trasparenza, ragionevolezza, proporzionalità e non discriminazione, nonché al sindacato del giudice amministrativo).

5 Reg. (UE) 2024/1689 del Parlamento europeo e del Consiglio del 13 giugno 2024, che stabilisce regole armonizzate sull'intelligenza artificiale, in GUUE, serie L, 12 luglio 2024, e in particolare il considerando 58 e l'allegato III, in punto di classificazione come ad alto rischio dei sistemi destinati a essere impiegati nell'ambito dell'occupazione, della gestione dei lavoratori, dell'accesso al lavoro autonomo e dell'accesso a servizi pubblici e privati essenziali. L. 23 settembre 2025, n. 132, recante «Disposizioni e deleghe al Governo in materia di intelligenza artificiale», in G.U., serie generale, n. 223 del 25 settembre 2025, entrata in vigore il 10 ottobre 2025. Reg. (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016, in particolare artt. 5, 6, 9, 22, 25, 32 e 35. D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il Codice in materia di protezione dei dati personali, come modificato dal d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101. D.lgs. 3 maggio 2024, n. 62, recante «Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato», in G.U., serie generale, n. 111 del 14 maggio 2024, attuativo della L. 22 dicembre 2021, n. 227. Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006, ratificata e resa esecutiva con L. 3 marzo 2009, n. 18. Per il modello bio-psico-sociale assunto a paradigma valutativo, Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF), Organizzazione mondiale della sanità, 2001.

La sua adozione presso l'Istituto si rivela giuridicamente sostenibile nella misura in cui rende il procedimento più tracciabile, documentato, auditabile e contestabile, preservando l'intelligibilità del provvedimento e la riconoscibilità dei centri di imputazione della responsabilità<sup>6</sup>.

### **IA e sanità pubblica, un'accelerazione inevitabile**

L'attività medico-legale dell'INPS si colloca in un contesto caratterizzato da un elevato volume di procedimenti valutativi, sia in ambito assistenziale sia previdenziale, con migliaia di istanze annue relative all'invalidità civile, alla disabilità, alle prestazioni previdenziali e al contenzioso giudiziario. In tale scenario, l'esigenza di garantire uniformità valutativa, tracciabilità dei processi e qualità delle decisioni assume un rilievo centrale. L'evoluzione normativa recente, unitamente alla progressiva digitalizzazione delle procedure e all'integrazione dei sistemi informativi, ha determinato un significativo incremento della pluralità gestionale e valutativa, rendendo sempre più necessario il ricorso a strumenti di supporto decisionale avanzati, tra cui le tecnologie basate sull'intelligenza artificiale. L'IA – in particolare nelle sue declinazioni predittive e generative – offre strumenti in grado di analizzare grandi quantità di dati clinici e amministrativi, individuare pattern ricorrenti, segnalare scostamenti e simulare scenari decisionali. L'INPS, da anni protagonista centrale nella gestione dell'invalidità, della disabilità e delle prestazioni previdenziali, non è estraneo a questa trasformazione. L'introduzione della Legge 62/2024, che promuove un modello valutativo basato sul funzionamento e sul contesto ambientale della persona, impone l'adozione di strumenti in grado di elaborare informazioni complesse, multidimensionali e non facilmente codificabili.

È in questo spazio che l'IA può rappresentare una potenziale risorsa. Ma non senza rischi.

In ambito assistenziale e previdenziale, il tema dell'uniformità valutativa assume particolare rilevanza anche alla luce delle significative disomogeneità territoriali osservate nei percorsi valutativi di accesso alle prestazioni. Recenti contributi medico-legali, anche con riferimento ai disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) e all'indennità di frequenza, hanno evidenziato come, in alcuni settori, la minore effettività delle tutele territoriali possa determinare un ricorso compensativo al canale assistenziale, con il rischio di derive applicative improprie e di progressiva distorsione della funzione delle prestazioni economiche. Funzioni di assistenza decisionale basate sull'intelligenza artificiale potrebbero contribuire a migliorare tracciabilità, coerenza procedurale e omogeneità valutativa, purché inseriti all'interno di modelli caratterizzati da supervisione medico-legale, trasparenza algoritmica e piena verificabilità dei criteri decisionali.

È fondamentale scongiurare che strumenti automatizzati possano determinare correlazioni rigidamente standardizzate tra documentazione clinica, dati amministrativi e riconoscimento delle prestazioni economiche, in contrasto con il principio di personalizzazione dell'accertamento sanitario e con la necessità di preservare l'autonomia del giudizio professionale. Analoghe criticità emergono anche nella valutazione delle condizioni di non autosufficienza della persona anziana, ambito caratterizzato da elevata complessità clinico-assistenziale. La mancanza, nell'ordinamento vigente, di una definizione pienamente univoca e condivisa della non autosufficienza evidenzia i limiti di approcci rigidamente standardizzati o integralmente automatizzati nella valutazione medico-legale. L'adozione di sistemi algoritmici in questo settore richiede pertanto

<sup>6</sup> Sulla riserva di decisione amministrativa e sull'obbligo di intelligibilità della regola tecnica, oltre alle pronunce richiamate alla nota 4, Cons. Stato, sez. VI, 4 febbraio 2020, n. 881, e Cons. Stato, sez. IV, 4 giugno 2025, n. 4857. Per i provvedimenti dell'Autorità garante per la protezione dei dati personali in materia di sistemi automatizzati impiegati dalla pubblica amministrazione, si rinvia alla raccolta consultabile sul sito istituzionale dell'Autorità. Sul rapporto fra intelligenza artificiale e diritti fondamentali nella prospettiva eurounitaria, Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, in particolare artt. 8, 21, 26, 34, 35 e 41.

particolare cautela, trasparenza metodologica e supervisione medico-legale, al fine di evitare semplificazioni incompatibili con il principio di personalizzazione della valutazione assistenziale e previdenziale.

Le più recenti riflessioni medico-legali in materia previdenziale evidenziano inoltre una progressiva evoluzione delle categorie valutative tradizionali, con particolare riferimento al concetto di inabilità a proficuo lavoro, verso modelli maggiormente orientati alla multidimensionalità, alla partecipazione sociale e al bisogno di sostegno della persona. Alla luce di tali considerazioni, la valutazione dell'inabilità tende progressivamente a integrarsi con fattori ambientali, relazionali e funzionali non sempre suscettibili di standardizzazione.

Gli strumenti algoritmici possono certamente supportare l'analisi documentale, l'organizzazione dei flussi procedurali e la raccolta di indicatori multidimensionali, ma non appaiono idonei a surrogare il giudizio interpretativo richiesto dall'interazione tra condizioni cliniche, contesto ambientale, autonomia funzionale e diritti sociali della persona. In tale contesto, il ruolo del medico-legale permane centrale quale garante della personalizzazione della valutazione, della proporzionalità decisionale e della corretta integrazione tra dati sanitari, dimensione sociale e tutela previdenziale.

### **L'intelligenza artificiale nell'invalidità civile: standardizzazione o spersonalizzazione?**

Nel campo dell'invalidità civile, l'IA potrebbe teoricamente contribuire a ridurre le disomogeneità valutative tra commissioni territoriali, ferma restando la discrezionalità tecnico-professionale, suggerendo modelli predittivi basati su storici clinico-funzionali.

Già oggi si sperimentano strumenti in grado di fornire range orientativi di valutazione medico-legale, sulla base della diagnosi ICD e delle comorbilità presenti nel certificato medico introduttivo. Tuttavia, l'errore metodologico sarebbe quello di trasformare questi strumenti da ausili analitici a decisori automatizzati. L'accertamento dell'invalidità non è mai solo percentuale, ma richiede una lettura clinica integrata, contestualizzata e spesso interpretativa. La rigidità di un algoritmo mal configurato potrebbe tradursi in valutazioni ingiuste, specialmente per patologie complesse, rare o non lineari.

### **Disabilità e Legge 62/2024: un terreno difficile per l'automazione**

La recente Legge 62/2024 introduce una nuova definizione di disabilità, fondata sul modello biopsicosociale e sull'interazione tra menomazione, contesto ambientale e barriere. La valutazione è ora centrata sul "funzionamento", secondo i codici ICF dell'OMS.

Applicare strumenti di IA a questa realtà è estremamente complesso. I sistemi algoritmici operano prevalentemente attraverso correlazioni statistiche e modelli probabilistici, difficilmente idonei a cogliere integralmente la dimensione esperienziale, relazionale e contestuale della persona.

È difficile immaginare un algoritmo che comprenda realmente la limitazione relazionale di un minore con disturbo dello spettro autistico, o il contesto sociale di un adulto disabile grave privo di sostegno familiare. L'automatismo non può cogliere la sofferenza, né restituire giustizia personalizzata. Le più recenti evoluzioni introdotte dal Decreto legislativo 62/2024 evidenziano il progressivo superamento di modelli valutativi rigidamente fondati sulla sola riduzione della capacità lavorativa generica, a favore di approcci maggiormente orientati al funzionamento globale della persona, alla partecipazione sociale e all'interazione con il contesto ambientale, secondo la capacità di svolgere azioni in molteplici domini previsti dalla classificazione ICF.

L'introduzione del modello bio-psico-sociale dell'ICF, del nuovo profilo di funzionamento e di strumenti multidimensionali quali il WHODAS 2.0 segna il passaggio da una concezione centrata esclusivamente sull'"homo faber" a una visione più ampia e inclusiva della persona quale "homo civis", titolare di diritti, bisogni di sostegno e possibilità di partecipazione sociale. Sotto questo profilo, assumono particolare rilievo anche i percorsi di inclusione scolastica e lavorativa, che richiedono una valutazione non limitata alla sola componente clinica della menomazione, ma estesa alle concrete restrizioni della partecipazione e ai bisogni di sostegno della persona nei diversi contesti di vita.

In questa cornice, assume rilievo anche il ruolo delle figure professionali coinvolte nella valutazione multidimensionale, tra cui quelle dell'area psicologica/sociale, chiamate a concorrere alla rilevazione degli aspetti relazionali, ambientali e partecipativi della persona.

La stessa disciplina introdotta dal Decreto legislativo 62/2024 conferma inoltre il ruolo essenziale della valutazione diretta della persona, prevedendo l'accertamento esclusivamente agli atti soltanto in ipotesi eccezionali e tipizzate. Tale impostazione appare coerente con la necessità di preservare la dimensione clinico-relazionale e interdisciplinare del procedimento valutativo, difficilmente riconducibile a processi integralmente automatizzati o fondati sulla sola elaborazione documentale. La fase attuale di progressiva attuazione della riforma, limitata ad alcune specifiche condizioni patologiche e caratterizzata dalla coesistenza tra nuovi strumenti valutativi e tradizionali criteri tabellari dell'invalidità civile, evidenzia tuttavia la eterogeneità metodologica del sistema e la difficoltà di standardizzare procedimenti fondati sull'integrazione tra menomazioni, funzionamento, plurimorbilità e livelli di sostegno. In questo contesto, l'utilizzo dell'intelligenza artificiale nei procedimenti medico-legali dell'INPS richiede particolare cautela metodologica, poiché il rischio di una riduzione algoritmica della variabilità clinico-funzionale della persona potrebbe risultare incompatibile con la natura multidimensionale, relazionale e contestuale delle moderne valutazioni assistenziali e previdenziali. Strumenti di supporto algoritmico dovrebbero pertanto essere orientati non alla delegazione integrale del giudizio medico-legale, ma all'inclusione di dati clinici, funzionali e ambientali, nel rispetto dei principi di personalizzazione, proporzionalità e centralità della persona.

#### **Medicina previdenziale (L. 222/1984, L. 335/1994): IA e predizione della capacità lavorativa**

La valutazione dell'inabilità lavorativa permanente (art. 1, L. 222/84) o dell'assegno ordinario di invalidità (art. 2), così come le pensioni di invalidità in regime contributivo (L. 335/94), rappresentano ambiti strategici per l'INPS. La crescente pluralità delle condizioni cliniche e la mutevolezza del mercato del lavoro rendono le valutazioni previdenziali sempre più articolate.

Nell'ambito della medicina previdenziale, recenti analisi condotte sui dati INPS relativi alle prestazioni disciplinate dalla Legge 222/1984 evidenziano inoltre il significativo impatto dei disturbi mentali nei procedimenti di riconoscimento medico-legale nel periodo 2017–2024 e una rilevante incidenza nelle fasce di età lavorativamente attive. L'utilizzo di sistemi informativi sanitari integrati e di estrazioni statistiche su larga scala conferma come soluzioni automatizzate possano offrire un utile strumento integrativo nell'analisi epidemiologica e nell'individuazione di trend previdenziali complessi. Resta tuttavia particolarmente delicato il tema delle valutazioni a prevalente componente psichiatrica, nelle quali la dimensione clinica, relazionale e socio-funzionale della persona difficilmente appare riconducibile a decisioni integralmente automatizzate o rigidamente standardizzate.

I più recenti dati relativi all'attività delle Commissioni Mediche di Verifica INPS di Roma, cui sono state trasferite dal 1° giugno 2023 le competenze già attribuite alle Commissioni Mediche di Verifica del Ministero dell'Economia e delle Finanze nell'ambito degli accertamenti previsti dalla Legge 335/1995, evidenziano un progressivo incremento delle istanze caratterizzate da elevata articolazione clinico-valutativa, con particolare riferimento alle condizioni di natura psichiatrica e oncologica. Ciò appare particolarmente significativo nei procedimenti medico-legali che implicano valutazioni integrate, non interamente riconducibili a criteri standardizzati.

Nondimeno, l'esperienza delle Commissioni evidenzia come l'elaborazione delle informazioni sanitarie già presenti nelle banche dati dell'Istituto e la definizione di alcune pratiche agli atti possano contribuire a ridurre duplicazioni procedurali e aggravii valutativi per il cittadino, favorendo una maggiore efficienza amministrativa. In questo ambito l'IA potrebbe svolgere una funzione di assistenza decisionale: analisi dei flussi certificativi e pregressi valutativi; riconoscimento di pattern tipici di cronicizzazione; simulazione dell'evoluzione clinico-lavorativa; strumento complementare nella predisposizione delle difese tecniche nel contenzioso. Tuttavia, anche in questa prospettiva, è il giudizio medico-legale a fondare la legittimità del riconoscimento. L'algoritmo può sostenere l'analisi, ma mai sostituirsi alla responsabilità del medico.

#### **Contenzioso medico-legale: IA come strumento di analisi e strategia difensiva**

Il contenzioso in ambito previdenziale e assistenziale ha conosciuto una crescita significativa negli ultimi anni. Le pronunce giudiziarie che modificano, annullano o integrano le valutazioni INPS impongono una riflessione sulla qualità, uniformità e motivazione degli accertamenti iniziali. L'IA potrebbe affiancare l'area legale e quella medico-legale: generando report su ricorsi più frequenti per patologia o fascia d'età; individuando i territori con tassi anomali di rigetto/accoglimento; analizzando le sentenze per estrarre i criteri di valutazione adottati dai CTU; supportando i consulenti INPS con banche dati scientifiche e analisi semantiche documentali. Ulteriori profili di riflessione emergono anche nell'ambito del contenzioso medico-legale previdenziale, nel quale la crescente digitalizzazione dei procedimenti e l'utilizzo di piattaforme informatiche richiedono un costante equilibrio tra innovazione tecnologica, rigore metodologico e autonomia professionale del medico-legale. L'utilizzo di strumenti di intelligenza artificiale potrebbe contribuire a migliorare la tracciabilità degli atti, l'organizzazione documentale e l'uniformità valutativa, soprattutto nell'ambito delle attività consulenziali e di ausilio tecnico ai procedimenti giudiziari. Resta tuttavia centrale il ruolo del consulente medico-legale, chiamato a integrare competenze tecnico-scientifiche e capacità interpretative, con piena consapevolezza delle implicazioni giuridiche e istituzionali del proprio operato.

#### **Medicina fiscale, telemedicina e IA**

Anche nell'ambito della medicina fiscale, l'utilizzo di strumenti predittivi richiede particolare cautela, poiché il rischio di automatismi valutativi potrebbe incidere sul delicato equilibrio tra esigenze di controllo amministrativo e tutela della dignità del lavoratore.

Nel campo delle visite mediche di controllo (VMC), la IA può offrire supporti notevoli: riconoscimento di pattern di assenza ripetuta; integrazione di dati storici e clinici; prioritizzazione dei controlli su base predittiva; alert su anomalie certificate (ad es. prognosi incongrue rispetto alla diagnosi). Tuttavia, l'equilibrio tra prevenzione e tutela resta delicato. Automatizzare in modo eccessivo la sorveglianza potrebbe portare a un uso sproporzionato dello strumento fiscale, minando la fiducia tra lavoratori, medici e istituzioni.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), in particolare la Missione 6 – Salute, promuove l'introduzione su larga scala della telemedicina e dei sistemi digitali di presa in carico. In questo contesto, anche la medicina legale INPS può trarre benefici significativi da un uso integrato della valutazione da remoto, soprattutto in fasi istruttorie e nella gestione dell'elevato carico documentale. La televalutazione assistita tramite piattaforme sicure, l'analisi semantica dei certificati medici e dei fascicoli elettronici, l'automazione della preistruttoria con IA, rappresentano strumenti ad alto potenziale per: accelerare la gestione delle istanze, migliorare l'uniformità valutativa, ridurre le disomogeneità territoriali, limitare accessi fisici evitabili, specialmente per utenti fragili o in aree interne. L'automazione della valutazione degli atti documentali, ad esempio nelle revisioni d'ufficio o nei rinnovi, può consentire di riservare l'accertamento in presenza solo ai casi complessi o con variabilità clinica significativa. In tali scenari, l'IA può fungere da triagista evoluto, supportando il medico nell'identificare i casi ad alta priorità.

Va sottolineato, tuttavia, che nessuna forma di automazione può sostituire l'interazione clinica nei casi dubbi o delicati, né il giudizio critico del medico-legale. La valutazione medico-legale, anche da remoto, resta un atto professionale, fondato su discernimento clinico e responsabilità personale.

#### **Etica sintetica, bias e governance dell'intelligenza artificiale**

Ogni algoritmo costituisce il risultato di una progettazione umana. E ogni dataset riflette – consapevolmente o meno – i bias di chi lo ha generato. Esiste il rischio concreto che l'IA amplifichi disparità preesistenti, penalizzando soggetti in condizione di vulnerabilità sanitaria o sociale. Alla luce di quanto esposto, il concetto di "etica sintetica", intesa come approccio orientato prevalentemente all'efficienza funzionale del sistema, deve necessariamente confrontarsi con i principi dell'etica pubblica, della trasparenza amministrativa e della tutela dei diritti fondamentali. Le decisioni medico-legali, in quanto potenzialmente incidenti su diritti costituzionalmente garantiti, non possono essere delegate ad automatismi opachi o non contestabili. Tale impostazione appare coerente anche con il recente orientamento espresso dalla Direzione Generale INPS, che ha richiamato la necessità di sviluppare modelli di intelligenza artificiale pubblica fondati su trasparenza, spiegabilità algoritmica, inclusione e tutela dei diritti della persona.

Da qui emerge come profilo significativo anche il tema della governance istituzionale dei sistemi di intelligenza artificiale, che richiede modelli organizzativi fondati su tracciabilità dei processi, verificabilità degli algoritmi, audit periodici e chiara attribuzione delle responsabilità decisionali. In ambito previdenziale e assistenziale, l'adozione di strumenti algoritmici dovrà pertanto svilupparsi all'interno di cornici regolative trasparenti, coerenti con i principi di legalità, imparzialità e tutela dei diritti della persona.

#### **Proposte operative per una IA previdenziale etica e funzionale**

1. Istituzione di un Osservatorio Nazionale INPS su IA e Medicina Legale, con funzioni di monitoraggio, indirizzo e audit.
2. Linee guida condivise sull'uso dell'IA nelle valutazioni medico-previdenziali, approvate in sede interistituzionale.
3. Formazione obbligatoria per dirigenti e medici legali, sui fondamenti dell'IA, rischi di bias, contenzioso, responsabilità professionale.
4. Trasparenza algoritmica: ogni decisione supportata da IA deve essere tracciabile, motivata e opponibile.
5. Integrazione dei sistemi IA nei fascicoli sanitari e giudiziari digitali, con protocolli di interoperabilità e rispetto delle norme GDPR.

## **CONCLUSIONI: L'ALGORITMO NON È IL MEDICO**

L'IA può essere una straordinaria alleata della medicina legale e previdenziale. Il medico-legale INPS è, e deve restare, il garante della correttezza valutativa e della tutela dei diritti individuali e fondamentali. Nell'era dell'Intelligenza Artificiale, il progresso tecnologico potrà tradursi in autentica innovazione soltanto mantenendo centrale la persona e la responsabilità professionale, principi imprescindibili della Medicina Legale e della Previdenza pubblica.

# BIBLIOGRAFIA

1. Catalano C., Giovannetti A., Mugnaini L., Romano B., Colaiuda F., Il contenzioso giudiziario medico legale di competenza INPS in ambito assistenziale e previdenziale degli iscritti all'assicurazione generale obbligatoria (AGO): ruolo, funzioni e compiti del consulente tecnico di parte (parte 1), *Rass. Med. Leg. Prev. Assist.*, 2025, 27-32
2. Catalano C., Giovannetti A., Mugnaini L., Il contenzioso giudiziario medico legale di competenza INPS in ambito previdenziale dei dipendenti pubblici: ruolo, funzioni e compiti del consulente tecnico di parte (parte 2), *Rass. Med. Leg. Prev. Assist.*, 2025, 35-42
3. Di Luca A., Bonanni E., Petruzzo P., Cavalli A., Disturbi mentali: analisi delle prestazioni previdenziali INPS nel periodo 2017–2024, *Rass. Med. Leg. Prev. Assist.*, 2025, 45-70
4. Fatigante G., Premate A., Decina A., Sansotta C.A., Fagnoli S., Ravoni M.P., Valutazione di base della disabilità ex D.LGS 62/2024: finalità, criteri e procedimento, *Rass. Med. Leg. Prev. Assist.*, 2025, 73-101
5. Filloramo F., Di Luca A., Disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) in Italia: analisi comparativa delle tutele scolastiche e assistenziali e riflessi medico-legali, *Rass. Med. Leg. Prev. Assist.*, 2025, 103-112
6. Moroni A., Migliorini R., Capozzella A., Vaccaro M., La persona anziana non autosufficiente, *Rass. Med. Leg. Prev. Assist.*, 2025, 115-124
7. Merulli C., Reale M., Sacco C., Angelini D., Sullo A., Considerazioni medico-legali sul concetto di inabilità a proficuo lavoro, *Rass. Med. Leg. Prev. Assist.*, 2025, 151-156
8. Vittimberga V., "Un'IA pubblica e inclusiva per evitare nuove disuguaglianze", intervista pubblicata su *La Discussione*, 10 maggio 2026.

## Riferimenti normativi e giurisprudenziali

### Fonti normative europee

9. Regolamento (UE) 2024/1689 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 13 giugno 2024, che stabilisce regole armonizzate sull'intelligenza artificiale e modifica taluni atti legislativi dell'Unione (Regolamento sull'intelligenza artificiale).
10. Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati).
11. Fonti costituzionali e legislative nazionali
12. Costituzione della Repubblica italiana, in particolare artt. 2, 3, 32, 38 e 97.
13. Legge 7 agosto 1990, n. 241, Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi, con particolare riferimento agli artt. 3 e 10-bis.
14. Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101.
15. Decreto legislativo 3 maggio 2024, n. 62, Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, dell'accomodamento ragionevole e della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato.
16. Legge 23 settembre 2025, n. 132, Disposizioni e deleghe al Governo in materia di intelligenza artificiale.

## Giurisprudenza amministrativa

17. Cons. Stato, sez. VI, 8 aprile 2019, n. 2270.
18. Cons. Stato, sez. VI, 13 dicembre 2019, n. 8472.

Gli Autori dichiarano l'assenza di conflitti di interesse in relazione ai contenuti del presente contributo

# Case study: Un caso di Invalidità e Cecità civile per Retinopatia del Prematuro (ROP)

Claudia Pitrone<sup>1</sup>  
Diego Burzomati<sup>2</sup>  
Raffaele Migliorini<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro Medico Legale INPS Messina - Commissione Medica di Invalidità e Cecità civile

<sup>2</sup>Responsabile Centro Medico Legale INPS Messina

<sup>3</sup>Coordinatore Generale Medico Legale INPS Direttore Scientifico della Rassegna di Medicina Legale Previdenziale e Assistenziale

Corresponding Author: clapitrone@gmail.com ; amrizzo@unime.it

## ABSTRACT

*La retinopatia del prematuro (ROP) rappresenta una sfida critica della medicina neonatale, con esiti che possono variare dalla regressione spontanea alla cecità assoluta.*

**Obiettivi:** *Il presente studio si propone di documentare la storia naturale e l'evoluzione clinica di un raro caso di retinopatia aggressiva del prematuro (ROP) evolutasi in cecità assoluta, analizzando l'insorgenza di una multidisabilità permanente.*

**Metodo:** *È stata condotta un'analisi retrospettiva e longitudinale dei dati clinici, chirurgici e medico-legali e dei verbali delle commissioni mediche per l'invalidità civile, L. 104 e cecità civile INPS emessi tra il 2013 e il 2025.*

**Risultati:** *L'analisi della storia clinica ha rilevato una discontinuità critica nel monitoraggio oftalmologico post-natale, con la mancata esecuzione di controlli programmati in fasi cruciali della vascolarizzazione retinica. Tale lacuna ha permesso la progressione della ROP verso un distacco di retina totale trazionale ad imbutto bilaterale, ovvero una cecità assoluta. I follow-up decennali dovuti alle revisioni INPS hanno altresì documentato la comparsa di una grave disabilità intellettiva*

**Conclusioni:** *Il caso studio dimostra che la cecità da ROP di V stadio non rappresenta un danno esclusivamente sensoriale, ma una patologia sistemica dello sviluppo che compromette l'intera traiettoria neuro-cognitiva del minore. Dal punto di vista medico-legale, l'assenza di un intervento tempestivo ha determinato una "perdita di chance" terapeutica irreversibile, in cui la deprivazione sensoriale precoce funge da moltiplicatore della disabilità intellettiva. I risultati confermano l'inderogabilità di una sorveglianza oftalmologica rigorosa, poiché gli esiti della ROP avanzata rimangono, allo stato attuale, refrattari anche alle tecniche chirurgiche più sofisticate, esitando in necessità assistenziali e previdenziali ad elevata intensità, continuativi e permanenti.*

## ABSTRACT

*Retinopathy of prematurity (ROP) represents a critical challenge in neonatal medicine, with outcomes ranging from spontaneous regression to complete blindness.*

**Objectives:** *This study aims to document the natural history and clinical progression of a rare case of aggressive retinopathy of prematurity (ROP) that evolved into absolute blindness, analyzing the onset of a permanent multidisability condition.*

**Methods:** *A retrospective and longitudinal analysis was conducted on clinical, surgical, and medico-legal data, as well as on the reports issued by medical commissions for civil disability, Law 104/1992 benefits, and INPS civil blindness certifications from 2013 to 2025.*

**Results:** *The analysis of the clinical history revealed a critical discontinuity in postnatal ophthalmologic monitoring, with the failure to carry out scheduled examinations during crucial phases of retinal vascularization. This gap allowed the progression of ROP toward a bilateral funnel-shaped total tractional retinal detachment, resulting in absolute blindness. The decade-long follow-ups required for INPS reassessments also documented the onset of severe intellectual disability.*

**Conclusions:** *This case study demonstrates that stage V ROP-related blindness does not represent solely a sensory impairment, but rather a systemic developmental disorder that compromises the entire neurocognitive trajectory of the child. From a medico-legal perspective, the absence of timely intervention resulted in an irreversible “loss of therapeutic chance,” in which early sensory deprivation acts as a multiplier of intellectual disability. The findings confirm the non-negotiable need for rigorous ophthalmologic surveillance, as the outcomes of advanced ROP remain, to date, refractory even to the most sophisticated surgical techniques, ultimately leading to high-intensity, continuous, and permanent care and social welfare needs.*

## INTRODUZIONE

La retinopatia del prematuro (ROP) rappresenta una vitreoretinopatia proliferativa vascolare che colpisce i neonati pretermine, configurandosi come una delle principali cause di cecità infantile prevenibile a livello globale (Hellström, Smith & Dammann, 2013). La patogenesi della ROP è intrinsecamente legata all'interruzione del normale sviluppo vascolare retinico, un processo che in condizioni fisiologiche avviene in un ambiente intrauterino a bassa tensione di ossigeno (Chen & Smith, 2007). La vascolarizzazione della retina umana inizia intorno alla sedicesima settimana di gestazione partendo dal nervo ottico e procede in senso centrifugo, raggiungendo l'ora serrata nasale verso la trentaduesima settimana e quella temporale poco prima del termine. Quando un neonato nasce prematuramente, questo sviluppo incompleto si scontra con l'esposizione a un ambiente extrauterino iperoscico, spesso esacerbato dalla necessità di ossigenoterapia supplementare per la sopravvivenza del neonato (Dammann, Hartnett & Stahl, 2023).

Il meccanismo molecolare della ROP si articola tipicamente in due fasi distinte. La prima fase, definita iperoscica e obliterativa, è caratterizzata da una downregulation del fattore di crescita dell'endotelio vascolare (VEGF) e del fattore di crescita insulino-simile 1 (IGF-1) (Smith, 2005). L'iperoscica relativa inibisce la produzione di VEGF, portando alla cessazione della normale crescita vascolare e alla parziale obliterazione dei capillari già formati. Successivamente, con l'aumento delle richieste metaboliche della retina in crescita e la persistente assenza di una vascolarizzazione adeguata, il tessuto retinico periferico diventa marcatamente ischemico. Questa ipossia tissutale innesca la seconda fase, o fase proliferativa, in cui i livelli di VEGF aumentano drasticamente nel tentativo di compensare il deficit di ossigeno. Tuttavia, questa risposta angiogenica è patologica: invece di formare vasi funzionali, si assiste alla proliferazione di neovasi fragili e disordinati che crescono verso il corpo vitreo (Smith, 2005).

La gravità della patologia viene classificata internazionalmente in base alla localizzazione (Zone I, II, III), all'estensione circonferenziale e allo stadio della proliferazione, che può evolvere dalla formazione di una linea di demarcazione fino al distacco totale della retina (Chiang et al., 2021). Un elemento clinico critico è la presenza della Plus disease (Davitt & Wallace, 2009), caratterizzata da una marcata dilatazione e tortuosità dei vasi del polo posteriore, segno di una forma particolarmente aggressiva e attiva della malattia.

Secondo i dati più recenti (Rapporto CeDAP - Ministero della Salute, 2024), in Italia nascono circa 23.000-25.000 neonati pretermine all'anno. All'interno di questa popolazione, circa il 30% dei nati pretermine sviluppa una forma di ROP, il che si traduce in circa 900-1.000 nuovi casi ogni anno nel nostro Paese. A livello europeo, Orphanet assegna alla ROP un codice (ORPHA:90050) e una prevalenza stimata tra 1 e 5 casi su 10.000 persone (Orphanet, 2026).

In Italia, la ROP non è inserita nell'elenco ministeriale delle malattie rare che danno diritto all'esenzione (DM 279/2001) per quanto riguarda le forme regressive o lievi (Ministero della Salute, 2001).

Di questa coorte ad alto rischio, la stragrande maggioranza risponde positivamente ai trattamenti con anti-VEGF o fotocoagulazione laser (Rasoulinejad, Maroufi & Alizadeh, 2022), con tassi di successo che superano l'ottanta o il novanta per cento a seconda delle casistiche regionali. Di conseguenza, il numero di bambini che sviluppano effettivamente una cecità totale o un'ipovisione gravissima si riduce drasticamente a poche decine di casi l'anno su tutto il territorio nazionale.

In tal senso, gli esiti cicatriziali gravi o la cecità derivante da ROP rientrano nelle tutele per la disabilità sensoriale o nelle categorie di cronicità, ma assumono una caratterizzazione rilevante per la rarità della manifestazione patologica.

## LINEE GUIDA DIAGNOSTICHE

Secondo le attuali raccomandazioni della Società Italiana di Neonatologia (SIN), il protocollo di screening è obbligatorio per tutti i neonati con un peso alla nascita inferiore o uguale a 1.500 grammi o con un'età gestazionale inferiore o uguale a 30 settimane. La prima visita oculistica deve avvenire solitamente tra la quarta e la sesta settimana di vita post-natale, o comunque non prima della trentunesima settimana di età post-mestruale, poiché un esame troppo precoce potrebbe non rivelare ancora i segni iniziali della proliferazione patologica.

L'esame standard è l'oftalmoscopia indiretta, eseguita previa midriasi farmacologica ottenuta tramite instillazione di colliri specifici (solitamente una combinazione di fenilefrina al 2,5% e tropicamide allo 0,5%). Per garantire l'accuratezza diagnostica e ridurre lo stress del neonato, la procedura viene effettuata in condizioni di monitoraggio dei parametri vitali e spesso con l'ausilio di anestesia topica e tecniche di contenimento non farmacologico (come la somministrazione di soluzione di saccosio). Una tecnologia sempre più diffusa nei centri di terzo livello è l'utilizzo di sistemi di imaging digitale ad ampio campo, come la RetCam, che permette di acquisire immagini retiniche a 130 gradi. Questo strumento è fondamentale non solo per la diagnosi obiettiva, ma anche per il teleconsulto e per il confronto diacronico dell'evoluzione vascolare nel tempo.

La frequenza dei controlli successivi viene determinata dall'oculista in base allo stadio della malattia e alla zona retinica coinvolta. Se la retina appare immatura ma senza segni di ROP, i controlli possono avvenire ogni due settimane; in presenza di una ROP iniziale (Stadio 1 o 2), il monitoraggio diventa settimanale o addirittura ogni 3-4 giorni se si sospetta un'evoluzione verso la Plus disease. Lo screening viene sospeso ufficialmente solo quando si verifica la completa vascolarizzazione della zona III (la periferia estrema) o quando i segni della malattia mostrano una regressione definitiva e stabile, indicando che la retina ha raggiunto una maturità vascolare tale da non costituire più un rischio per la vista del bambino.

## DAL ROP ALLA CECITÀ

La cecità nella retinopatia del prematuro non è un evento primario, ma l'esito finale di una sequenza di eventi meccanici e strutturali innescati dalla proliferazione vascolare anomala (Dutta et al., 2016). Il passaggio critico verso la perdita della funzione visiva è determinato dalla formazione di neovasi fragili che, invece di svilupparsi nel piano della retina, crescono verso l'interno del bulbo oculare, invadendo il corpo vitreo. Questi vasi sono accompagnati da una componente fibrosa o cicatriziale che, con il passare del tempo, tende a contrarsi.

La contrazione di questo tessuto fibrovascolare esercita una trazione meccanica sulla retina sottostante, che è ancora estremamente sottile e delicata. Quando la forza di trazione supera la pressione che mantiene la retina aderente all'epitelio pigmentato, si verifica il distacco della retina. Inizialmente, il distacco può essere parziale e localizzato alla periferia (Stadio 4), causando una perdita del campo visivo o gravi distorsioni. Se la trazione non viene interrotta, il processo evolve verso il distacco totale della retina (Stadio 5), in cui la membrana sensibile si solleva completamente, assumendo spesso una configurazione a imbuto che impedisce qualsiasi percezione della luce (Quinn, 2016).

Oltre al distacco retinico, la cecità o l'ipovisione grave possono essere determinate da complicanze secondarie di questo stato degenerativo (Chirico et al., 2024). La presenza di masse cicatriziali dietro il cristallino, nota come fibroplasia retrolentale (Heath, 1951), ostruisce fisicamente il passaggio della luce verso il fondo oculare. Inoltre, la disorganizzazione anatomica dell'occhio prematuro può causare lo spostamento anteriore dell'iride e del cristallino, portando all'insorgenza di un glaucoma secondario ad angolo chiuso, con un conseguente aumento della pressione intraoculare che danneggia in modo irreversibile il nervo ottico. Anche nei casi in cui la retina rimane adesa, la cecità può derivare da una grave ambliopia indotta da anomalie refrattive estreme, come la miopia elevata o l'astigmatismo, tipiche degli occhi che hanno subito i processi proliferativi della ROP.

## PROTOCOLLI DI INTERVENTO

L'intervento terapeutico nella retinopatia del prematuro è guidato da una stretta finestra temporale e mira a interrompere il ciclo di ischemia e iper-produzione di fattori angiogenici prima che si verifichi il distacco trazionale della retina. La fotocoagulazione laser a diodi rappresenta ancora oggi il gold standard per il trattamento della ROP di tipo 1 (soglia) (Guagliano et al., 2011). L'obiettivo della procedura è l'ablazione sistematica della retina periferica avascolare, ovvero la zona ischemica che non ha ancora ricevuto ossigenazione dai vasi sanguigni. Distruggendo queste cellule retiniche "affamate" di ossigeno, si elimina lo stimolo principale che produce il VEGF, portando alla regressione spontanea dei neovasi patologici. Sebbene efficace nel prevenire il distacco della retina, questo trattamento comporta una perdita permanente del campo visivo periferico e può favorire lo sviluppo di una miopia elevata in età pediatrica.

Una frontiera più recente e ampiamente utilizzata in Italia è la terapia farmacologica mediante l'iniezione intravitreale di farmaci anti-VEGF come Ranibizumab o Bevacizumab (Caputi & Rossi, 2015). Questi anticorpi monoclonali neutralizzano direttamente il fattore di crescita vascolare all'interno dell'occhio, bloccando la proliferazione dei vasi anomali quasi istantaneamente. Il vantaggio principale rispetto al laser è la conservazione della retina periferica, che mantiene la possibilità di vascolarizzarsi normalmente nei mesi successivi. Tuttavia, questa tecnica richiede un follow-up molto più lungo e rigoroso, poiché esiste il rischio di recidive tardive una volta che l'effetto del farmaco svanisce.

Nei casi in cui la terapia medica o laser fallisca e la malattia progredisca verso lo stadio 4 o 5, è necessario ricorrere alla chirurgia vitreo-retinica (Kono, Oshima & Fuchino, 2000). La vitrectomia via pars plana o il cerchiaggio sclerale sono procedure estremamente complesse che mirano a rimuovere meccanicamente le membrane fibrovascolari che esercitano trazione sulla retina. L'obiettivo della chirurgia in queste fasi avanzate è puramente anatomico: tentare di riposizionare la retina nella sua sede naturale per salvare un residuo di percezione luminosa o di visione orientativa, sebbene il recupero della visione centrale sia spesso compromesso dal danno strutturale già avvenuto.

## CONSEGUENZE DEL MANCATO ADEMPIMENTO DEL MONITORAGGIO CLINICO

In assenza di un intervento tempestivo, la retinopatia del prematuro segue la sua storia naturale verso la disorganizzazione architettonica del bulbo oculare. Il mancato blocco della cascata angiogenica trasforma una patologia vascolare in una patologia meccanica e cicatriziale irreversibile. Quando i livelli di VEGF rimangono patologicamente elevati, i neovasi continuano a proliferare nel corpo vitreo, creando un'impalcatura

fibrovascolare che funge da "ponte" tra le diverse aree della retina e tra la retina e il cristallino (Van Heuven & Kiel, 2008).

Il decorso degenerativo culmina nel distacco di retina trazionale totale, definito Stadio 5. In questa fase, la retina viene letteralmente strappata dal suo piano d'appoggio e si accartocchia dietro il cristallino, assumendo una conformazione a imbuto chiuso (vedi Figura 1). La perdita di contatto tra i fotorecettori e l'epitelio pigmentato retinico interrompe definitivamente la trasmissione degli impulsi elettrici al cervello, portando alla cecità assoluta (assenza di percezione della luce). Oltre alla perdita della vista, l'occhio va incontro a fenomeni di ptisi bulbare, ovvero un progressivo atrofizzarsi e rimpicciolimento del bulbo oculare dovuto alla cessazione della produzione di umore acqueo e al collasso delle strutture interne (Dogra, Katoch & Dogra, 2017).

Un'ulteriore complicanza del mancato intervento è l'insorgenza di anomalie strutturali del segmento anteriore. La massa di tessuto fibroso che si accumula dietro il cristallino spinge quest'ultimo in avanti, provocando la chiusura dell'angolo irido-corneale (Ulusoy, Kivanç & Kal, 2020). Questo determina un glaucoma secondario ad angolo chiuso, una condizione estremamente dolorosa per il neonato e difficile da gestire, che accelera la distruzione delle fibre del nervo ottico. In ultima analisi, l'occhio non trattato non perde solo la funzione visiva, ma diventa spesso un organo esteticamente deformato e potenzialmente dolente, rendendo a volte necessari interventi puramente palliativi o estetici in età adulta, come l'eviscerazione o l'applicazione di protesi oculari.

## IL CASO STUDIO

Il caso clinico che segue descrive l'evoluzione naturale di una retinopatia del prematuro (ROP) in un contesto di criticità nel monitoraggio e nel follow-up, esitata in cecità bilaterale. Il paziente è un neonato maschio, nato nell'ottobre del 2012 alla 26ª settimana + 5 giorni di gestazione con un peso alla nascita di 880 grammi. A causa della grave prematurità, il neonato è stato sottoposto a ventilazione non invasiva con NCPAP, oltre a terapia antibiotica per una sospetta sepsi e terapia anticonvulsivante.

Durante la degenza in terapia intensiva neonatale, il bambino è stato inserito nel protocollo di screening oftalmologico.

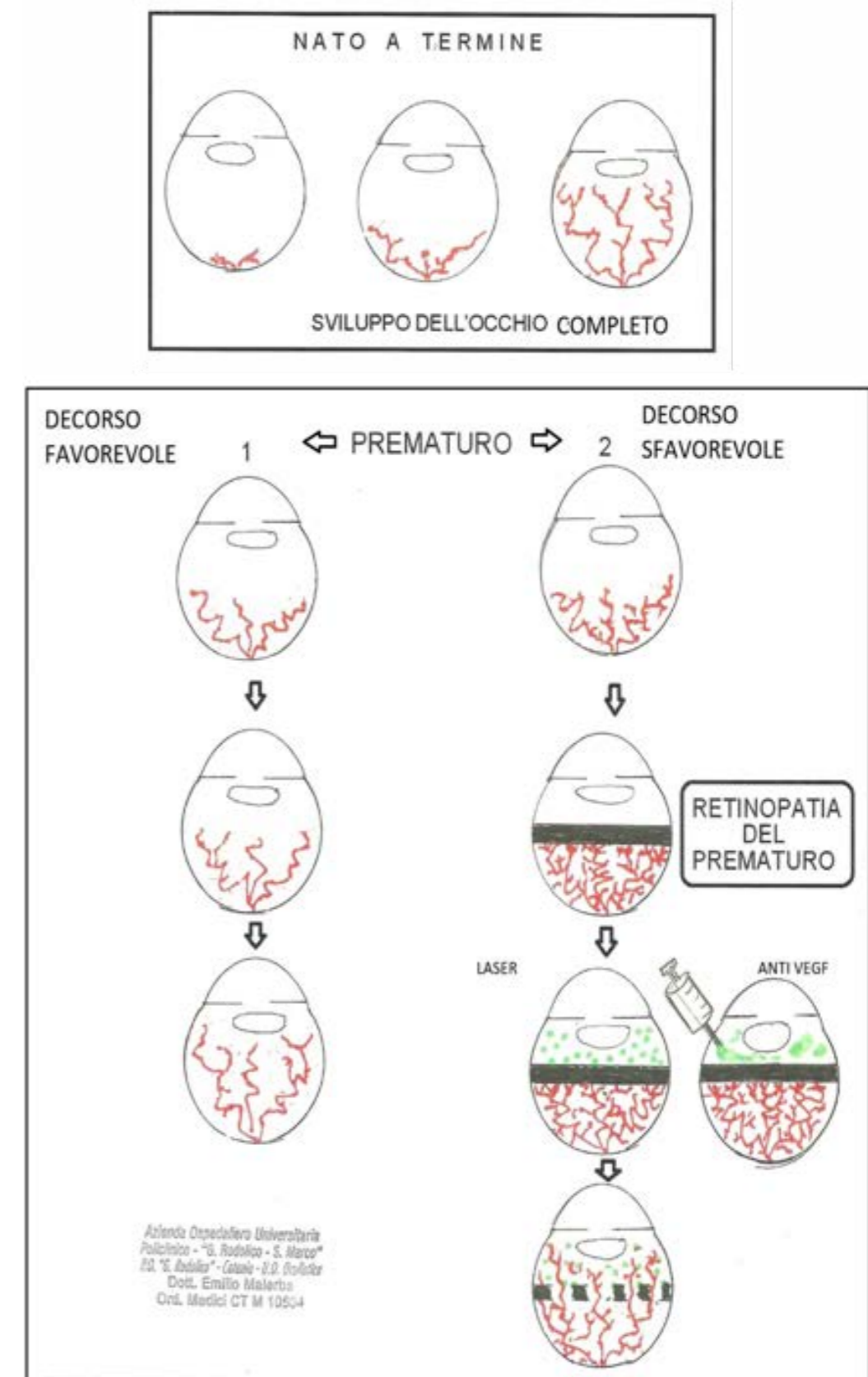
Tuttavia, la ricostruzione evidenzia una discontinuità temporale nel monitoraggio: un controllo cruciale, programmato alla 35ª settimana di età post-concezionale, non è stato eseguito, e la visita successiva ha riportato una scarsa esplorabilità del fondo oculare per una difficile dilatazione pupillare. Nonostante un ulteriore controllo pre-dimissione fosse stato giudicato nei limiti, l'assenza di un blocco della cascata angiogenica ha permesso alla patologia di progredire silenziosamente.

La fase degenerativa si è palesata nel post-dimissione quando, a circa quattro mesi di vita, una visita di follow-up ha rilevato la presenza di sinechie iridolenticolari bilaterali, segno di una massiva proliferazione fibrovascolare che impediva ormai l'osservazione del fondo oculare. Un esame ecografico successivo ha confermato l'evoluzione allo stadio V della classificazione internazionale ICROP3 (Chiang et al., 2021), con un distacco di retina totale ad imbuto in entrambi gli occhi. Questa disorganizzazione anatomica, tipica delle forme più avanzate, ha compromesso irreversibilmente il rapporto tra fotorecettori e neuroretina.

Nonostante il ricorso a molteplici interventi chirurgici di vitrectomia, lensectomia e capsulectomia, eseguiti in

centri specializzati sia nazionali che internazionali, il quadro clinico è evoluto verso una cecità bilaterale con una residua percezione luminosa minima (Vedi Tabella 1).

**Figura 1: Possibili decorsi della ROP. RISULTATI**



## CRONISTORIA DELLE VALUTAZIONI DI INVALIDITÀ CIVILE, L. 104 E CECITÀ

La tabella riassuntiva dei verbali medico-legali è strutturata in un formato cronologico e multi-modulare, progettato per documentare l'evoluzione della condizione del minore attraverso cinque step temporali distinti (2014, 2015, 2018, 2022, 2025). Ogni modulo della tabella è organizzato secondo i seguenti campi descrittivi: tipologia dell'istanza: Specifica la tipologia di verbale (su visita o agli atti), la data dell'accertamento, il tipo di posizione (Invalidità Civile, Cecità o Legge 104) e l'età esatta del soggetto al momento dell'esame, espressa in anni e mesi.

Sezione Anamnestica: Riporta la sintesi della storia clinica pregressa.

Esame Obiettivo: Descrive le evidenze cliniche rilevate dalla commissione al momento della visita, includendo parametri neurologici (tono nucale, lallazione, stereotipie), motori (deambulazione) e oftalmologici (ptosi, nistagmo, reattività pupillare, stato della cornea).

Diagnosi Clinico-Legale: Enuncia formalmente le patologie riscontrate, utilizzando la terminologia tecnica prevista dalla classificazione internazionale ICD.

Inquadramento Giuridico-Amministrativo: Elenca i benefici riconosciuti in base alle diverse leggi di settore, quali la Legge 18/80 (Indennità di accompagnamento), la Legge 104/92 (Handicap in situazione di gravità), la Legge 138/2001 (Ipovisione) e le leggi specifiche sulla Cecità Assoluta (382/70 e 508/88).

Disabilità Rilevate e Revisione: Sintetizza le aree funzionali compromesse (Vista, Mentale, Linguaggio, Neurologica) e specifica la data della successiva scadenza del verbale o, in alternativa, l'esonero da futuri accertamenti.

Tabella 1 : cronistoria dei verbali medico-legali INPS

|   | Messaggio INPS n.5544/2014, Comunicazione Tecnico Scientifica INPS 2015 e Linee Guida INPS Valutazione su Atti 2015  | Decreto Legislativo 62/2024 e Decreto 94/2025  |
|---|--|--|
| <b>Criteri diagnostici</b>  | DSM IV TR, DSM-5 e ICD-10  | DSM 5-TR e ICD-11  |
| <b>Strutture che effettuano diagnosi</b>                            | Strutture specializzate SSN e strutture accreditate SSN  | Strutture pubbliche o private accreditate SSN  |
| <b>Certificato medico introduttivo</b>                              | -  | Indicazione documentazione da allegare   |
| <b>Valutazione medico-legale</b>                                    | Q.I., valutazione capacità adattive (VABS), definizione del livello di gravità (scale validate)  | Livelli di gravità DSM 5-TR e livelli funzionamento adattivo (scale VABS-II)   |
| <b>Profilo di funzionamento</b>                                     | -  | Codifica in ICF delle scale VABS-II (valutazione comportamento adattivo) e codifica in ICF dell'indice di Barthel e dell'indice di Lawton-Brody (valutazione autonomia di base e strumentale vita quotidiana)  |
| <b>Percentualizzazione</b>  | Non presenti voci tabellari specifiche nella tabella allegata al DM 5 febbraio 1992 (eccetto "1209 - <i>Sindrome schizofrenica cronica grave con autismo delirio o profonda disorganizzazione della vita sociale</i> - 100%")                                  | Tabella con corrispondenza tra percentuali di invalidità e livelli DSM 5-TR e livelli VABS-II  |
| <b>Comorbilità</b>  | Valutazione della presenza di eventuali comorbilità (ad es. ritardo mentale ed epilessia) per dirimere se carico assistenziale eccezionale rispetto allo standard di un coetaneo in buona salute   | Criteri specifici se ulteriori condizioni di salute interessino medesime/diverse strutture/funzioni del corpo  |
| <b>Criteri per riconoscimento dell'Indennità di Accompagnamento</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Q.I. non verbale inferiore a 50 in età prescolare</li> <li>• Livello 3 secondo il DSM-5</li> <li>• Nella maggior parte dei casi di livello 2 con potenziale riserva per i minori con recente inquadramento</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minori: livello di gravità 2 o 3 (DSM 5-TR) o livello di funzionamento adattivo moderatamente basso o basso (VABS-II)</li> <li>• Adulti: 100% e valutazione profilo di funzionamento, limitatamente ai domini mobilità e autonomia nelle attività di base e strumentali agli atti di vita quotidiana, attraverso VABS-II, Indice di Barthel, Scale di Lawton Brody</li> </ul> |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Rivedibilità</b>  | Da evitare entro i 18 anni, eccetto casi di tipo lieve o borderline con ritardo mentale lieve o assente   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Condizione non soggetta a revisione</li> <li>• Previsioni di rivedibilità se Livello 1 (DSM 5-TR) e un livello di funzionamento adattivo adeguato (VABS-II) con valutazione prognostica favorevole</li> </ul>  |
| <b>Esonero</b>   | -   | Ai sensi del punto 10 del DM 2 agosto 2007  |
| <b>Individuazione dei livelli di sostegno (L.104/92 comma 3)</b> | Concessione di art. 3 comma 3 L.104/92 se: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Q.I. non verbale inferiore a 50 in età prescolare</li> <li>• livello 3 secondo il DSM-5</li> <li>• nella maggior parte dei casi di livello 2 con potenziale riserva per i minori con recentissimo inquadramento</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sostegno intensivo (elevato o molto elevato) con livello 2 o 3 (DSM 5-TR) o con livello di funzionamento adattivo basso e moderatamente basso o, in caso di adulti, con punteggio complessivo WHODAS 2.0 a 36 items <math>\geq 40</math></li> <li>• Sostegno lieve o medio con livello 1 (DSM 5-TR) e livello di funzionamento adattivo almeno adeguato e, in caso di adulti, con punteggio complessivo WHODAS 2.0 a 36 items <math>&lt; 40</math></li> </ul>  |
| <b>Valutazione su atti</b>                                       | Possibile se documentazione sanitaria probante, proveniente da centri di riferimento, contenente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnosi formulata secondo DSM-IV-TR o DSM-5 o ICD-10;</li> <li>• attestazione di osservazione ripetuta nel tempo;</li> <li>• strumenti per la valutazione della disabilità intellettiva (Q.I.) e per la valutazione delle capacità adattive (scala VABS) ai fini della stratificazione gravità;</li> <li>• eventuali comorbidità</li> </ul> | Possibile solo se la documentazione sanitaria allegata al certificato medico introduttivo, rilasciata da strutture pubbliche o private accreditate dal SSN, riportante: <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnosi;</li> <li>• livelli di gravità secondo i criteri diagnostici DSM-5 TR;</li> <li>• documentazione relativa allo Schema riassuntivo dei punteggi dello Score report delle Vineland-II Survey interview Form per la valutazione del profilo di funzionamento adattivo;</li> <li>• eventuali comorbidità mediche, psichiatriche e neurologiche</li> </ul> |
| <b>Altro</b>   | -   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valutazione condizione di non autosufficienza (D. Lgs. 29/2024)</li> <li>• Accertamento disabilità ai fini dell'inserimento lavorativo</li> <li>• Accertamento disabilità in età evolutiva a fini scolastici</li> </ul>  |

## DISCUSSIONE

L'analisi di questo storico valutativo delinea un quadro clinico-legale di estrema gravità, in cui la compromissione oculare derivante dalla ROP di V stadio non rimane un deficit isolato, ma si inserisce in una complessa sindrome da "multidisabilità". La rassegna dei verbali sanitari ha permesso di osservare l'evoluzione del caso sotto diversi profili critici.

Il dato più drammatico emerge dal confronto tra il 2013 e il 2025. Se inizialmente il bambino conservava una minima percezione luminosa (necessaria per gli interventi di vitrectomia), il verbale INPS del dicembre 2025 certifica che l'assistito "non percepisce nemmeno la luce". Questo passaggio indica un'atrofia ottica e retinica terminale. Lo "scompenso corneale bilaterale" e la "cheratopatia a bandelletta" descritti nell'ultima visita sono complicanze croniche tipiche degli occhi che hanno subito gravi processi infiammatori e chirurgici (afachia, vitrectomia), portando alla perdita della trasparenza dei tessuti anteriori e rendendo il fundus oculi un esame ineseguibile.

Un altro aspetto cruciale emerge dalla visita INPS del 2018 (5 anni e 4 mesi). Mentre nel 2015 il ritardo era ascrivibile principalmente alla cecità e alla prematurità (allazione assente, ipertono), nel 2018 viene formalizzata una "disabilità intellettiva grave con tratti autistici". Questo evidenzia come la gravissima prematurità (26 settimane) abbia impattato non solo sulla retina, ma sullo sviluppo neurologico globale. Le "stereotipie motorie e verbali" e le "vocalizzazioni incongrue" descritte nel 2025 confermano che la barriera sensoriale della cecità ha complicato lo sviluppo cognitivo già compromesso, configurando una disabilità comunicativa totale.

L'ultimo verbale del 2025 elimina la necessità di ulteriori revisioni. Questo accade perché a 13 anni il quadro è considerato imm modificabile: la cecità è assoluta e priva di percezione luminosa, e il ritardo mentale è stabilizzato.

Il Decreto Ministeriale 2 agosto 2007 stabilisce le patologie esenti da visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante, che determinano una grave compromissione dell'autonomia - fra cui il "Deficit totale della visione" - e per le quali sono esclusi gli accertamenti di revisione.

Tuttavia, per i soggetti affetti da esiti di ROP con distacco di retina bilaterale non reversibile, l'esonero dalla revisione richiede che la documentazione sanitaria sia prodotta da strutture pubbliche o accreditate e che contenga elementi diagnostici e valutativi precisi. Nello specifico, la documentazione deve attestare: a) Una diagnosi chiara della patologia causa della cecità (es. retinopatia del prematuro stadio 5); b) Un visus naturale e corretto in entrambi gli occhi (OO) definito come "spento", "moto manu" o "ombra luce"; c) Esami elettrofisiologici, quali l'Elettroretinogramma (ERG) e i Potenziali Evocati Visivi (PEV), che risultino destrutturati o assenti; d) Un residuo perimetrico binoculare (campo visivo) inferiore al 3%, se valutabile.

La riforma del 2024 rafforza questo impianto stabilendo che l'INPS, in fase di Valutazione di Base, debba applicare rigorosamente questi criteri di esonero per evitare l'abuso dello strumento della revisione, che può generare disagi al cittadino e oneri ingiustificati per lo Stato. La riforma della disabilità interviene con decisione sull'istituto della revisione, mirando a ridurre il carico burocratico e l'impatto psico-sociale legati alle convocazioni periodiche per chi vive in condizioni di salute stabilizzate o ingravescenti. L'articolo 33-bis

del decreto, introdotto e rimodulato anche per coordinare le fasi di transizione nel 2025 e 2026, stabilisce che il certificato definitivo rilasciato dall'INPS deve indicare esplicitamente se la condizione di disabilità è soggetta a revisione o se, al contrario, rientra tra le patologie escluse da ogni controllo futuro.

Per gli assistiti con grave disabilità visiva da ROP e distacco bilaterale irreversibile, la nuova normativa offre due livelli di protezione. Il primo è di natura procedurale: nel caso in cui una revisione sia comunque programmata (ad esempio per il passaggio dalla minore alla maggiore età o per la valutazione di prestazioni integrative), l'INPS deve favorire la "valutazione sugli atti". Questo significa che, qualora la documentazione sanitaria agli atti o trasmessa telematicamente sia sufficiente a comprovare la permanenza dello stato invalidante, la commissione medica può emettere il nuovo verbale senza la necessità di convocare fisicamente la persona. Il secondo livello è sostanziale: la riforma impone l'aggiornamento dell'elenco delle patologie esonerate, confermando la validità dei criteri già stabiliti dal Decreto Ministeriale 2 agosto 2007. Oltre all'accertamento della condizione di disabilità (valutazione di base), il D.Lgs 62/2024 introduce la "valutazione multidimensionale", un processo opzionale ma fondamentale per l'elaborazione del "Progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato". Per una persona con cecità totale da ROP, questo progetto rappresenta il passaggio dal mero sostegno economico alla garanzia di diritti civili e sociali effettivi.

Per tali ragioni il procedimento di valutazione multidimensionale è svolto da un'équipe multidisciplinare (Unità di Valutazione Multidimensionale - UVM) che comprende la persona con disabilità, i suoi rappresentanti legali, professionisti sanitari e sociali, e un componente delle associazioni di categoria (come l'UICI per i ciechi civili). L'obiettivo è analizzare il "profilo di funzionamento" secondo l'ICF, individuando non solo le limitazioni, ma anche le potenzialità della persona e i sostegni necessari per l'autonomia, come l'uso del cane guida, la formazione professionale, le tecnologie assistive per la lettura e la mobilità indipendente.

Questo approccio sposta radicalmente il focus della revisione: se in passato la revisione serviva a "togliere" un beneficio in caso di miglioramento, nel nuovo sistema l'aggiornamento del Progetto di Vita serve a "adeguare" i sostegni in base alle mutate esigenze o desideri della persona, garantendo la continuità e la non regressione dei diritti acquisiti.

## CONCLUSIONI

Dall'analisi del caso studio emerge nettamente come la ROP non sia dunque solo una condizione oculare, ma risulti associata a una serie di disabilità intellettive e problemi neuropsicologici. Studi recenti hanno dimostrato un'associazione significativa tra ROP severa ed esiti neuropsicologici negativi, compresi il ritardo cognitivo e i disturbi del linguaggio (Bae et al., 2021; Diggikar et al., 2023; Poon et al., 2016). La relazione tra cecità e disabilità intellettiva è evidente, poiché la perdita dell'input visivo durante le fasi critiche dello sviluppo neurologico può alterare la plasticità del cervello e influenzare negativamente le competenze cognitive e motorie (Liegl et al., 2016; Rivera et al., 2011).

I meccanismi che collegano la ROP a esiti neuropsicologici avversi sono complessi e coinvolgono l'interazione tra fattori vascolari e neurologici. Ad esempio, la ROP è frequentemente associata a condizioni come la displasia broncopolmonare e l'emorragia intraventricolare, entrambe di per sé fattori di rischio per problemi cognitivi (Schmidt et al., 2003; Bae et al., 2021). L'immatunità della retina e le variazioni nell'ossigenazione durante le prime fasi della vita contribuiscono a un danno cerebrale che può aggravare i deficit cognitivi e

visivi (Rivera et al., 2011; Hellgren et al., 2016).

Inoltre, i neonati con ROP sono a rischio aumentato di sviluppare problemi ottici, come errori di rifrazione e strabismo, che possono ulteriormente complicare il loro sviluppo visivo e cognitivo (Holmström et al., 1998; Fielder et al., 2014). Queste complicazioni oculari possono avere effetti a lungo termine sulla qualità della vita e sulle prestazioni scolastiche dei bambini (O'Connor et al., 2007).

Il caso studio esaminato dimostra che la cecità da ROP di V stadio non rappresenta un danno esclusivamente sensoriale, ma una patologia sistemica dello sviluppo che compromette l'intera traiettoria neurocognitiva del minore. Dal punto di vista medico-legale, l'assenza di un intervento tempestivo ha determinato una perdita di chance terapeutica irreversibile, in cui la deprivazione sensoriale precoce agisce come moltiplicatore della disabilità intellettiva, amplificando progressivamente l'impatto funzionale complessivo.

In questo quadro, la riforma della disabilità assume una rilevanza cruciale: l'introduzione di un modello valutativo unificato consentirebbe infatti di superare la frammentazione degli attuali verbali medico-legali, integrando in un unico certificato le differenti componenti della multidisabilità. Tale approccio risulta essenziale nei casi – come quello descritto – in cui la compromissione sensoriale primaria genera ricadute pervasive sullo sviluppo motorio, cognitivo, comunicativo e comportamentale. La riforma, inoltre, orienta la valutazione non più solo sulla diagnosi, ma sull'effettivo impatto della disabilità nella vita quotidiana della persona e dei caregivers, includendo il carico assistenziale, la necessità di supporti continuativi e le ripercussioni sulla partecipazione sociale. Si tratta di un cambiamento paradigmatico che permetterebbe di rappresentare in modo più accurato e realistico la complessità del funzionamento del minore con ROP avanzata e delle sue esigenze a lungo termine.

## DICHIARAZIONI

Gli autori dichiarano che non esistono conflitti di interesse inerenti alla presente pubblicazione; di non aver ricevuto finanziamenti esterni per lo svolgimento dello studio e di aver opportunamente reso i dati sensibili completamente anonimi e irriconoscibili attraverso l'omissione di dati personali, circostanziali o delle strutture sanitarie coinvolte.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bae, S. P., Shin, S. H., Yoon, Y. M., Kim, E., & Kim, H. (2021). Association of Severe Retinopathy of Prematurity and Bronchopulmonary Dysplasia with Adverse Neurodevelopmental Outcomes in Preterm Infants without Severe Brain Injury. *Brain Sciences*, 11(6), 699. <https://doi.org/10.3390/brainsci11060699>
2. Caputi, A. P., & Rossi, F. (2015). Farmaci intravitreali nelle malattie retiniche: proprietà farmacologiche e aderenza alla terapia. *Soc. Ital. di Farmacol.*
3. Chen, J., & Smith, L. E. (2007). Retinopathy of prematurity. *Angiogenesis*, 10(2), 133-140.
4. Chiang, M. F., Quinn, G. E., Fielder, A. R., Ostmo, K. A., Chan, R. V. P., Berrocal, A., Capone, A., Jr, Campbell, J. P., Blair, M. P., Chen, Y., Goldenberg, D., Hirakata, A., Hüber, A., Jalali, S., Kalpathy-Cramer, J., Kim, S. J., Lodha, A., Loh, A. R., Lorenz, B., ... Zin, A. (2021). International Classification of Retinopathy of Prematurity, Third Edition. *Ophthalmology*, 128(10), e51–e68. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2021.05.031>
5. Chiang, M. F., Quinn, G. E., Fielder, A. R., Ostmo, S. R., Chan, R. P., Berrocal, A., ... & Zin, A. (2021). International classification of retinopathy of prematurity. *Ophthalmology*, 128(10), e51-e68.
6. Chirico, F., Ciprani, A., Sacco, A., Oggionni, G., Taino, G., Zagariello, F., ... & Magnavita, N. (2024). Patologie oculo-visive e idoneità alla guida in Italia: una revisione della letteratura e delle normative con una proposta di protocollo sanitario in ambito medico-legale. *G Ital Psicol Med Lav*, 4(1), 57-88.
7. Dammann, O., Hartnett, M. E., & Stahl, A. (2023). Retinopathy of prematurity. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 65(5), 625-631.
8. Davitt, B. V., & Wallace, D. K. (2009). Plus disease. *Survey of ophthalmology*, 54(6), 663-670.
9. Diggikar, S., Gurumoorthy, P., Trif, P., Mudura, D., Nagesh, N. K., Galiş, R., ... & Kramer, B. W. (2023). Retinopathy of prematurity and neurodevelopmental outcomes in preterm infants: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Pediatrics*, 11. <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1055813>
10. Dogra, M. R., Katoch, D., & Dogra, M. (2017). An update on retinopathy of prematurity (ROP). *The Indian Journal of Pediatrics*, 84(12), 930-936.
11. Dutta, S., Raghuvver, T., Vinekar, A., & Dogra, M. R. (2016). Can we stop the current epidemic of blindness from retinopathy of prematurity?. *Indian pediatrics*, 53.
12. Fielder, A. R., Blencowe, H., O'Connor, A., & Gilbert, C. (2014). Impact of retinopathy of prematurity on ocular structures and visual functions. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 100(2), F179-F184. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306207>
13. Guagliano, R., Bertone, C., Ruberto, G., Barillà, D., Traversa, E., Suzani, M., ... & Bianchi, P. E. (2011). Follow-up anatomico e funzionale di 47 occhi sottoposti a fotocoagulazione laser per ROP acuta. *Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia*, 124(4), 807-823.
14. Heath, P. (1951). Pathology of the retinopathy of prematurity: retrolental fibroplasia. *American Journal of Ophthalmology*, 34(9), 1249-1259.
15. Hellgren, K., Törnqvist, K., Jakobsson, P., Lundgren, P., Carlsson, B., Källén, K., ... & Holmström, G. (2016). Ophthalmologic Outcome of Extremely Preterm Infants at 6.5 Years of Age. *JAMA Ophthalmology*, 134(5), 555. <https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2016.0391>
16. Hellström, A., Smith, L. E., & Dammann, O. (2013). Retinopathy of prematurity. *The lancet*, 382(9902), 1445-1457.
17. Kono, T., Oshima, K., & Fuchino, Y. (2000). Surgical results and visual outcomes of vitreous surgery for advanced stages of retinopathy of prematurity. *Japanese journal of ophthalmology*, 44(6), 661-667.
18. Liegl, R., Löfqvist, C., Hellström, A., & Smith, L. E. H. (2016). IGF-1 in retinopathy of prematurity, a CNS neurovascular disease. *Early Human Development*, 102, 13-19. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2016.09.008>
19. Ministero della Salute. (2001, 18 maggio). Decreto Ministeriale n. 279. Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*.
20. Ministero della Salute. (2024). Analisi dei dati rilevati dal Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP): Rapporto sull'evento nascita in Italia - Anno 2023. Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica.
21. O'Connor, A., Wilson, C., & Fielder, A. R. (2007). Ophthalmological problems associated with preterm birth. *Eye*, 21(10), 1254-1260. <https://doi.org/10.1038/sj.eye.6702838>
22. Olmström, G., Azazi, M. e., & Kugelberg, U. (1998). Ophthalmological long term follow up of preterm infants: a population based, prospective study of the refraction and its development. *British Journal of Ophthalmology*, 82(11), 1265-1271. <https://doi.org/10.1136/bjo.82.11.1265>
23. Orphanet. (2026). Retinopatia del prematuro (Codice ORPHA:90050). Inventario delle malattie rare. <https://www.orpha.net/>
24. Poon, A., Hang, E. X., Vadivel, A., Jung, S., Khoja, Z., Stephens, L. A., ... & Wintermark, P. (2016). Impact of bronchopulmonary dysplasia on brain and retina. *Biology Open*, 5(4), 475-483. <https://doi.org/10.1242/bio.017665>
25. Quinn, G. E. (2016). Retinopathy of prematurity blindness worldwide: phenotypes in the third epidemic. *Eye and brain*, 31-36.
26. Rasoulinejad, S. A., Maroufi, F., & Alizadeh, A. (2022). Clinical parameters in different stages, zones, and remission/progression statuses of retinopathy of prematurity. *Caspian Journal of Internal Medicine*, 13(2), 385.
27. Rivera, J. C., Sapieha, P., Joyal, J., Duhamel, F., Shao, Z., Sitaras, N., ... & Chemtob, S. (2011). Understanding Retinopathy of Prematurity: Update on Pathogenesis. *Neonatology*, 100(4), 343-353. <https://doi.org/10.1159/000330174>
28. Schmidt, B., Asztalos, E., Roberts, R. S., Robertson, C. M., Sauve, R. S., & Whitfield, M. F. (2003). Impact of Bronchopulmonary Dysplasia, Brain Injury, and Severe Retinopathy on the Outcome of Extremely Low-Birth-Weight Infants at 18 Months. *Jama*, 289(9), 1124. <https://doi.org/10.1001/jama.289.9.1124>
29. Smith, L. E. (2005). IGF-1 and retinopathy of prematurity in the preterm infant. *Neonatology*, 88(3), 237-244.
30. Società Italiana di Neonatologia (SIN). (2024). Standard organizzativi per l'assistenza al neonato. <https://www.neonatologia.it/>
31. Ulusoy, M. O., Kivanç, S. A., & Kal, A. (2020). Evaluation of iridocorneal angle, choroidal thickness, and retinal nerve fiber layer thickness in children with a history of retinopathy of prematurity. *Journal of Glaucoma*, 29(2), 112-116.
32. Van Heuven, W. A. J., & Kiel, J. W. (2008). ROP surgery and ocular circulation. *Eye*, 22(10), 1267-1272.

# Valutazione in ambito assistenziale dei disturbi dello spettro autistico: come sta cambiando alla luce della riforma della disabilità.

Chiara Ungaro<sup>1</sup>  
Gaetano Manfredonia<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Direzione Provinciale INPS Belluno - Responsabile Centro Medico Legale

<sup>2</sup> Direzione Provinciale INPS Venezia - già Responsabile Centro Medico Legale e Coordinatore Regionale Medico Legale INPS Veneto

Corresponding Author: Chiara Ungaro, chiara.ungaro01@inps.it

## ABSTRACT

*I disturbi dello spettro autistico rappresentano un insieme di disturbi del neurosviluppo caratterizzati da deficit persistenti della comunicazione sociale e nella interazione sociale in molteplici contesti e da pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi, con compromissione clinicamente significativa del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o di altre aree. Il DSM 5-TR prevede tre livelli di gravità. Possono coesistere comorbidità e co-occorrenze neurologiche. Le Raccomandazioni della Linea Guida relativamente alla diagnosi e al trattamento del disturbo dello spettro autistico in bambini, adolescenti e adulti, pubblicate all'interno del Sistema Nazionale Linee Guida dell'ISS, forniscono un riferimento ai fini di una presa in carico globale.*

*In ambito assistenziale, le valutazioni risultanti dagli accertamenti dell'invalidità civile, dell'handicap e della disabilità ai fini dell'inserimento lavorativo offrono utili strumenti di supporto ai pazienti affetti da disturbi dello spettro autistico e alle relative famiglie. A partire dal 2014 sono stati emanati dal nostro Istituto il Messaggio INPS n. 5544 del 23.06.2014, la Comunicazione Tecnico Scientifica del 02.03.2015 e le Linee Guida Valutazione su Atti del 02.04.2015, fornendo criteri per un orientamento nel giudizio medico legale. La pratica quotidiana attuale della valutazione in ambito assistenziale delle persone affette da disturbi dello spettro autistico non è, tuttavia, esente da criticità, con il rischio di non univocità di valutazione tra le varie Commissioni Mediche operanti sul territorio nazionale.*

*Nell'ambito della riforma della disabilità i disturbi dello spettro dell'autismo rappresentano una delle cosiddette patologie sperimentali. Nel presente articolo è riepilogato il relativo iter procedurale ai sensi del Decreto Legislativo 62/2024 e del Decreto 94/2025 nelle sedi in sperimentazione e sono elencate le differenze rispetto alle valutazioni tutt'ora in essere sul resto del territorio nazionale non in sperimentazione.*

*Le novità introdotte dal Decreto Legislativo 62/2024 e dal Decreto 94/2025 parrebbero rappresentare la base normativa e medico-legale ai fini dell'applicazione di criteri univoci per quanto attiene alla valutazione, in ambito assistenziale, delle persone affette da disturbi dello spettro autistico, con il superamento delle attuali criticità.*

### **Parole chiave:**

*Disturbi dello spettro autistico - Disabilità - Decreto Legislativo 62/2024 - Decreto 94/2025*

## INQUADRAMENTO GENERALE

I disturbi dello spettro autistico, secondo i criteri diagnostici riportati nel DSM 5-TR e confermati nella Classificazione Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità – 11a revisione, sono un insieme di disturbi del neurosviluppo caratterizzati da deficit persistenti della comunicazione sociale e nella interazione sociale in molteplici contesti e da pattern di comportamento, interessi o attività ristretti, ripetitivi. I sintomi devono essere presenti nel periodo precoce dello sviluppo, causano compromissione clinicamente significativa del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o di altre aree e non sono spiegati da un disturbo dello sviluppo intellettivo o da un ritardo globale dello sviluppo, sebbene le diagnosi possano coesistere in comorbidità. I soggetti affetti da disturbi dello spettro autistico, infatti, molto frequentemente presentano diverse comorbidità e co-occorrenze neurologiche. Le caratteristiche della sintomatologia clinica dei disturbi dello spettro autistico possono essere estremamente eterogenee sia in termini di complessità che di severità, con tre livelli di gravità secondo il DSM 5-TR, e possono presentare un'espressione variabile nel tempo. Dai dati di uno studio (Scattoni, 2023) condotto tra il 2016 e il 2018 nell'ambito delle attività dell' "Osservatorio nazionale per il monitoraggio dei disturbi dello spettro autistico" dell'Istituto Superiore di Sanità, si evince che la prevalenza del disturbo dello spettro autistico nei bambini della fascia d'età 7-9 anni è pari a circa 1,34%, con una prevalenza maggiore nel genere maschile (4,4:1).

La Legge n. 134/2015 "Disposizioni sulla prevenzione, cura e riabilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e assistenza alle famiglie" ha indicato gli interventi necessari a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l'inserimento nella vita sociale e nei contesti lavorativi delle persone affette da disturbi dello spettro autistico, valorizzandone le capacità. A seguito di ciò, l'articolo 2 del Decreto interministeriale tra Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze del 30 dicembre 2016 ha affidato all'Istituto Superiore di Sanità il compito di aggiornare le Linee Guida sul trattamento del disturbo dello spettro autistico in tutte le età della vita sulla base dell'evoluzione delle conoscenze fisiopatologiche e terapeutiche derivanti dalla letteratura scientifica e dalle buone pratiche nazionali e internazionali.

Le Raccomandazioni della Linea Guida sulla diagnosi e sul trattamento del disturbo dello spettro autistico in bambini e adolescenti e le Raccomandazioni della Linea Guida sulla diagnosi e sul trattamento di adulti con disturbo dello spettro autistico, pubblicate all'interno del Sistema Nazionale Linee Guida dell'ISS, forniscono dunque un riferimento per diagnosi e trattamento.

Le evidenze scientifiche attuali, riassunte nelle suddette Linee Guida dell'ISS, indicano un insieme di interventi che possono essere integrati tra di loro, se ritenuto appropriato, all'interno di un progetto terapeutico complessivo che tenga conto delle caratteristiche specifiche di ogni persona nello spettro autistico.

La presa in carico è globale e coinvolge il sistema sanitario, scolastico, la famiglia, la comunità e le istituzioni. Il medico specialista in neuropsichiatria infantile o psichiatria coordina la presa in carico sanitaria e sociosanitaria e monitora l'integrazione coerente dei diversi interventi nel contesto educativo e di comunità. La presa in carico della persona affetta da disturbo dello spettro autistico, e quando opportuno della sua famiglia, è indispensabile fin dall'avvio del percorso di valutazione e necessita di adattamenti, da parte della rete assistenziale, fluidi e coordinati rispetto ai bisogni della persona nelle diverse fasi di vita.

I disturbi dello spettro autistico impattano profondamente sulla vita e sul funzionamento globale dell'individuo minore e adulto e hanno anche un profondo impatto sui caregiver.

## Valutazione in ambito assistenziale delle persone affette da disturbi dello spettro autistico ante Decreto Legislativo 62/2024 e Decreto Interministeriale 94/2025

### STATO DELL'ARTE

In ambito assistenziale, le valutazioni risultanti dagli accertamenti dell'invalidità civile ai sensi di cui alla legge 30 marzo 1971 n. 118 e delle condizioni di cui alla legge 11 febbraio 1980 n. 18, alla legge 21 novembre 1988 n. 508, nonché alla legge 11 ottobre 1990 n. 289, dell'handicap ai sensi della Legge 104/92 e della disabilità ai fini dell'inserimento lavorativo ai sensi della Legge 68/99 offrono utili strumenti di supporto ai pazienti affetti da disturbi dello spettro autistico e alle relative famiglie. Tali strumenti consistono non solo in sussidi economici, ma anche in ulteriori sussidi quali, a titolo esemplificativo, esenzione dal ticket sanitario, agevolazioni fiscali, agevolazioni per l'acquisto di ausili tecnici e informatici, agevolazioni lavorative con la possibilità di iscrizione nelle liste speciali per il collocamento mirato, permessi orari e mensili e congedi straordinari ai sensi della L.104/92.

In considerazione della peculiarità e della grave disabilità connessa ai disturbi dello spettro autistico, nonché dell'assenza all'interno dell'allegato al Decreto Ministeriale 5 febbraio 1992 di voci tabellari specifiche (ad eccezione della voce "1209 – Sindrome schizofrenica cronica grave con autismo delirio o profonda disorganizzazione della vita sociale" con valore fisso 100%), a partire dal 2014 sono stati emanati dal nostro Istituto il Messaggio INPS n. 5544 del 23.06.2014, la Comunicazione Tecnico Scientifica del 02.03.2015 e le Linee Guida Valutazione su Atti del 02.04.2015.

Il messaggio INPS n. 5544 del 2014, richiamando i criteri diagnostici del DSM IV, sottolinea la necessità che la diagnosi di autismo sia effettuata da strutture specializzate e accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale in riferimento a situazioni di osservazione standardizzate e adottando scale di valutazione opportunamente elaborate per il comportamento autistico secondo protocolli raccomandati dalle Linee Guida accreditate. Con il medesimo messaggio INPS n. 5544 la Commissione Medica Superiore ritiene che si debba evitare la previsione di rivedibilità, sia in tema di invalidità civile che di handicap, entro il compimento del diciottesimo anno di età, ad eccezione dei casi di disturbo dello spettro autistico di tipo lieve o borderline con ritardo mentale lieve o assente.

La Comunicazione Tecnico Scientifica del 2015, richiamando i criteri diagnostici del DSM-IV-TR, del DSM-5 e dell'ICD-10, fornisce criteri orientativi al giudizio medico legale in campo assistenziale ai medici dell'Istituto, ribadendo la necessità che la diagnosi di Autismo sia effettuata da strutture specializzate del Servizio Sanitario Nazionale secondo protocolli raccomandati da Linee Guida accreditate.

I suddetti criteri prevedono:

1. che il giudizio medico-legale debba derivare da una corretta interpretazione della documentazione clinica presentata;
2. l'orientamento verso la concessione dell'indennità di accompagnamento e il riconoscimento dello stato di handicap in condizione di gravità a norma dell'art. 3 comma 3 della legge 104/92 nei casi di:
  - Q.I. non verbale inferiore a 50 in età prescolare (associato a ridotta possibilità di acquisizione di un livello funzionale di linguaggio verbale e a scarsa possibilità di un adeguato funzionamento sociale in adolescenza o in età adulta);

- livello 3 di gravità secondo il DSM-5;
- livello 2 di gravità secondo il DSM-5 (nella maggior parte dei casi), con potenziale riserva per i minori con un recentissimo inquadramento e che potrebbero risentire favorevolmente di precoci trattamenti terapeutici;
- la valutazione della presenza di eventuali comorbidità (ad es., ritardo mentale ed epilessia) al fine di dirimere se nella fattispecie si realizzi un carico assistenziale eccezionale rispetto allo standard di un coetaneo in buona salute.

Le Linee Guida Valutazione su Atti del 02.04.2015 forniscono disposizioni per la valutazione su atti, al fine di evitare inutili disagi ai minori e alle famiglie, in presenza di documentazione sanitaria probante proveniente da centri di riferimento, con diagnosi formulata secondo i criteri del DSM-IV-TR o del DSM-5 o dell'ICD-10, attestante una osservazione ripetuta nel tempo, contenente strumenti per la valutazione della disabilità intellettiva (Q.I.) e per la valutazione delle capacità adattive (scala VABS) ai fini della stratificazione gravità e comprovante eventuali comorbidità.

La presenza dei suddetti documenti operativi ha dunque fornito dei criteri utili per un orientamento nel giudizio medico legale della valutazione in ambito assistenziale.

## ITER PROCEDURALE

La fase sanitaria dell'iter di accertamento a fini assistenziali in caso di persone affette da disturbi dello spettro dell'autismo si avvia con la presentazione del certificato medico introduttivo e con la successiva trasmissione della domanda amministrativa. Il suddetto certificato medico introduttivo, della validità di 90 giorni, può, tra l'altro, contenere l'eventuale indicazione della presenza di una patologia di competenza dell'Associazione nazionale di famiglie e persone con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo (ANFFAS) nonché l'indicazione della presenza di patologie di disabilità intellettiva e/o relazionale, attraverso il codice ICD-9 e la relativa descrizione.

L'interessato, un suo delegato o autorizzato (tutore, amministratore di sostegno, esercente la potestà parentale, ecc.), il patronato, l'associazione di categoria o il medico certificatore, anche successivamente alla trasmissione della domanda, possono procedere con l'allegazione della documentazione sanitaria, servizio attivo fino alla definizione del verbale sanitario. Tale possibilità, dapprima prevista solo per le Strutture in cui sono operative le Convenzioni tra l'INPS, le Regioni e le ASL per l'accantonamento presso l'Istituto della Fase sanitaria (C.I.C.), dal 2024 è stata estesa anche alle Commissioni Mediche Integrate (CMI). Ai sensi dell'articolo 29-ter comma 1 del decreto-legge n. 76/2020, le commissioni mediche sono autorizzate a redigere verbali sia di prima istanza che di revisione anche solo sugli atti, in tutti i casi in cui sia presente una documentazione sanitaria che consenta una valutazione obiettiva, ferme restando le indicazioni di cui alle Linee Guida Valutazione su Atti del 02.04.2015.

Nei casi in cui non si procede ad accertamento su atti, l'iter prosegue con la convocazione a visita presso le Commissioni Mediche Integrate operanti presso le ASL o, nelle sedi C.I.C., presso le Commissioni Mediche INPS. Tenuto conto delle risultanze dell'analisi della documentazione sanitaria (anche a fronte di eventuale richiesta di successive integrazioni documentali) e delle evidenze anamnestico-obiettive della visita medica, la Commissione Medica indica nel verbale la diagnosi, comprensiva di codici ICD-9, formula il giudizio medico-

legale, anche sulla base delle indicazioni della Comunicazione Tecnico Scientifica del 2015, con eventuale previsione di rivedibilità qualora non sussistano le condizioni previste dal messaggio INPS n. 5544 del 2014 ed è tenuta a esprimersi anche sulla sussistenza o meno dei requisiti sanitari (c.d. benefici fiscali) ai sensi dell'articolo 4 del Decreto-Legge 9 febbraio 2012 n. 5.

Il verbale ASL delle CMI è provvisorio in quanto deve essere sottoposto al vaglio da parte del CML INPS territorialmente competente ai fini del giudizio definitivo INPS; il verbale può essere validato o sospeso. In alcune fattispecie il verbale ASL delle CMI è immediatamente produttivo di effetti giuridici, come nei casi di riposi e permessi per i figli con disabilità grave (ai sensi dell'art. 42 D.lgs. 26 marzo 2001 n. 151).

Una volta emesso il verbale definitivo, lo stesso è trasmesso in duplice copia (integrale e con omissis) al domicilio del richiedente e si attiva il flusso amministrativo per l'eventuale erogazione del beneficio economico correlato alla condizione riconosciuta.

## CRITICITÀ

Nella pratica quotidiana della valutazione in ambito assistenziale delle persone affette da disturbi dello spettro autistico si riscontrano delle criticità.

In riferimento all'applicabilità del Messaggio INPS n. 5544 del 23.06.2014, della Comunicazione Tecnico Scientifica del 02.03.2015 e delle Linee Guida Valutazione su Atti del 02.04.2015, si rileva che, pur a fronte di documentazione rilasciata da strutture specializzate e accreditate dal Servizio Sanitario Nazionale, le certificazioni specialistiche sono spesso carenti dei dati utili per una valutazione univoca. Al fine della stratificazione della gravità del disturbo non sempre, infatti, è indicato il livello di gravità secondo il DSM-5 ovvero sono talora assenti le indicazioni delle scale VABS (Vineland Adaptive Behaviour Scale) in merito alla valutazione delle capacità adattive.

Si sottolinea inoltre l'assenza di riferimenti tabellari esaustivi per tutte le patologie afferenti ai disturbi dello spettro autistico all'interno della tabella allegata al D.M. 5 febbraio 1992, con il conseguente ricorso al criterio per analogia.

Ne consegue il rischio di non univocità di valutazione tra le varie Commissioni Mediche, Integrate o INPS, operanti sul territorio nazionale.

La necessità di validazione da parte di INPS dei verbali provvisori redatti dalle Commissioni Mediche Integrate ASL comporta, infine, un oggettivo rischio di allungamento dei tempi tra data di inoltro della domanda e data di definizione finale dei verbali.

Riteniamo che il Decreto Legislativo 3 maggio 2024 n. 62 "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato" e il Decreto 10 aprile 2025 n. 94 "Regolamento recante i criteri per l'accertamento della disabilità connessa ai disturbi dello spettro autistico, al diabete di tipo 2 e alla sclerosi multipla, applicabili nella valutazione di base nel periodo di sperimentazione" possano superare le problematiche connesse alle suddette criticità.

## Valutazione in ambito assistenziale delle persone affette da disturbi dello spettro autistico ai sensi del Decreto Legislativo 62/2024 e del Decreto 94/2025

### NOVITÀ

Il Decreto Legislativo 62/2024, entrato in vigore il 30 giugno 2024 e che dà attuazione alla legge delega 22 dicembre 2021 n. 227, assicura alla persona il riconoscimento della propria condizione di disabilità per rimuovere gli ostacoli e per attivare i sostegni utili al pieno esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, delle libertà e dei diritti civili e sociali nei vari contesti di vita, liberamente scelti. In coerenza con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità (Convention on the Rights of Persons with Disabilities) del dicembre 2006 e ratificata con la Legge 3 marzo 2009, il suddetto Decreto è finalizzato a garantire l'effettivo e pieno accesso al sistema dei servizi, delle prestazioni, dei supporti, dei benefici e delle agevolazioni, anche attraverso il ricorso all'accomodamento ragionevole e al progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato secondo i principi di autodeterminazione e non discriminazione.

Il Decreto Legislativo n. 62/2024 (con le successive integrazioni contenute nel Decreto Legislativo n. 71/2024 e nel Decreto-legge 27 dicembre 2024 n. 202 convertito in Legge della legge di conversione n. 15/2025) ha riformato la materia dell'accertamento della condizione di disabilità, introducendo, in estrema sintesi, le seguenti novità:

- una nuova definizione della condizione di disabilità e di accertamento della stessa;
- l'affidamento a INPS dell'esclusiva competenza medico-legale sulla "valutazione di base" della condizione di disabilità, con l'unificazione in un'unica procedura, ai sensi della legge 5 febbraio 1992 n. 104, degli accertamenti della condizione di invalidità civile, cecità civile, sordità, sordocecità, disabilità ai fini dell'inclusione scolastica ai sensi del decreto legislativo 13 aprile 2017 n. 66, e disabilità ai fini dell'inclusione lavorativa ai sensi della legge 12 marzo 1999 n. 68;
- una successiva "valutazione multidimensionale" della disabilità, con la realizzazione di un progetto di vita personalizzato e partecipato;
- l'adozione della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute – International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), congiuntamente alla versione adottata in Italia della Classificazione internazionale delle malattie (ICD) dell'Organizzazione mondiale della sanità;
- l'aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento con regolamento da emanarsi entro il 30 novembre 2026;
- l'avvio della riforma al 1° gennaio 2027;
- un periodo di sperimentazione del nuovo procedimento in alcune Province rappresentative del nord, del sud e del centro Italia, con definizione dei criteri per l'accertamento della disabilità connessa ad alcune patologie selezionate stabilita da Decreto Interministeriale.

Il Decreto 94/2025, entrato in vigore il 12 luglio 2025, e il relativo allegato hanno individuato i criteri per l'accertamento della disabilità espletato da INPS nella valutazione di base, nell'ambito della sperimentazione dal 1° gennaio 2025 al 31 dicembre 2025 volta all'applicazione provvisoria delle disposizioni relative alla valutazione di base in 9 province (Brescia, Catanzaro, Firenze, Forlì-Cesena, Frosinone, Perugia, Salerno, Sassari e Trieste) per l'accertamento della condizione di disabilità connessa ai disturbi dello spettro autistico, al diabete di tipo 2 e alla sclerosi multipla.

Nell'ambito della riforma della disabilità i disturbi dello spettro dell'autismo rappresentano, dunque, una delle cosiddette patologie sperimentali.

Ai fini medico-legali, l'accertamento della disabilità connessa al disturbo dello spettro autistico prevede che la diagnosi sia formulata da specialisti di strutture pubbliche o private accreditate, in coerenza alle Linee Guida ISS sulla diagnosi e trattamento del disturbo dello spettro autistico nel bambino, adolescente e adulto.

### ITER PROCEDURALE

L'iter procedurale di accertamento a fini assistenziali in caso di persone affette da disturbi dello spettro dell'autismo, così come previsto ai sensi del Decreto Legislativo 62/2024 e del Decreto 94/2025, è di seguito riepilogato.

Nelle sedi in sperimentazione il procedimento della valutazione di base prende avvio con la sola trasmissione telematica del certificato medico introduttivo ai sensi dell'art. 8 del D.lgs. 62/24.

Nei casi di persone affette da disturbi dello spettro dell'autismo e nelle sedi in sperimentazione individuate dal Decreto 94/2025, la documentazione (con datazione non superiore ai dodici mesi dalla presentazione del certificato introduttivo) da allegare al certificato medico introduttivo, sino a sette giorni prima della visita di valutazione di base (ai sensi dell'articolo 6 comma 3 del D.lgs. 62/24), comprende:

- certificazione specialistica (rilasciata da medici in servizio presso strutture pubbliche o private accreditate) riportante diagnosi e livello di gravità in accordo al DSM5-TR e alla versione di ICD vigente, con indicazione di eventuali comorbilità mediche, psichiatriche e neurologiche;
- documentazione relativa allo Schema riassuntivo dei punteggi dello Score report delle Vineland-II Survey Interview Form per la valutazione del profilo di funzionamento adattivo;
- ulteriore eventuale documentazione.

La valutazione senza il ricorso alla visita diretta, ai sensi degli art. 6 comma 2 e dell'art. 12 comma 2 lettera m del D.lgs. 62/2024, attivabile su richiesta dell'istante, è possibile solo se la documentazione sanitaria (con caratteristiche sopra citate) allegata al certificato medico introduttivo riporti la diagnosi, i livelli di gravità secondo i criteri diagnostici del DSM-5 TR, documentazione relativa allo Schema riassuntivo dei punteggi dello Score report delle Vineland-II Survey interview Form per la valutazione del profilo di funzionamento adattivo ed eventuali comorbilità mediche, psichiatriche e neurologiche presenti. Nei suddetti casi è trasmesso anche il WHODAS.

Qualora vi siano motivi ostativi all'accoglimento della richiesta di valutazione agli atti e in tutti gli altri casi, è calendarizzata la visita. La visita è espletata da INPS ad opera di una Commissione composta da due medici nominati da INPS, un professionista sanitario in rappresentanza delle associazioni di categoria e una figura professionale appartenente alle aree psicologiche e sociali, ai sensi dell'art. 9 del D.lgs. 62/24; in caso di valutazione su minori, almeno uno dei due medici nominati da INPS deve essere in possesso di specializzazione in pediatria, in neuropsichiatria infantile o equipollenti ai sensi dell'art. 9 comma 3 del D.lgs. 62/24.

Tenuto conto delle risultanze dell'analisi della documentazione sanitaria (anche a fronte di eventuale richiesta di successive integrazioni documentali) e delle evidenze anamnestico-obiettive della visita, la commissione medica indica nel certificato:

- la diagnosi, comprensiva di codici ICD-9;
- il profilo di funzionamento (ai sensi dell'art. 12 comma 2 lettere f e h e dell'art. 10 comma 1 lettera d del D.lgs. 62/24) che, nel caso di disturbo dello spettro autistico, fa riferimento alla codifica in ICF delle scale VABS-II per la valutazione del comportamento adattivo e alla codifica ICF dell'indice di Barthel e dell'indice di Lawton-Brody per la valutazione dell'autonomia di base e strumentali della vita quotidiana, tenendo conto delle indicazioni fornite nelle tabelle 2 e 3 dell'allegato al Decreto 94/2025;

i livelli di sostegno (ai sensi dell'art. 12 comma 2 lettera i del D.lgs. 62/24), tenendo conto delle indicazioni di cui alla tabella 4 dell'allegato al Decreto 94/2025, riconosciuti come:

1. sostegno intensivo (elevato o molto elevato) alla persona con diagnosi di disturbo dello spettro autistico di livello 2 o 3 (DSM 5-TR) o con un livello di funzionamento adattivo basso e moderatamente basso o, nel caso di adulti, con punteggio complessivo WHODAS 2.0 a 36 items  $\geq 40$ ;
2. sostegno lieve o medio nei casi rimanenti (i.e. quando la diagnosi di disturbo dello spettro autistico è di livello 1 (DSM 5-TR) e il livello di funzionamento adattivo è almeno adeguato e, nel caso di adulti, il punteggio complessivo WHODAS 2.0 a 36 items è  $< 40$ );

la valutazione percentualistica della riduzione della capacità di svolgere attività in molteplici domini (ai sensi dell'art. 12 comma 2 lettera e del D.lgs. 62/24), valida solo per le persone di età compresa tra 18 e 67 anni, nonché su richiesta dell'istante, a partire dai 16 anni, ai soli fini dell'iscrizione al collocamento mirato, e corrispondente ai livelli DSM 5-TR e VABS-II, come indicato nella tabella 1 presente nell'allegato al Decreto 94/2025 (a titolo esemplificativo, il 100% è riconosciuto nei casi di livello 3 DSM 5-TR o livello 3 VABS-II);

1. a percentualizzazione in caso di comorbidità, utilizzando i seguenti criteri:
  2. quando le ulteriori condizioni di salute interessino le medesime strutture e/o funzioni del corpo umano, si procede a una valutazione complessiva, che deve consistere in un valore percentuale proporzionale a quello previsto per la perdita totale della struttura o delle funzioni in questione;
  3. quando vi sia una sola (o plurime) ulteriore condizione di salute che riguardi altre strutture o altre funzioni del corpo umano, si procede a eseguire il calcolo riduzionistico, utilizzando la formula di Balthazard (in successione, se plurime);
- l'eventuale applicazione della maggiorazione WHODAS 2.0, sulla base dell'esito del WHODAS precedentemente somministrato e allegato, utilizzato per valorizzare la partecipazione della persona nel processo valutativo, solo se compatibile con il quadro clinico e documentale riscontrato;
  - il giudizio medico-legale, tenendo presente i criteri stabiliti nell'allegato al Decreto 94/2025, ai fini dell'individuazione dei titolari di indennità di accompagnamento:
    1. per la fascia di età 0 - 18: in presenza di un livello di gravità 2 o 3 (DSM 5-TR) o di un livello di funzionamento adattivo moderatamente basso o basso (VABS-II);
    2. per la fascia di età  $>18$ : in presenza del riconoscimento della totale inabilità, la valutazione del profilo di funzionamento della persona affetta da disturbo dello spettro autistico, limitatamente ai domini della mobilità e dell'autonomia nelle attività di base e strumentali agli atti di vita quotidiana, viene effettuata al solo fine del riconoscimento dell'indennità di accompagnamento e a tal fine l'UVB può avvalersi della VABS II, dell'Indice di Barthel, della Scala Lawton-Brody o di altre scale equivalenti scientificamente validate, quando valuti che la relativa certificazione è congrua con il quadro clinico e documentale;

il giudizio per liquidazione;

- l'eventuale revisione, fermo restando che il disturbo dello spettro autistico è una condizione non soggetta a revisione (ed esonerata da controlli nel tempo e dalle visite straordinarie, potendo rientrare tra le condizioni previste al punto 10 del decreto ministeriale 2 agosto 2007, ai sensi dell'art. 12 comma 2 lettera c del D.lgs. 62/24) e che le previsioni di rivedibilità (ai sensi dell'art. 12 comma 2 lettera d del D.lgs.

62/24) in minore con disturbo dello spettro autistico trovano ragione solo nei casi in cui vi sia un disturbo dello spettro autistico di Livello 1 (DSM 5-TR) e un livello di funzionamento adattivo adeguato (VABS-II) con valutazione prognostica favorevole;

- l'eventuale sussistenza di requisiti ai sensi dell'articolo 4 del Decreto-Legge 9 febbraio 2012 n. 5;
- la sezione preposta all'avvio del progetto di vita.

La UVB può effettuare, inoltre, l'accertamento della condizione di disabilità in età adulta ai fini dell'inclusione lavorativa ai sensi della Legge 68/99 e, tenuto conto delle evidenze del procedimento, riconosce all'istante la condizione di disabilità in età evolutiva ai fini dell'inclusione scolastica ai sensi dell'articolo 5 comma 6 del D.lgs. 66/2017 e del Decreto 14 settembre 2022.

Il disturbo dello spettro autistico rientra, infine, tra le patologie che danno il diritto di accedere alle prestazioni sociali, sociosanitarie e socioassistenziali anche prima della conclusione del procedimento valutativo di base (c.d. efficacia provvisoria, ai sensi dell'art. 12 comma 2, lettera l del D.lgs. 62/24), tenuto conto dello straordinario carico assistenziale richiesto dalla condizione.

Il procedimento di valutazione di base si conclude entro novanta giorni e, nei casi di soggetti minori, entro trenta giorni dalla ricezione del certificato medico introduttivo, salvo richiesta di integrazione documentale.

## DIFFERENZE

Le sostanziali differenze tra quanto previsto nel Messaggio INPS n. 5544 del 23.06.2014, nella Comunicazione Tecnico Scientifica INPS del 02.03.2015 e nelle Linee Guida INPS Valutazione su Atti del 02.04.2015 e quanto stabilito dal Decreto Legislativo 62/2024 e dal Decreto 94/2025 sono riassunte nella tabella 1.

|   | Messaggio INPS n.5544/2014, Comunicazione Tecnico Scientifica INPS 2015 e Linee Guida INPS Valutazione su Atti 2015  | Decreto Legislativo 62/2024 e Decreto 94/2025  |
|---|--|--|
| <b>Criteri diagnostici</b>  | DSM IV TR, DSM-5 e ICD-10  | DSM 5-TR e ICD-11  |
| <b>Strutture che effettuano diagnosi</b>                            | Strutture specializzate SSN e strutture accreditate SSN  | Strutture pubbliche o private accreditate SSN  |
| <b>Certificato medico introduttivo</b>                              | -  | Indicazione documentazione da allegare   |
| <b>Valutazione medico-legale</b>                                    | Q.I., valutazione capacità adattive (VABS), definizione del livello di gravità (scale validate)  | Livelli di gravità DSM 5-TR e livelli funzionamento adattivo (scale VABS-II)   |
| <b>Profilo di funzionamento</b>                                     | -  | Codifica in ICF delle scale VABS-II (valutazione comportamento adattivo) e codifica in ICF dell'indice di Barthel e dell'indice di Lawton-Brody (valutazione autonomia di base e strumentale vita quotidiana)  |
| <b>Percentualizzazione</b>  | Non presenti voci tabellari specifiche nella tabella allegata al DM 5 febbraio 1992 (eccetto "1209 - <i>Sindrome schizofrenica cronica grave con autismo delirio o profonda disorganizzazione della vita sociale</i> - 100%")                            | Tabella con corrispondenza tra percentuali di invalidità e livelli DSM 5-TR e livelli VABS-II  |
| <b>Comorbilità</b>  | Valutazione della presenza di eventuali comorbilità (ad es. ritardo mentale ed epilessia) per dirimere se carico assistenziale eccezionale rispetto allo standard di un coetaneo in buona salute   | Criteri specifici se ulteriori condizioni di salute interessino medesime/diverse strutture/funzioni del corpo  |
| <b>Criteri per riconoscimento dell'Indennità di Accompagnamento</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Q.I. non verbale inferiore a 50 in età prescolare</li> <li>Livello 3 secondo il DSM-5</li> <li>Nella maggior parte dei casi di livello 2 con potenziale riserva per i minori con recente inquadramento</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Minori: livello di gravità 2 o 3 (DSM 5-TR) o livello di funzionamento adattivo moderatamente basso o basso (VABS-II)</li> <li>Adulti: 100% e valutazione profilo di funzionamento, limitatamente ai domini mobilità e autonomia nelle attività di base e strumentali agli atti di vita quotidiana, attraverso VABS-II, Indice di Barthel, Scale di Lawton Brody</li> </ul> |

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Rivedibilità</b>  | Da evitare entro i 18 anni, eccetto casi di tipo lieve o borderline con ritardo mentale lieve o assente   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Condizione non soggetta a revisione</li> <li>Previsioni di rivedibilità se Livello 1 (DSM 5-TR) e un livello di funzionamento adattivo adeguato (VABS-II) con valutazione prognostica favorevole</li> </ul>  |
| <b>Esonero</b>   | -   | Ai sensi del punto 10 del DM 2 agosto 2007  |
| <b>Individuazione dei livelli di sostegno (L.104/92 comma 3)</b> | Concessione di art. 3 comma 3 L.104/92 se: <ul style="list-style-type: none"> <li>Q.I. non verbale inferiore a 50 in età prescolare</li> <li>livello 3 secondo il DSM-5</li> <li>nella maggior parte dei casi di livello 2 con potenziale riserva per i minori con recentissimo inquadramento</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sostegno intensivo (elevato o molto elevato) con livello 2 o 3 (DSM 5-TR) o con livello di funzionamento adattivo basso e moderatamente basso o, in caso di adulti, con punteggio complessivo WHODAS 2.0 a 36 items <math>\geq 40</math></li> <li>Sostegno lieve o medio con livello 1 (DSM 5-TR) e livello di funzionamento adattivo almeno adeguato e, in caso di adulti, con punteggio complessivo WHODAS 2.0 a 36 items <math>&lt; 40</math></li> </ul>  |
| <b>Valutazione su atti</b>                                       | Possibile se documentazione sanitaria probante, proveniente da centri di riferimento, contenente: <ul style="list-style-type: none"> <li>diagnosi formulata secondo DSM-IV-TR o DSM-5 o ICD-10;</li> <li>attestazione di osservazione ripetuta nel tempo;</li> <li>strumenti per la valutazione della disabilità intellettiva (Q.I.) e per la valutazione delle capacità adattive (scala VABS) ai fini della stratificazione gravità;</li> <li>eventuali comorbilità</li> </ul> | Possibile solo se la documentazione sanitaria allegata al certificato medico introduttivo, rilasciata da strutture pubbliche o private accreditate dal SSN, riportante: <ul style="list-style-type: none"> <li>diagnosi;</li> <li>livelli di gravità secondo i criteri diagnostici DSM-5 TR;</li> <li>documentazione relativa allo Schema riassuntivo dei punteggi dello Score report delle Vineland-II Survey interview Form per la valutazione del profilo di funzionamento adattivo;</li> <li>eventuali comorbilità mediche, psichiatriche e neurologiche</li> </ul> |
| <b>Altro</b>   | -   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Valutazione condizione di non autosufficienza (D. Lgs. 29/2024)</li> <li>Accertamento disabilità ai fini dell'inserimento lavorativo</li> <li>Accertamento disabilità in età evolutiva a fini scolastici</li> </ul>  |

## CONCLUSIONI

Le novità introdotte dal Decreto Legislativo 62/2024 e dal Decreto 94/2025 parrebbero rappresentare la base normativa e medico-legale ai fini dell'applicazione di criteri univoci per quanto attiene alla valutazione, in ambito assistenziale, delle persone affette da disturbi dello spettro autistico.

Nell'allegato al Decreto 94/2025 sono indicati chiaramente i contenuti che devono essere riportati nelle relazioni e nelle certificazioni redatte e rilasciate dalle strutture pubbliche o private accreditate, in ottemperanza alle Linee Guida dell'Istituto Superiore della Sanità. Da ciò deriva un valido supporto documentale atto ad orientare i giudizi, in coerenza con i criteri indicati nell'allegato al Decreto 94/2025, che sono formulati all'esito della visita espletata in presenza durante la valutazione di base (con l'importante integrazione della commissione medica con specialista in pediatria o in neuropsichiatria infantile) o all'esito dell'accertamento su atti.

L'accentramento presso INPS di tutta la procedura di valutazione di base, con limiti temporali definiti normativamente, potrà ridurre i tempi di completamento dell'iter, con un successivo rapido accesso ai sussidi correlati al certificato di disabilità. La previsione di non rivedibilità comporta la semplificazione del processo al passaggio tra età evolutiva ed età adulta, con l'auspicio di una parallela continuità di presa in carico tra i servizi dell'età evolutiva e quelli dell'età adulta.

Fondamentale è rammentare, infine, che un punto cardine della riforma della disabilità è la costruzione del progetto di vita. Mentre nell'età evolutiva i progetti (ri-)abilitativi hanno la funzione primaria di abilitare la persona incrementando le sue competenze funzionali per permetterle il miglior adattamento e la migliore inclusione possibile, nel progetto di vita delle persone adulte questa funzione abilitativa, per quanto presente, deve diventare uno strumento per il perseguimento delle priorità esistenziali della persona con disturbi dello spettro dell'autismo.

Per questo motivo è decisamente importante accedere a ciò che è maggiormente significativo, gradito e preferito dalla persona (Virués-Ortega, 2014). Un progetto di vita, ovvero una progettazione esistenziale che davvero desidera mettere al centro gli outcome personali (intesi come gli esiti riferiti alla soddisfazione e realizzazione della persona) non può quindi che partire dalla ricerca delle aspettative, preferenze e priorità che la persona definisce per sé (Heinicke, 2019).

## BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. 2023. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali – Quinta edizione. DSM-5 TR. Raffaello Cortina Editore.
2. Comunicazione Tecnico Scientifica INPS del 02.03.2015.
3. Conferenza Unificata. 2018. Linee di indirizzo nazionali per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nei Disturbi dello Spettro Autistico.
4. Decreto 10 aprile 2025 n. 94.
5. Decreto Legislativo 3 maggio 2024 n. 62.
6. Heinicke MR, Carr JE, Copsey CJ. 2019. Assessing preferences of individuals with developmental disabilities using alternative stimulus modalities: A systematic review. *J Appl Behav Anal.* 52(3):847-869.
7. Istituto Superiore di Sanità. 2025. Raccomandazioni della Linea Guida sulla diagnosi e sul trattamento del disturbo dello spettro autistico in bambini e adolescenti. Sistema Nazionale Linee Guida - ISS.
8. Istituto Superiore di Sanità. 2025. Raccomandazioni della Linea Guida sulla diagnosi e sul trattamento di adulti con disturbo dello spettro autistico. Sistema Nazionale Linee Guida - ISS.
9. Legge 3 marzo 2009, n. 18.
10. Legge 18 agosto 2015 n. 134.
11. Legge 21 febbraio 2025, n. 15.
12. Legge 29 luglio 2024, n. 106.
13. Legge-Delega 22 dicembre 2021 n. 227.
14. Linee Guida INPS Valutazione su Atti del 02.04.2015.
15. Messaggio INPS n. 5544 del 23.06.2014.
16. Scattoni ML et al. 2023. Autism spectrum disorder prevalence in Italy: a nationwide study promoted by the Ministry of Health. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 28;17(1):125.
17. Virués-Ortega J et al. 2014. Clinical decision making and preference assessment for individuals with intellectual and developmental disabilities. *Am J Intellect Dev Disabil.* 119(2):151-70.
18. World Health Organization. 2019. International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems (11th ed.; ICD-11).

