
MIP



RASSEGNA DI

Medicina legale **Previdenziale**

Visite mediche di controllo: modelli operativi a confronto. Livelli di efficacia e ricadute economiche

Laura D'Alessandro

Carmela Piga

La legge 222/84 al quindicesimo anno: analisi, confronto, problematiche aperte

Fabrizio Zappaterra

La sindrome di Erasmus. Considerazioni medico legali in ambito previdenziale

Lucia Zanardi

Gianluigi Margiotta

Consulenza tecnica

L'angolo dell'infermiere

ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE
GENNAIO - FEBBRAIO - MARZO
1
2001

Anno XIV - Periodico trimestrale
Sped. in a. p. - Legge 662/96
art. 2 - comma 20/c - Filiale di Roma

Direttore
Massimo PACI

Direttore Responsabile
Fabio TRIZZINO

Direttore Scientifico
Maurizio CECCARELLI MOROLLI

Comitato Scientifico
Bruno Maria ALTAMURA
Paolo ARBARELLO
Luigi PALMIERI
Pietrantonio RICCI

Comitato di Redazione
Anita CIPRARI
Marco MASSARI
Claudio MELONI
Rosella PASTORE
Sonia PRINCIPI
Benedetto VERGARI
Lia DE ZORZI (*coordinamento*)

Segretaria del Comitato di Redazione
Patrizia COLABUCCI

RASSEGNA DI

Medicina legale Previdenziale

Rivista trimestrale dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale

1

Anno XIV, I trimestre 2001

SOMMARIO

ARTICOLI

Visite mediche di controllo: modelli operativi a confronto. Livelli di efficacia e ricadute economiche

Laura D'Alessandro *Carmela Piga*
3

La legge 222/84 al quindicesimo anno: analisi, confronto, problematiche aperte

Fabrizio Zappaterra
13

La sindrome di Erasmus. Considerazioni medico-legali in ambito previdenziale

Lucia Zanardi *Gianluigi Margiotta*
37

CONSULENZA TECNICA

42

L'ANGOLO DELL'INFERMIERE

48

Visite mediche di controllo: modelli operativi a confronto. Livelli di efficacia e ricadute economiche

Laura D'ALESSANDRO
Attuario
Sede Regionale INPS - Udine

Carmela PIGA
Dirigente medico-legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Udine

Questo studio analizza i dati riguardanti le visite mediche di controllo nelle Aree Territoriali dell'INPS del Friuli V.G. per l'anno 1999, al fine di evidenziare le diversità tra le varie realtà. Dal momento che la ricerca intende realizzare un processo di benchmarking attraverso il confronto delle scelte operative dei Centri Medico Legali (CML) e delle relative ricadute economiche, le Sedi considerate sono indicate con le lettere dell'alfabeto come fossero modelli di studio.

Prima di entrare nel vivo è opportuno fare un cenno ai dati di riferimento.

La fonte dei dati è la procedura Verif (utilizzata dall'Istituto per il controllo della produttività) ed in particolare la scheda relativa all'Area Prestazioni Temporanee (dati inseriti dagli Uffici Amministrativi) e la scheda relativa al Settore Sanitario (dati inseriti dai CML). Le due schede forniscono informazioni in alcuni casi analoghe ed in altri casi complementari. Tuttavia i dati in esse presenti non coincidono quasi mai poiché gli uffici preposti rileva-

no aspetti simili dello stesso prodotto ma in tempi diversi. Pertanto, non essendo possibile accostare in modo diretto i dati presenti nelle due schede, si è scelto di utilizzare come base di analisi quelli del Settore Sanitario (Tabella 1) e di integrarli con le informazioni aggiuntive presenti nella scheda dell'Area Prestazioni Temporanee (Tabelle 2 e 3), dopo averne calcolata una stima che permetta di affiancare dati altrimenti eterogenei.

Il Grafico 1 mostra il numero dei certificati medici pervenuti nelle diverse Sedi: il numero dei certificati pervenuti è maggiore per le Sedi D e C che per le Sedi A e B. Tuttavia una parte dei certificati arriva ai CML già scaduta. Si definiscono pertanto "utili" i certificati non ancora scaduti al momento della disamina da parte dei medici.

Si osserva una certa variabilità del rapporto Cert. Utili/Pervenuti determinata da una diversa organizzazione del lavoro nelle varie Sedi: in alcune di esse i certificati vengono trattati prima dagli Uffici Amministrativi e poi dai CML per cui la per-

**TABELLA 1 - Dati disponibili sulla procedura Verif (gennaio-dicembre 1999)
Scheda relativa al Settore Sanitario**

Sede	Certificati Pervenuti	Certificati utili		Certificati scaduti	Assenti VCD	VCA		assenti
		con conf. pr.	con rich. visita			con conf. pr.	con rid. pr.	
Sede A	39.437	25.839	4.922	8.676	248	180	34	34
Sede B	43.342	14.179	7.006	22.157	756	514	74	168
Sede C	91.150	47.402	5.704	38.044	809	432	40	337
Sede D	121.565	70.195	2.471	48.899	460	260	42	158
Friuli V.G.	295.494	157.615	20.103	117.776	2.273	1.386	190	697
Italia	10.842.391	5.012.367	1.397.161	4.403.096	132.667	84.613	19.188	29.388

I dati contenuti nella Tabella 1 sono quelli di base da cui si è partiti per tutte le elaborazioni successive.

**TABELLA 2 - Dati disponibili sulla procedura Verif (gennaio-dicembre 1999)
Scheda relativa al Settore Prestazioni Temporanee**

Sede	Certificati di malattia			VCD disposte		VCD effettuate		
	giacenza inizio anno	pervenuto	giacenza fine anno	disp. su richiesta	disp.	con conf. pr.	con rid. pr.	assenti alla visita
Sede A	1.357	40.132	2.504	1.065	4.334	4.650	194	554
Sede B	0	43.342	0	1.005	5.315	5.020	289	1.011
Sede C	4.172	97.151	8.214	1.460	5.630	5.940	360	806
Sede D	10.997	121.565	13.341	1.900	2.463	3.415	305	643
Friuli V.G.	16.526	302.190	24.059	5.430	17.742	19.025	1.148	3.014
Italia	3.418.136	10.921.689	5.805.420	390.724	882.198	901.630	153.905	216.159

I dati contenuti nella Tabella 2 sono stati utilizzati per integrare quelli del Settore Sanitario. Poiché i dati rilevati dai due Settori sono eterogenei, quelli della Tabella 2 sono serviti solo come base per effettuare delle stime, nell'ipotesi che i rapporti tra le varie grandezze rimanessero invariati.

centuale dei certificati scaduti aumenta notevolmente.

L'organizzazione della Sede A risulta la più efficiente poiché realizza un'analisi dei certificati più tempestiva. Il dato regionale è in linea con quello nazionale.

Sulla base dei certificati utili i CML dispongono le visite di controllo domiciliare (VCD) (alcune visite sono disposte su richiesta dei datori di lavoro ma in questo studio non se ne tiene conto essendo state scorporate dai dati).

La percentuale di VCD disposte (Grafico 2) varia sensibilmente da Sede a Sede: la B dispone la VCD per il 33% dei certificati utili mentre la D solo per il 3%. La media regionale (11%) resta nettamente inferiore a quella nazionale (22%).

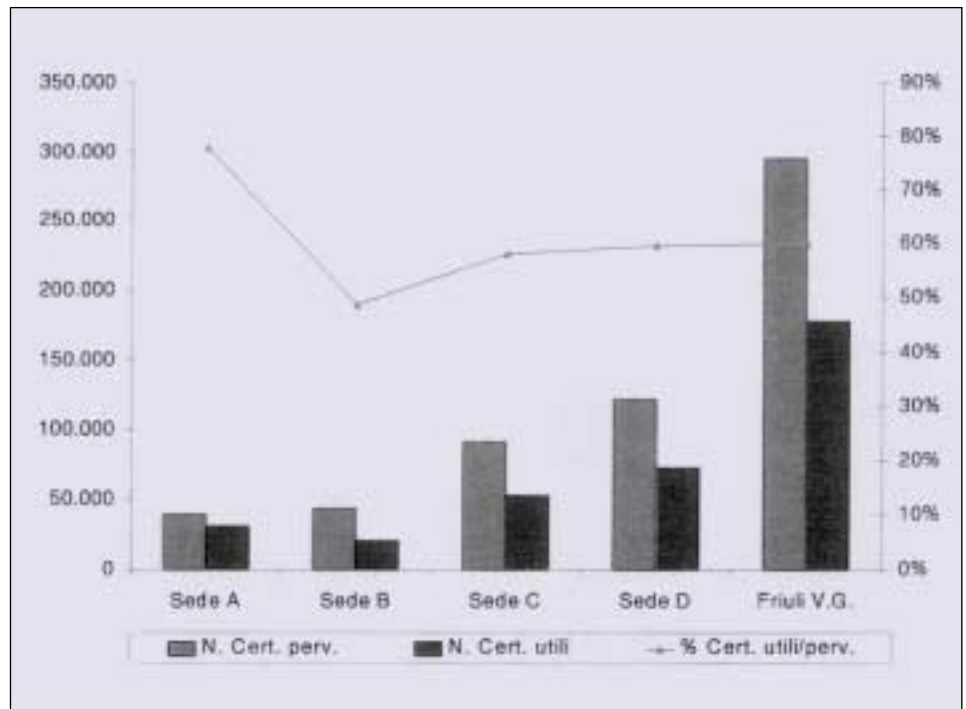
Le visite di controllo disposte possono avere tre possibili esiti: conferma della prognosi; riduzione della prognosi; riscontro dell'assenza del lavoratore al domicilio e quindi impossibilità di effettuare la visita medica. Se si vuole avere una prima idea dell'efficacia delle visite si può analizzare la percentuale di quelle che hanno portato ad una riduzione di prognosi (Grafico 2). In Regione (5,2%) tale percentuale è sempre notevolmente inferiore al valore nazionale (13,6%). Questo dato, apparentemente negativo, potrebbe essere interpretato positivamente se risultasse che, per uno stesso processo patologico, in Friuli V.G. le prognosi, assegnate dai medici di base, fossero inferiori che nel resto d'Italia e pertanto non ulteriormente riducibili.

**TABELLA 3 - Dati disponibili sulla procedura Verif (gennaio-dicembre 1999)
Scheda relativa al Settore Prestazioni Temporanee**

Sede	VCA				ASSENZE					
	per ass. VCD	con conf. pr.	con rid. pr.	assenti VCA	definite	ist. giust. accolte	respinte	definiti	ricorsi accolti	respinti
Sede A	511	301	28	182	289	180	109	32	21	11
Sede B	1.011	508	99	404	743	426	317	43	14	29
Sede C	806	434	54	323	833	465	368	25	10	15
Sede D	465	332	2	172	643	326	317	31	20	11
Friuli V.G.	2.793	1.575	183	1.081	2.508	1.397	1.111	131	65	66
Italia	100.625	53.534	14.392	24.778	118.917	65.393	53.524	11.707	5.111	6.596

I dati contenuti nella Tabella 3 sono stati utilizzati per integrare quelli del Settore Sanitario. Poiché i dati rilevati dai due Settori sono eterogenei, quelli della Tabella 3 sono serviti solo come base per effettuare delle stime, nell'ipotesi che i rapporti tra le varie grandezze rimanessero invariati.

GRAFICO 1 - Analisi dei certificati medici pervenuti



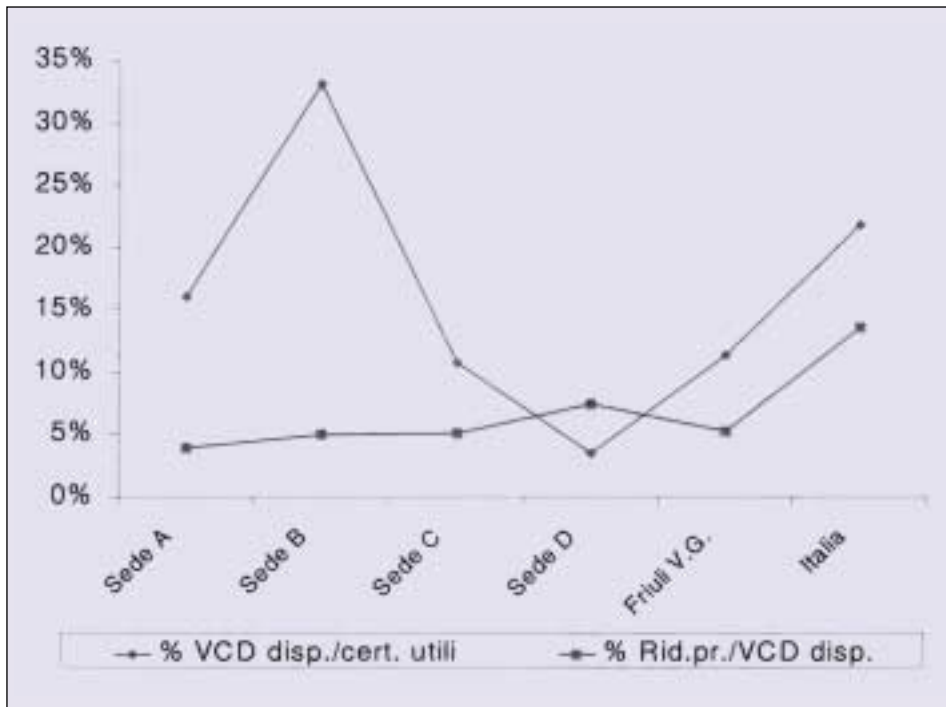
A seguito del riscontro di un'assenza al domicilio, il lavoratore, che comunque è tenuto a giustificarla, è invitato a presentarsi presso l'INPS per sottoporsi ad una visita di controllo ambulatoriale (VCA).

L'esito delle VCA effettuate (Grafico 3) mostra che la percentuale di visite che hanno portato ad una riduzione di prognosi va dall'8,5% della Sede C al 15,9% della Sede A rima-

nendo in Regione (12,1%) sempre inferiore alla media nazionale (18,5%). Il confronto tra gli ultimi due dati potrebbe trovare giustificazione ancora una volta nella maggior uniformità nel Friuli V.G. tra i criteri adottati dai medici di base e dai medici dell'INPS ai fini delle prognosi.

In realtà solo una parte delle assenze dà luogo ad una visita di controllo ambulatoriale (VCA). La visita

GRAFICO 2 - Analisi delle visite di controllo domiciliare (VCD)

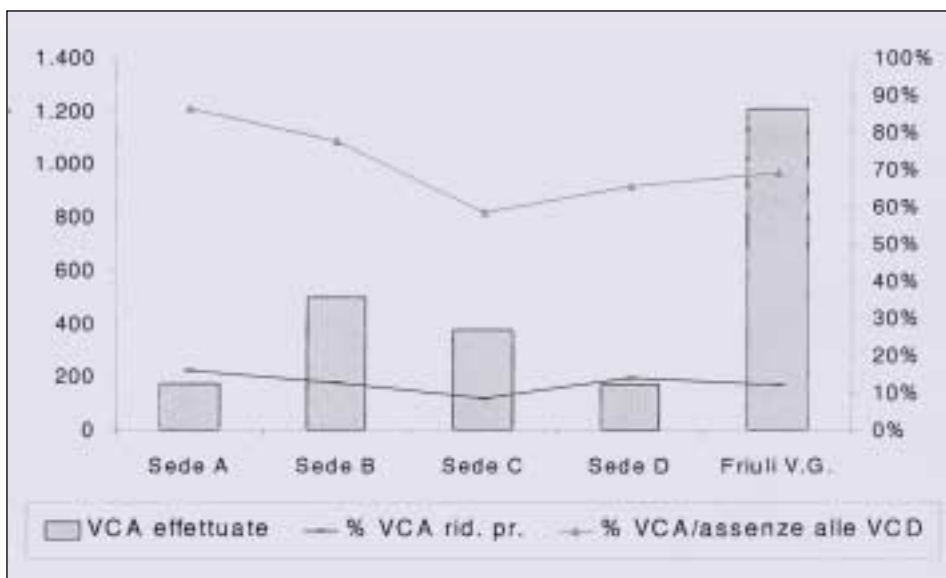


infatti non è effettuata se ad esempio il lavoratore torna al lavoro il giorno dopo la mancata reperibilità.

La percentuale delle VCA effettuate sul totale delle assenze a VCD (Grafico 3) può dare qualche indicazione sui criteri utilizzati dai diversi

CML nel disporre le VCD. Una percentuale bassa può indicare che un numero elevato di lavoratori assenti è tornato al lavoro il giorno successivo e che quindi la VCD era stata inviata presumibilmente alla fine del periodo di malattia. Una metodolo-

GRAFICO 3 - Analisi delle visite di controllo ambulatoriale (VCA)



gia di controllo di questo tipo tenderebbe più che ad accertare uno stato patologico a verificarne la fine per scoraggiare la presentazione di un nuovo certificato. Tale percentuale è minima nella Sede C, massima nella Sede A ed il dato regionale è inferiore a quello nazionale.

Le assenze alla VCD, se non giustificate, danno luogo alla riduzione del periodo di malattia indennizzato da parte dell'Istituto. La giustificazione può avvenire in prima istanza o in fase di ricorso.

Le assenze ingiustificate, che cioè sono rimaste tali anche dopo il ricorso, costituiscono una percentuale delle VCD disposte (Grafico 4) che varia

notevolmente da Sede a Sede. Nell'ambito della Regione si va dall'1,2% della Sede A al 4,9% della Sede D e il dato regionale (3,6%) è superiore a quello nazionale (2,7%).

Si sottolinea che nelle Sedi C e D, in cui la percentuale VCA/assenze VCD (Grafico 3) è minore, la percentuale di assenze ingiustificate/VCD disposte (Grafico 4) è maggiore.

In conclusione (Tabella 4) si osservano nei quattro modelli di studio metodologie di controllo sostanzialmente differenti: le VCD sono disposte con frequenza diversa ed in tempi diversi rispetto alle prognosi. Nelle Sedi C e D si attua una forte selezione per cui si richiedono po-

GRAFICO 4 - Analisi delle assenze alle visite di controllo domiciliare

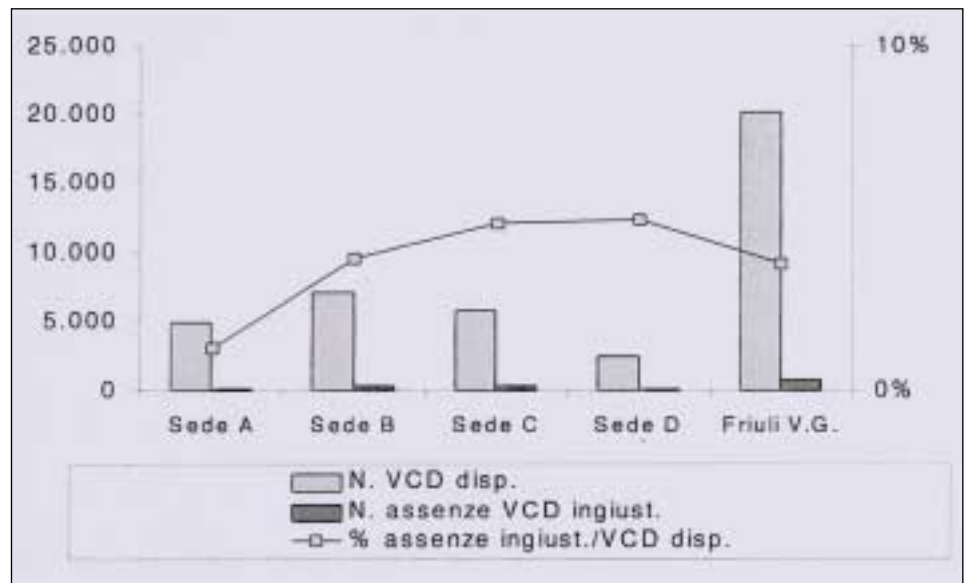


TABELLA 4 - Sintesi dei risultati (gennaio-dicembre 1999)

Sede	% VCD disposte/cert. utili	% VCD con rid. pr./VCD disposte	% VCA effettuate/assenze VCD	% VCA con rid. pr./VCA effettuate	% Assenti ingiust./VCD disposte
Sede A	16%	3,8%	86%	15,9%	1,2%
Sede B	33%	4,9%	78%	12,6%	3,8%
Sede C	11%	5,1%	58%	8,5%	4,8%
Sede D	3%	7,3%	66%	13,9%	4,9%
Friuli V.G.	11%	5,2%	69%	12,1%	3,6%
Italia	22%	13,6%	78%	18,5%	2,7%

I dati percentuali della Tabella 4 rappresentano una sintesi dei risultati ottenuti elaborando i dati delle Tabelle 1, 2 e 3.

che VCD e verso la fine del periodo di malattia, criteri che consentono di ottenere risultati soddisfacenti in termini di riduzione prognosi e di riscontro di assenze ingiustificate. Nella Sede B le VCD sono disposte con una frequenza molto elevata e in una fase precoce della prognosi, metodologia che produce risultati modesti. Infatti appare chiaro che all'aumentare dei controlli se ne riduce l'efficacia. Nella Sede A infine si dispone la visita con una frequenza intermedia e la selezione è poco efficace in relazione all'eccessiva tempestività del controllo.

A questo punto sorge spontaneo chiedersi quale tipo di "politica" sia meglio adottare, quale dia luogo a maggiori guadagni o a minori perdite per l'Istituto.

Per dare una risposta a questa domanda si è fatta una simulazione per calcolare i costi ed i ricavi connessi all'attività di controllo dei CML.

È importante porre l'accento sul fatto che si tratta di una simulazione poiché a questa valutazione sono sottese ipotesi, che via via si espliciteranno, ma che possono essere non rispondenti al vero.

Nell'analisi che segue non si tiene conto dei costi di gestione.

Dal punto di vista dei costi si osserva che questi sono generati dalle VCD disposte e dalle VCA effettuate (Grafico 5). Le VCD disposte a

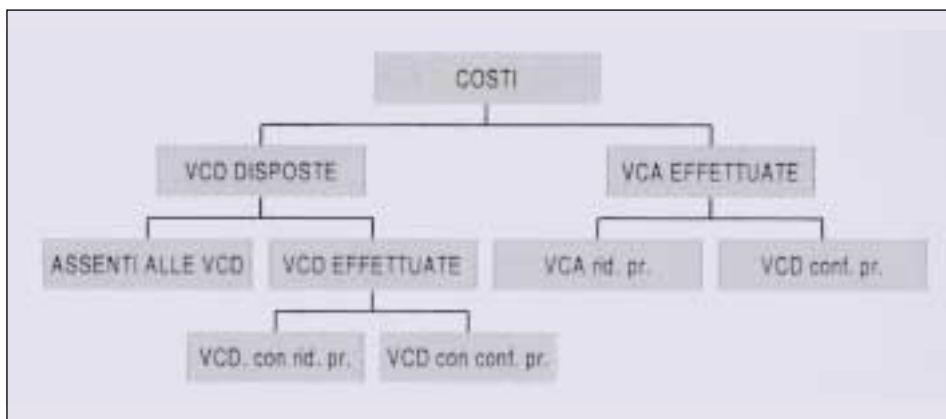
loro volta danno luogo a costi diversi a seconda che la visita sia stata effettuata (con riduzione o conferma di prognosi) o che sia stata riscontrata un'assenza. Per il calcolo dei costi delle VCD si è fatto riferimento al D.M. 18.04.96¹ in cui sono fissati i compensi per i medici e l'importo dovuto all'Istituto a titolo di rimborso spese di amministrazione. Per quel che riguarda il costo delle VCA, essendo queste visite realizzate dai medici dipendenti dell'Istituto, non potendolo calcolare effettivamente, lo si è stimato pari a quello delle VCD eseguite in giorni feriali più le spese di amministrazione.

Prima di analizzare l'andamento dei costi ottenuti con la simulazione (analisi che assume rilevanza solo nel confronto con i ricavi), è opportuno osservarne la composizione (Grafico 6).

L'analisi della composizione dei costi evidenzia che l'elemento di maggior peso percentuale è sempre costituito del costo delle VCD con conf. prognosi. Questo elemento è tanto più pesante quanto minori sono stati i risultati ottenuti in termini di riscontro di assenze e di riduzione di prognosi. Le VCA, essendo numericamente molto inferiori alle VCD, incidono sui costi in maniera poco rilevante.

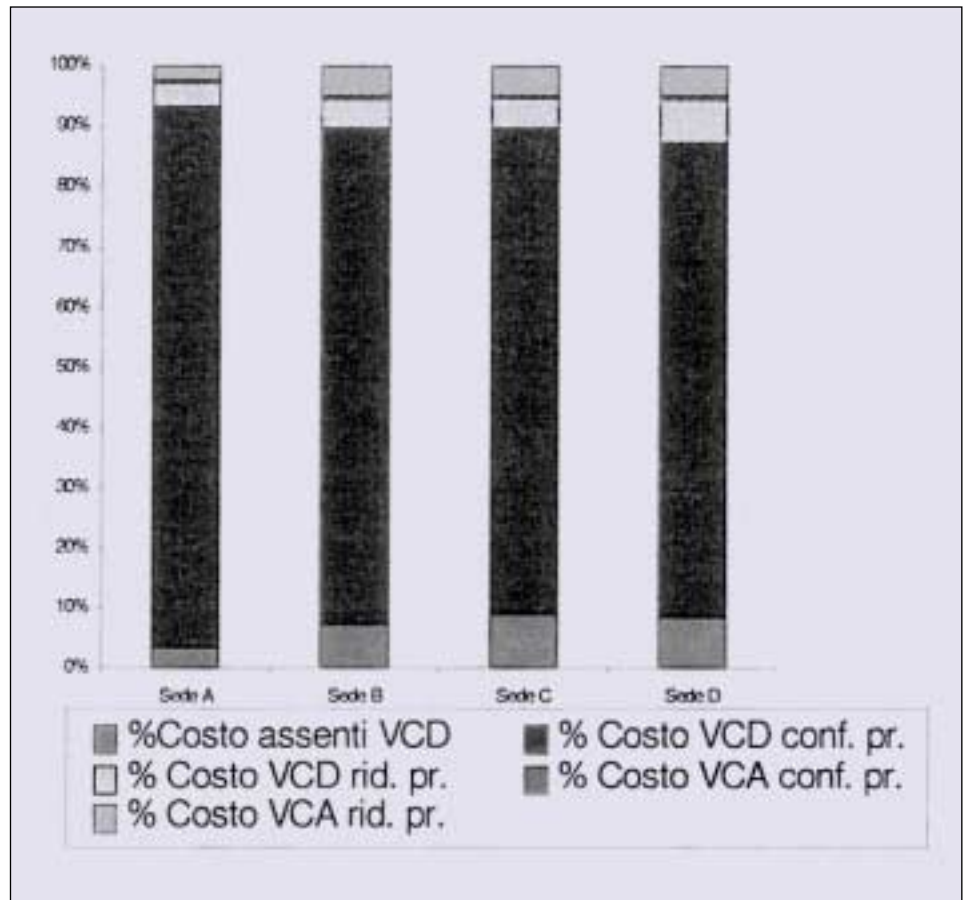
I ricavi ottenuti con l'attività di controllo sono determinati dalla minor spesa sostenuta per pagare le in-

GRAFICO 5 - Analisi della struttura dei costi



¹ Costo di una VCD eseguita in giorno feriale comprensivo di spese di trasporto e amministrazione: L. 43.500, in caso di assenza del lavoratore L. 36.500. I costi non comprendono il rimborso benzina.

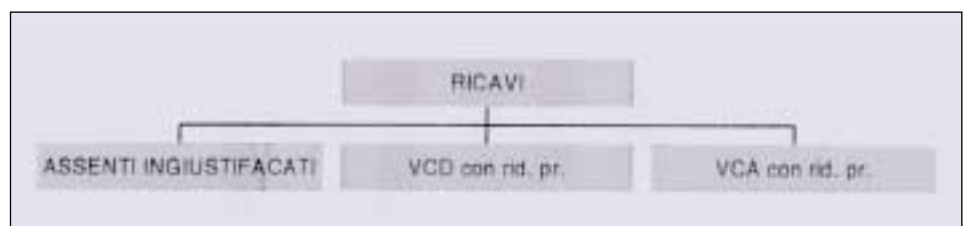
GRAFICO 6 - Analisi dei costi



dennità di malattia, ogniqualvolta il controllo abbia portato ad una riduzione di prognosi o alla verifica di un'assenza ingiustificata dell'ammalato al proprio domicilio (Grafico 7). Per il calcolo dei ricavi si è ipotizzata una indennità di malattia media di 57.000 (ipotesi suggerita da una stima fornita dal Servizio Statistico ed Attuariale realizzata sulla base di dati di bilancio), un numero medio di giorni di riduzione

di prognosi di 2,4 sia per le VCD che per le VCA (ipotesi realizzata sulla base di una rilevazione sulle "idoneità al lavoro" svolta dalla Direzione Centrale Sistemi Informativi e Telecomunicazioni dell'Istituto) ed un numero medio di giorni di recupero di indennità di malattia per assenza ingiustificata di 7 giorni (ipotesi totalmente arbitraria realizzata in considerazione del fatto che, qualora il lavoratore risulti ingiusti-

GRAFICO 7 - Analisi della struttura dei ricavi



ficatamente assente al domicilio, decade dal diritto a qualsiasi trattamento economico per l'intero periodo sino a 10 giorni e nella misura della metà per l'ulteriore periodo). L'analisi della composizione dei ricavi (Grafico 8) evidenzia che l'elemento predominante è costituito in tutte le Sedi dai ricavi generati dalle assenze ingiustificate: la riduzione di prognosi nelle VCD e nelle VCA determina minori ricavi percentuali.

Il confronto costi/ricavi evidenzia una situazione di perdita netta (risultato negativo) in tutte le Sedi. Le perdite minori si rilevano nelle Sedi in cui si osservano maggiori riduzioni di prognosi e soprattutto maggiori assenze ingiustificate. Questi risultati, come dimostrato prima, derivano da una metodologia basata su una percentuale ridotta di con-

trolli inviati alla fine della prognosi. Non stupiscono pertanto i risultati descritti dal Grafico 9 se si confrontano con i dati riportati nella Tabella 4. La perdita maggiore si ha nella Sede A dove, nonostante la percentuale di visite disposte non sia elevatissima, i risultati ottenuti in termini di riduzioni prognosi ed assenze ingiustificate sono i peggiori. L'inefficacia delle visite è dovuta all'eccessiva tempestività del controllo. Anche nella Sede B si osserva una perdita elevata che trova spiegazione nell'eccessivo costo generato dalle molte VCD disposte, costo non compensato da risultati economicamente utili: riduzioni prognosi ed assenze ingiustificate. Questo modello dimostra che nella richiesta di VCD non si può prescindere dall'essere molto selettivi. Infatti nella

GRAFICO 8 - Analisi dei ricavi

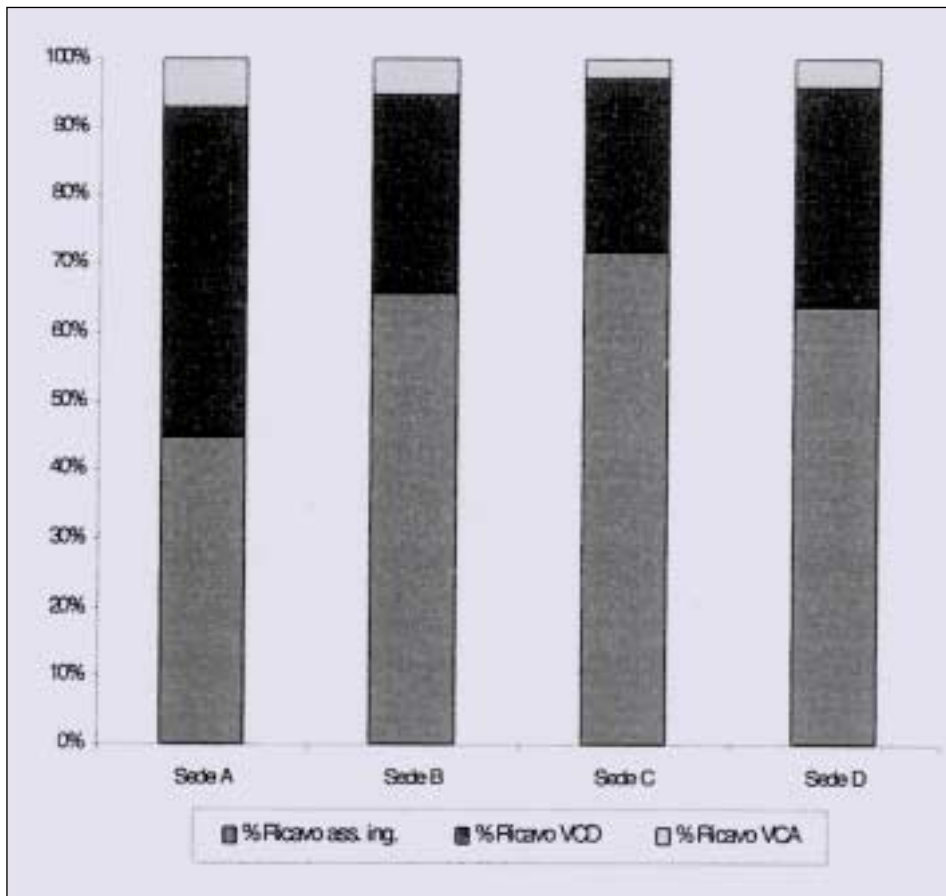
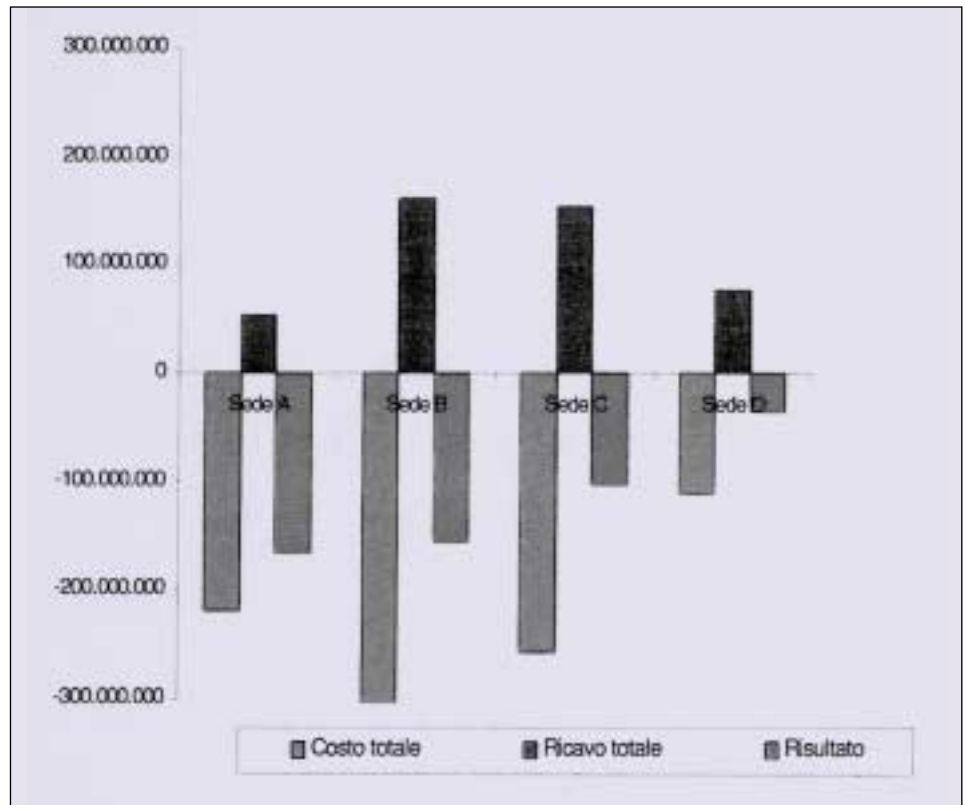


GRAFICO 9 - Confronto Costi-Ricavi



Sede D si osserva la minore perdita economica derivante da poche richieste di VCD ma efficaci sotto l'aspetto della prognosi e delle assenze in quanto inviate alla fine della prognosi. Il modello C ottiene un buon risultato riguardo alle assenze ingiustificate ma il numero di VCD disposte non è seguito da una adeguata riduzione di prognosi: ciò ribadisce la perdita di efficacia derivante dall'aumentare dei controlli.

OSSERVAZIONI FINALI

Lo studio evidenzia i criteri che consentono di contenere il fenomeno dell'assenteismo senza trascurare l'aspetto aziendale del controllo della spesa. L'esperienza è relativa alla Regione Friuli V.G. in cui i dati complessivi (percentuali di conferme prognosi in VCD e VCA) testimoniano il buon orientamento pro-

gnostico dei medici curanti nella certificazione di malattia. Sulla scorta dei risultati le Sedi analizzate potranno rendersi più consapevoli degli effetti delle proprie scelte e le Regioni che presentano realtà simili a quella osservata potranno riconoscersi nei modelli studiati.

Si sottolinea il fatto che l'attuale sistema di controllo genera in ogni caso perdite che neppure la strategia ottimale riesce a contenere. Il semplice confronto tra l'ammontare del costo della visita medica e quello dell'indennità giornaliera di malattia media dà l'idea della insostenibilità del meccanismo.

Le tradizionali modalità per l'abbattimento dell'assenteismo sono quindi estremamente rigide poiché all'aumentare delle visite se ne riduce l'efficacia mentre lievitano i costi. Oltre tutto il riscontro delle assenze, attivando le sanzioni economiche, funziona come ammortizzatore di costi e

deterrente ma altera il rapporto con il lavoratore rendendolo inutilmente conflittuale: in Italia l'86,4% delle prognosi controllate è confermato.

La lotta all'assenteismo non è l'unico strumento di contenimento della spesa previdenziale per le indennità di malattia, molti altri interventi potrebbero essere proficuamente messi in atto a questo scopo e l'esperienza professionale quotidiana ne suggerisce alcuni:

1. informare i lavoratori e i medici curanti della brevità del periodo di massimo indennizzabile (180 gg. annuali) e della conseguente necessità che tale periodo venga utilizzato con parsimonia per l'eventualità che sopraggiunga un'infermità di lunga durata;

2. tutelare l'Assicurato per le malattie professionali non tabellate che vengono impropriamente attribuite all'INPS, come malattie comuni, invece che all'INAIL;

3. sensibilizzare i datori di lavoro sulle dinamiche di mobbing che determinano periodi protratti di astensione lavorativa a causa della sofferenza psichica;

4. responsabilizzare le strutture del SSN sulle conseguenze di tempi di attesa eccessivamente lunghi per prestazioni sanitarie. Le ritardate cure infatti causano per l'INPS un aumento delle giornate da indennizzare e per il lavoratore il rischio di perdere l'indennità di malattia o addirittura il lavoro se tra diagnosi cu-

ra e riabilitazione viene superato il periodo di comporto.

RIASSUNTO

L'analisi dell'operato delle Sedi del Friuli V.G. relativamente alle Visite Mediche di Controllo consente di trarre alcune conclusioni circa l'efficacia dei criteri adottati e i rispettivi costi, valide non solo per le realtà locali.

Emerge dallo studio che all'aumentare delle visite mediche vi è una perdita di efficacia nella riduzione delle prognosi e che il controllo inviato alla fine del periodo di malattia è il più utile per la riduzione della prognosi e il più valido per il riscontro di assenze dal domicilio.

In tutte le Sedi del Friuli V.G. il bilancio dei costi-ricavi è negativo, contenuto solo in parte dalla contrazione delle prognosi e principalmente dalle assenze ingiustificate che comportano una riduzione delle giornate indennizzate. L'86,4% delle VCD in Italia conferma la prognosi. Il dato impone una riflessione sulle possibilità restanti per il contenimento della spesa previdenziale che può avvalersi di strategie diverse oltre alla tradizionale lotta all'assenteismo la quale, così com'è attuata, risulta oltremodo dispendiosa e imposta sulla base della conflittualità tra l'INPS e il Lavoratore.

La legge 222/84 al quindicesimo anno: analisi, confronto, problematiche aperte

Fabrizio ZAPPATERRA
Dirigente medico-legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Trento

INTRODUZIONE

La legge 222/1984 ha operato una revisione dell'invalidità pensionabile sia nel termine concettuale, introducendo la duplice tutela del rischio assicurativo mediante l'assegno d'invalidità e la pensione d'inabilità rispettivamente per la perdita dei due terzi della capacità di lavoro in attività confacenti e con la comparsa dell'assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa, secondo la raccomandazione espressa il 27.09.1966 dal Comitato economico e sociale della CEE, sia nella scelta tecnico-politica di eliminare ogni riferimento alla capacità di guadagno, che implicava spesso un'iper valutazione dei fattori socioeconomici ambientali, dando una connotazione assistenziale ad una prestazione prettamente previdenziale.

È indubbiamente quest'ultima l'innovazione più significativa introdotta dalla legge che costituisce, non tanto il derivato di un'evoluzione dottrinarica, quanto l'effetto di una scelta tecnico-politica, promossa dalla sopravvenuta crisi finanziaria del

sistema previdenziale, tendente a ridurre le dimensioni della tutela sociale previdenzialmente coperta, circoscrivendola a condizioni di bisogno non presunte bensì effettivamente esistenti (10).

Nonostante la chiarezza dell'intendimento, a distanza di 16 anni dall'emanazione, continuano a manifestarsi delle perplessità interpretative, fuori dell'ambito medico dell'Istituto, che tendono, in particolare, ad utilizzare il richiamo alle "occupazioni confacenti alle sue attitudini" per l'invalidità, come limite concreto e non astratto della dizione "qualsiasi attività lavorativa", ribadito dalla Cassazione in numerose pronunce sull'inabilità, oppure facendo un riferimento al concetto di "lavoro proficuo" (16) come un rinnovato vincolo alle considerazioni di carattere socioeconomico inerenti al mercato del lavoro (11).

Anche la più recente riforma pensionistica (L. 8 agosto 1995, n. 335, G.U. 16 agosto 1995, n. 190) doveva perseguire l'obiettivo di riportare sotto controllo, mediante provvedimenti in grado di conferire maggio-

re omogeneità ad un mosaico di prestazioni difformi, un capitolo di spesa cresciuto a dismisura, e di avviare un processo di contenimento e di risanamento del debito pubblico di cui la componente pensionistica costituirebbe una parte sostanziale.

I principi ed i criteri che avrebbero dovuto ispirare le norme prescrivevano in primo luogo “*l’armonizzazione dei requisiti medico-sanitari e dei relativi criteri di riconoscimento con riferimento alla definizione di persona handicappata introdotta dalla legge 5 febbraio 1992, n. 104*”.

La direttiva sottintendeva la riprogettazione del sistema dovendo riguardare sia le normative che disciplinano il riconoscimento dello stato di invalidità nei diversi ambiti, sia le procedure di applicazione, ma la delega al Governo prevista dall’art. 3 della L. 335/95 è decaduta senza essere esercitata, probabilmente perché la prescrizione era ed è di difficilissima traduzione pratica (4).

La legge 222/1984, oltre a normalizzare l’abnorme fenomeno dell’invalidità in Italia, aveva il compito di uniformare l’erogazione delle prestazioni in tutto il territorio nazionale cancellando l’eventuale disomogeneità di invalidi ed inabili fra regioni o addirittura fra ambiti diversi della stessa realtà regionale se non per comprovate cause di carattere sanitario, pur permanendo le peculiarità regionali connesse all’addensamento di attività lavorative a carattere usurante o comunque ad alto dispendio energetico (cave, miniere, gallerie, edilizia, agricoltura di montagna scarsamente meccanizzabile, ecc.).

MATERIALI E METODI

Il ricorso alla tecnologia informatica, imposto all’INPS dall’esigenza di gestire miliardi di dati, consente oggi di attuare delle rilevazioni statistiche aggiornate ed affidabili, fondamentali per analizzare, anche in modo detta-

gliato, l’andamento delle prestazioni di invalidità e inabilità rispetto al complesso delle pensioni di vecchiaia ed anzianità.

Dall’Osservatorio sulle Pensioni INPS, accessibile tramite il programma INFOINPS, sono stati riscontrati i dati relativi alle pensioni vigenti e liquidate degli ultimi sette anni, suddivise per categoria (invalidità, inabilità, vecchiaia o anzianità), gestione, importo medio mensile, età media e numero di assicurati INPS (dipendenti anno 1995; artigiani e commercianti anno 1999), mentre dal testo “Notizie Statistiche 1988-1989”, edito nel 1991 a cura del ramo attuariale INPS, sono stati rilevati il numero di assicurati coltivatori diretti, coloni e mezzadri (anno 1989) e le prestazioni di invalidità ed inabilità liquidate nel 1989 suddivise per gruppo nosologico.

Dal sito Internet <http://web.iss.it>, a cura dell’Istituto Superiore di Sanità, sono stati selezionati tutti i dati relativi alla *mortalità per causa in Italia* nel 1994 (anno più recente fra quelli disponibili) suddivisi anche per regione ed i dati relativi alla popolazione nazionale e regionale nello stesso anno.

Dal database Gasan, accessibile in sessione 3270 mediante il comando TSO GASAN (Infoinps - gasan - utente UFONZSS¹ - procedura QMF), sono state estratte tutte le pratiche definite dal 1° gennaio al 31 dicembre 1999, suddivise per regione, fase della domanda, esito e raggruppamento omogeneo delle cause invalidanti. I prospetti elaborati sono stati trasferiti dall’Host mediante la procedura STAGASAN o, in caso di suo fallimento, con finestra tso in Ready (procedura TRANS di gasan) ricezione del file ‘inf.ufo990.dsqrinx.list’ o ‘inf.ufo170.dsqrinx’ in formato txt, e successiva conversione in formato word.

Nel database GASAN le pratiche acquisite al campo 36 dell’EAD75 con codice 224 (*domanda di pensione di inabilità e di assegno di invali-*

¹ N = lettera alfabetica identificativa per gli utenti centrali; 1 per le Sedi Regionali; 2 per le Agenzie di produzione.

Z = numero di sequenza per gli utenti centrali; 0 per l’Agenzia provinciale; da 1 a 9 per le Agenzie periferiche da 01 a 09, da A a Z per quelle con codice superiore a 09.

SS = niente da digitare per gli utenti centrali; codice Sede Regionale o Provinciale di appartenenza.

dità in subordine) e 225 (domanda di pensione di inabilità, di assegno di invalidità in subordine e richiesta di assegno per assistenza personale continuativa) sono registrate solo come INABILITÀ ACCOLTA quando è riconosciuta la pensione, solo come INVALIDITÀ ACCOLTA quando è riconosciuto l'assegno e respinta la domanda di pensione, solo come INABILITÀ RESPINTA, quando sono respinti sia la domanda di pensione che di assegno.

Poiché tale metodo, concepito per evitare la duplicazione delle pratiche, sacrifica i giudizi medico-legali, indispensabili per esaminare il lavoro di selezione operato dai sanitari sulle domande, i dati complessivi sono stati corretti integrando le inabilità e le invalidità respinte in prima visita e ricorso mediante il calcolo rispettivamente delle invalidità accolte ed inabilità respinte in prima visita e ricorso ex cod. 224 e 225.

I valori assoluti non sono confrontabili fra le singole regioni per l'eccessiva differenza di carico lavorativo che ha come estremi la Lombardia e la Val D'Aosta; sono stati pertanto confrontati i valori percentuali infra-regionali, quali la percentuale di accoglimento/reiezione delle pratiche, totali e suddivise per gruppo omogeneo delle cause invalidanti, nelle varie fasi dell'iter amministrativo. Ovviamente è possibile che le piccole regioni possono presentare frequenze percentuali anomale legate alla causale distribuzione nell'anno anche di poche unità, viceversa le regioni con maggior numero di pratiche danno una sicura immagine della metodologia medico-legale praticata e finiscono per incidere profondamente sugli andamenti statistici medi generali.

Per questo motivo alcuni dati sono stati analizzati parzialmente accorpatisi riguardo all'Italia Settentrionale (Piemonte, Val D'Aosta, Lombardia, Liguria, Trentino Alto Adige, Veneto, Friuli Venezia Giulia), Centrale (Toscana, Umbria, Marche, Lazio) e Meridionale (Abruz-

zo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna).

RISULTATI

Analisi dell'iter amministrativo presso l'Ufficio sanitario

L'esame dell'andamento negli ultimi sette anni (Tabella 1) conferma il progressivo calo delle prestazioni anticipate per patologia ed il rapporto oramai stabilizzato fra l'11% ed il 12% rispetto alle prestazioni di vecchiaia e di anzianità, che hanno subito, al contrario, un forte incremento nel 1996 riassorbito nei due anni successivi.

L'aumento dell'età pensionabile può aver influito rallentando la velocità di riduzione delle pensioni di invalidità a partire dal 1997.

Le pensioni vigenti al 1° gennaio degli ultimi otto anni hanno dimostrato un analogo andamento, con una perdita complessiva di 1,2 milioni di prestazioni per invalidità, ampiamente compensate da quasi 1,3 milioni di pensioni di vecchiaia/anzianità; l'indice invalidità/vecchiaia si è ora ridotto al 34%, rispetto alla parità vigente negli anni 1975-1980 (11).

Il calo delle prestazioni per invalidità, al di là della metodologia valutativa, che si ritiene sufficientemente uniforme e consolidata già da molti anni, riflette, non tanto un miglioramento della salute globale della popolazione assicurata INPS, quanto, più verosimilmente, il minor costo energetico del lavoro per la continua innovazione tecnologica, la riduzione del numero complessivo degli occupati e, non ultimo, il miglioramento della situazione contributiva, che ha consentito la quiescenza di gran parte dei lavoratori prima della comparsa di una rilevante patologia invalidante.

In effetti le prestazioni di invalidità liquidate nel corso del 1999 risultano, secondo l'Osservatorio sulle pensioni

TABELLA I

PENSIONI LIQUIDATE NELL'ANNO							
Anno	FPLD		AUTONOMI e FS		TOTALE		
	Inval.	Vecch.	Inval.	Vecch.	Inval.	Vecch.	i/v*100
1993	45.859	290.863	30.042	276.974	75.901	567.837	13,3
1994	40.864	227.792	25.577	318.970	66.441	546.762	12,2
1995	37.327	254.575	20.456	240.423	57.783	494.998	11,7
1996	34.692	203.799	17.830	311.871	52.522	515.670	10,2
1997	30.016	199.498	16.204	282.239	46.220	481.737	9,6
1998	28.619	204.848	15.628	173.997	44.247	378.845	11,7
1999	26.793	172.989	14.907	180.297	41.700	353.286	11,8
PENSIONI VIGENTI NELL'ANNO AL 1° GENNAIO							
1993	2.493.696	5.049.497	1.637.637	2.116.268	4.131.333	7.165.765	57,7
1994	2.397.769	5.166.432	1.568.749	2.267.559	3.966.518	7.433.991	53,4
1995	2.297.037	5.215.041	1.489.059	2.454.341	3.786.096	7.669.382	49,4
1996	2.202.392	5.302.820	1.412.153	2.579.486	3.614.545	7.882.306	45,9
1997	2.090.289	5.322.400	1.328.240	2.760.550	3.418.529	8.082.950	42,3
1998	1.994.676	5.538.245	1.252.463	2.922.877	3.247.139	8.281.122	39,2
1999	1.913.503	5.401.252	1.184.145	2.979.222	3.097.648	8.380.474	37,0
2000	1.828.310	5.414.750	1.117.749	3.043.462	2.946.059	8.458.212	34,8

INPS 33.683, che corrisponderebbero al 99,8% dei giudizi di invalidità in 1^a visita ed in ricorso presso i CML, mentre le pensioni ammontano a solo 8.017, pari al 71,6% delle pensioni accolte presso tutti i CML nazionali. Fra le liquidate vi sono anche quelle derivanti dalla soccombenza dell'Istituto in contenzioso giudiziario, che storicamente ha un'incidenza del 20-25% del totale dei riconoscimenti.

La minore percentuale delle inabilità liquidate rispetto alle accolte dai sanitari è verosimilmente da imputare alla mancanza del requisito amministrativo ex Legge 222/1984, art. 2, c. 2, relativo *“alla cancellazione dell'interessato dagli elenchi anagrafici degli operai agricoli, dagli elenchi nominativi dei lavoratori autonomi e dagli albi professionali, alla rinuncia ai trattamenti a carico dell'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e ad ogni altro trattamento sostitutivo o integrativo della retribuzione”*.

Sempre secondo l'Osservatorio, gli assegni di invalidità e le pensioni di

inabilità liquidati nel 1999 sono di un importo mensile medio pari a rispettivamente a L. 955.000 e 1.530.000.

Considerando l'età media (49a. per i dipendenti, 52-53 a. per gli autonomi) dei titolari, la trasformazione in pensione di vecchiaia degli assegni al raggiungimento dell'età pensionabile, la mancata conferma o la revoca di meno del 10%, l'eliminazione della prestazione diretta per decesso del titolare, si possono, a grandi linee, considerare in pagamento per 6 anni e 10 mesi gli assegni e per 4,5 anni le pensioni, con un importo globale, relativo alle prestazioni liquidate nel 1999, di circa 3.500 miliardi da ricondurre all'attività sanitaria, mentre il risparmio di spesa per l'Istituto, legato alla reiezione delle domande solo in 1^a visita (44.625 assegni e 3.583 pensioni ex cod. 222), ammonta a circa 3.900 miliardi, escludendo quindi il contenzioso amministrativo e giudiziario.

La Tabella 2 riporta i dati relativi a tutte le domande di inabilità definite presso i CML e gli Uffici amministrativi nel corso del 1999.

TABELLA 2 - Pratiche di inabilità, suddivise per regione e per fase amministrativa, esaminate presso i CML dell'Istituto nel 1999

REGIONE	INABILITÀ											
	1ª visita		Ricorso		Revisioni		1ª visita		Ricorso		Revisioni	
	A	R	A	R	A	R	%A	%AT	%C/R	%A	%suA	%A
Piemonte	674	3156	138	958	114	11	17,6	83,0	34,6	12,6	15,4	91,2
V. D' Aosta	21	86	3	28	9	-	19,6	87,5	35,6	9,7	37,5	100
Lombardia	1482	7033	388	1506	271	22	17,4	79,3	26,8	20,5	15,7	92,5
Liguria	275	1235	57	554	42	9	18,2	82,3	48,9	9,3	15,3	82,4
Trentino A.A.	214	785	32	101	43	12	21,4	87,0	16,7	24,1	22,4	78,2
Veneto	602	3513	158	433	218	29	14,6	79,0	16,6	26,7	32,4	88,3
Friuli V.G.	201	791	34	142	57	9	20,3	85,2	21,9	19,3	28,0	86,4
Emilia Rom.	843	4940	164	1010	307	34	14,6	83,3	23,6	14,0	33,7	90,0
Toscana	606	3372	109	845	146	18	15,2	84,5	28,1	11,4	22,9	89,0
Umbria	185	795	25	293	48	4	18,9	88,1	39,8	7,9	24,8	92,3
Marche	331	1754	53	674	65	5	15,9	85,8	41,2	7,3	18,1	92,9
Lazio	733	3492	169	2263	14	2	17,3	81,0	69,5	6,9	1,8	87,5
Abruzzo	267	1504	47	629	110	24	15,1	85,0	44,2	7,0	42,7	82,1
Molise	59	184	7	123	52	4	24,3	89,4	69,1	5,4	84,8	92,9
Campania	1124	4536	131	1923	123	15	19,9	89,4	45,0	6,4	11,0	89,1
Puglia	600	4445	72	1766	124	10	11,9	89,2	41,1	3,9	19,9	92,5
Basilicata	84	245	6	138	20	4	25,5	93,3	57,6	4,2	26,7	83,3
Calabria	229	1224	43	432	49	9	15,8	84,2	38,3	9,1	21,3	84,5
Sicilia	617	3988	99	1463	91	7	13,4	86,1	39,1	6,3	13,7	92,9
Sardegna	274	888	40	310	49	10	23,6	87,0	38,9	11,4	18,7	83,1
NAZIONALE	9421	47996	1775	15591	1952	238	18,0	85,5	38,8	11,2	25,3	88,5
Deviazione standard							3,6	3,5	14,5	6,4	16,5	5,0

A = accolte; R = respinte; %A = percentuale di accolte; %AT = percentuale sul totale delle accolte in I e II istanza; %C/R = percentuale di ricorsi rispetto alle respinte in tutte le fasi; %suA = percentuale di revisioni esaminate rispetto alle accolte in I e II istanza.

La percentuale media di accoglimento dell'inabilità in 1ª visita è risultata del 18%, con estremi superiori in Basilicata, Molise e Sardegna (25,5%; 24,3%; 23,6%) ed inferiori in Puglia, Sicilia e Veneto (11,9%; 13,4%; 14,6%).

Le nuove inabilità riconosciute nel 1999 già in 1ª visita rappresentano l'85,5% di tutte quelle accolte nell'anno: il dato è omogeneo, avendo come estremi il 93,3% della Basilicata ed il 79% e 79,3% rispettivamente di Veneto e Lombardia.

Il ricorso contro la reiezione della domanda di pensione di inabilità è stato presentato in un numero corrispondente al 38,8% di tutte le pratiche respinte nell'anno (prima visita,

riesame, revisioni), con un picco nel Lazio e nel Molise, dove sono risultate rispettivamente il 69,5% e 69,1%, ed un crollo in Italia Settentrionale e particolarmente in Veneto e Trentino Alto Adige (16,7% e 16,6%); in queste ultime regioni la percentuale degli accoglimenti su ricorso (valore medio 11,2%) è proporzionalmente più elevata (26,7% e 24%).

Se si considerano le domande di sola inabilità da cod. 222 (Tabella 3), si può apprezzare la selezione operata a monte dagli assicurati stessi, dai medici e dai Patronati; infatti le prime visite (solo il 16% del totale), accolte nel 46,4%, vanno a determinare il 34,1% di tutte le inabilità accolte in 1ª visita, mentre i ricorsi, 30% del to-

TABELLA 3 - Pratiche di inabilità solo da domanda ex codice 222, suddivise per regione e per fase amministrativa, esaminate presso i CML dell'Istituto nel 1999

REGIONE	1ª visita		Contenzioso		REGIONE	1ª visita		Contenzioso	
	Acc.	Resp.	Acc.	Resp.		Acc.	Resp.	Acc.	Resp.
Piemonte	203	219	79	227	Marche	114	93	45	122
V. D'Aosta	12	21	3	21	Lazio	243	246	115	505
Lombardia	392	442	327	450	Abruzzo	85	124	34	112
Liguria	76	86	43	110	Molise	24	21	7	63
Trentino A.A.	28	27	15	8	Campania	487	613	84	418
Veneto	148	206	113	158	Puglia	196	268	28	198
Friuli V.G.	59	61	28	35	Basilicata	45	39	5	47
Emilia Rom.	205	222	131	261	Calabria	100	171	30	119
Toscana	174	257	90	251	Sicilia	221	314	44	196
Umbria	66	68	21	55	Sardegna	97	85	18	46
NAZIONALE						2975	3583	1260	3402

tale, contribuiscono per il 71% delle inabilità accolte su ricorso, con punte in Val D'Aosta e Molise del 100%.

Le revisioni sono disposte mediamente sul 25% di tutte le inabilità accolte, da questa media si discostano particolarmente Molise e Lazio (84,8%; 1,8%); la percentuale media di accoglimento su revisione è risultata dell'88,5%; in Val D'Aosta la conferma si è verificata in tutte le 9 revisioni disposte, mentre il Trentino Alto Adige, con 12 casi di rettifica ha confermato solo il 78% dei casi.

I dati relativi alle domande di invalidità sono riportati in Tabella 4.

La 1ª visita si è conclusa con l'accoglimento dell'assegno di invalidità nel 39,4%, risultando pari al 42% nell'Italia Settentrionale, al 40,5% nell'Italia Centrale ed al 36,6% nell'Italia Meridionale; le accolte in 1ª visita rappresentano mediamente l'83,6% di tutte le nuove invalidità accolte, un dato estremamente omogeneo da cui si discosta la sola Val D'Aosta (66,3%).

I ricorsi, pari mediamente al 63,6% di tutte le reiezioni e revoche, sono stati accolti nel 18,5% dei casi, con le punte massime in Trentino A.A. e Veneto (31,7%; 27,8%), dove, come per l'inabilità, sono presentati in numero decisamente basso, significativo di

un'ampia selezione a monte (43,5% e 37,7%); il numero minore di ricorsi risulta accolto in Basilicata, Molise e Calabria (9,3%; 12,4%; 13%).

Le domande di conferma dell'Assegno di invalidità sono state esaminate in un numero pari al 133,4% degli assegni accolti nell'anno e la percentuale media di conferma è stata del 93%, con l'unico scostamento in Val D'Aosta (75%).

Le revisioni sono state disposte mediamente nel 44,3% rispetto a tutte le accolte nell'anno, con ampie oscillazioni: 90,5% in Valle D'Aosta, 83,1% in Emilia Romagna, 64% in Toscana e, al contrario, 23,7% in Campania, 18,9% in Umbria e 10,2% nel Molise.

Si sono concluse con la conferma dell'assegno nell'88,2% dei casi, oscillando fra il 95,2% del Molise ed il 69,8% della Valle D'Aosta.

La Tabella 5 riporta gli indici di prestazioni di invalidità ed inabilità accolte nel 1999 rapportate alla popolazione residente (dati ISS - 1994) confrontate con i dati del 1987 (11).

Mentre l'indice di Inabilità ha subito minime oscillazioni nell'arco dei dodici anni che separano le due rilevazioni, quello di invalidità risulta ridotto di quasi il 60%.

Le pensioni di inabilità decrescono leggermente dall'Italia Meridio-

TABELLA 4 - Pratiche di invalidità, suddivise per regione e per fase amministrativa, esaminate presso i CML dell'Istituto nel 1999

REGIONE	INVALIDITÀ															
	1ª visita		Ricorso		Conferme		Revisioni		1ª visita		Ricorso		Conferme		Revisioni	
	A	R	A	R	A	R	A	R	%A	%AT	%C/R	%A	%suA	%AC	%suA	%A
Piemonte	1711	2112	304	989	2083	116	1115	55	44,8	84,9	56,6	23,5	109,1	94,7	58,0	95,3
V. D'Aosta	63	191	31	97	87	29	60	26	24,8	66,3	52,0	24,2	123,4	75,0	90,5	69,8
Lombardia	3279	4420	496	1927	4168	294	1611	200	42,6	86,8	49,3	20,5	118,2	93,4	47,9	89,0
Liguria	588	782	107	588	1037	113	221	50	42,9	84,4	73,5	15,4	165,5	90,2	38,9	81,5
Trentino A.A.	403	502	78	168	580	37	138	27	44,5	83,8	43,5	31,7	128,3	94,0	34,3	83,6
Veneto	1510	2247	270	701	1928	215	612	112	40,2	84,7	37,7	27,8	120,4	90,0	40,6	84,5
Friuli V.G.	420	596	64	242	563	59	271	38	41,3	86,2	44,1	20,9	128,5	90,5	63,4	87,7
Emilia Rom.	2077	3176	392	1461	2578	248	1851	208	39,5	83,9	51,0	21,2	114,5	91,2	83,1	89,9
Toscana	1776	2714	319	1529	2646	176	1183	170	39,6	84,6	60,3	17,3	134,7	93,8	64,4	87,4
Umbria	544	683	104	380	818	25	108	15	44,3	83,7	66,9	21,5	130,1	97,0	18,9	87,8
Marche	1030	1389	188	901	1717	76	279	25	42,6	83,8	72,9	17,3	147,2	95,8	24,7	91,8
Lazio	2160	3291	533	2439	3181	181	777	71	39,6	80,1	83,8	17,9	124,8	94,6	31,4	91,6
Abruzzo	932	1537	178	1039	1496	94	472	56	37,7	83,4	72,0	14,6	143,2	94,1	47,3	89,4
Molise	356	418	55	387	392	10	40	2	46,0	86,4	102,8	12,4	97,8	97,5	10,2	95,2
Campania	4040	6756	668	4089	6432	288	1013	109	37,4	85,4	66,4	14,0	142,7	95,7	29,4	87,0
Puglia	2388	3996	359	2391	3606	257	705	105	37,4	86,6	63,0	13,1	140,6	93,3	29,4	87,0
Basilicata	443	927	74	718	818	45	178	34	32,3	85,7	78,6	9,3	166,9	94,8	41,0	84,0
Calabria	1389	2903	264	1773	2606	105	517	38	32,4	83,7	66,6	13,0	164,0	96,1	33,4	93,2
Sicilia	2749	5044	558	2837	4345	300	1150	129	35,3	83,0	61,9	16,4	140,5	93,5	38,6	89,9
Sardegna	705	941	131	579	1011	61	524	28	42,8	83,8	68,9	18,5	128,2	94,3	65,6	94,9
NAZIONALE	28563	44625	5173	25235	42092	2729	12825	1498	39,4	83,6	63,6	18,5	133,4	93,0	44,3	88,2
Deviazione standard									5,1	4,2	15,0	5,4	17,9	4,6	20,5	5,7

Legenda come tabella 2.

nale, gli assegni di invalidità assumono un comportamento opposto.

L'indice di domanda, calcolato sul numero complessivo di domande presentate ed esaminate presso i CML (non i giudizi), confrontato con l'indice di pensionamento rende conto dell'attività dei medici nell'accertamento dei requisiti sanitari.

La Tabella 6 riporta l'indice delle pensioni di inabilità e degli assegni di invalidità liquidati nel corso del 1999, rispetto a mille lavoratori assicurati INPS della regione.

Nonostante i dati rilevati dall'Osservatorio e da pubblicazioni dell'Istituto (notizie statistiche 1988-1989) siano disomogenei, riferendosi al 1999 solo gli artigiani ed i commercianti (al 1995 i lavoratori dipendenti; al 1989 quelli rurali), rispecchiano

i flussi migratori verso il posto di lavoro ed il rientro nel paese d'origine quando la malattia comporta l'espulsione dall'attività lavorativa.

È tuttavia proporzionalmente maggiore il fenomeno sull'indice di invalidità, che su quello di inabilità, dimostrando che esistono altri fattori determinanti, quali l'improvvisa comparsa di gravi patologie che richiedono cure e non permettono il ritorno in regione.

L'indice di domanda riferito al numero di lavoratori assicurati è 4-5 volte quello riferito all'intera popolazione con un divario nord/sud proporzionalmente più accentuato; il rapporto fra gli indici di pensionamento e di domanda decresce dall'Italia Settentrionale a quella Centrale e Meridionale dal 41-42% al 36-37%, al 32% sia se riferito alla popolazione che ai lavoratori assicurati.

TABELLA 5 - Indici di domanda e di pensionamento: domande/popolazione x 1000 e accolte invalidità-inabilità-complessivo/popolazione x 1000. Confronto con l'indice di pensionamento del 1987

	1999	1999			1987		
	Dom/pop	Inval.	Inabil.	Totale	Inval.	Inabil.	Totale
Piemonte	1,5	0,47	0,19	0,66	1,13	0,19	1,32
Valle D'Aosta	3,8	0,81	0,21	1,01	3,15	0,27	3,43
Lombardia	1,4	0,42	0,21	0,63	1,01	0,18	1,19
Liguria	1,6	0,42	0,20	0,62	1,10	0,27	1,37
Trentino Alto Adige	1,6	0,53	0,27	0,81	1,31	0,25	1,56
Veneto	1,3	0,40	0,17	0,58	1,16	0,21	1,37
Friuli Venezia Giulia	1,4	0,41	0,20	0,61	1,24	0,25	1,49
Emilia Romagna	2,2	0,63	0,26	0,89	1,67	0,43	2,10
Toscana	2,2	0,60	0,20	0,80	1,61	0,22	1,83
Umbria	2,5	0,80	0,26	1,05	1,80	0,34	2,14
Marche	2,9	0,85	0,27	1,12	2,23	0,26	2,50
Lazio	1,9	0,52	0,17	0,69	1,26	0,33	1,60
Abruzzo	3,4	0,89	0,25	1,14	2,36	0,13	2,49
Molise	4,1	1,24	0,20	1,44	2,88	0,05	2,93
Campania	3,2	0,83	0,22	1,05	1,67	0,28	1,95
Puglia	2,5	0,68	0,17	0,84	1,44	0,09	1,54
Basilicata	3,8	0,85	0,15	1,00	2,51	0,12	2,63
Calabria	3,3	0,80	0,13	0,93	2,50	0,16	2,66
Sicilia	2,5	0,66	0,14	0,81	1,20	0,11	1,31
Sardegna	1,7	0,51	0,19	0,70	1,79	0,20	1,99
NAZIONALE	2,1	0,59	0,20	0,79	1,44	0,22	1,66
Italia Settentrionale	1,6	0,47	0,21	0,67			
Italia Centrale	2,2	0,61	0,20	0,81			
Italia Meridionale	2,8	0,74	0,18	0,92			

Analisi dell'iter amministrativo presso l'Ufficio sanitario rispetto alle cause invalidanti

INABILITÀ

Gli archivi informatici dell'Istituto riportano solo la causa invalidante più importante per ogni caso esaminato; dal 1999 anche le pratiche respinte sono comunque corredate di causa invalidante per consentire uno studio della distribuzione delle patologie più rilevanti nell'ambito della popolazione nazionale assicurata INPS.

La Tabella 7 riporta i dati nazionali relativi alle domande di inabilità, 1ª visita e ricorsi, esaminati dai CML dell'Istituto nel 1999.

Le pensioni di inabilità accolte in 1ª visita riguardano prevalentemente le

forme neoplastiche (57,2%), seguite a distanza dalle malattie neurologiche (10%) e cardiocircolatorie (7,7%); in ricorso le forme neoplastiche hanno ancora la prevalenza (39,4%), seguite dagli apparati cardiocircolatorio (11,5%), neurologico (11,4%) e psichiatrico (10,4%).

Se si considerano le frequenze delle cause invalidanti in tutte le domande di inabilità esaminate in 1ª visita nel 1999, si può constatare che le forme osteoarticolari rappresentano il 19,4%, le malattie del circolo il 20,2% e le neoplasie il 23%, si può così comprendere quale profonda selezione sia operata oggi dai medici dell'Istituto.

Particolarmente interessante a questo proposito risulta infatti il confronto con i dati delle pensioni di inabilità liquidate nel 1989 (Tabella 8): in dieci

TABELLA 6 - Numero di domande e prestazioni di inabilità ed invalidità riconosciute in proporzione a 1000 lavoratori della regione

	Dip. 1995	CD 1989	Aut. 1999	TOTALE	Dom/lav.	Inval.	Inabil.	Totale
Piemonte	889.003	135.649	189.162	1.213.814	5,3	1,66	0,67	2,33
Valle D' Aosta	23.869	4.821	5.818	34.508	13,0	2,72	0,70	0,42
Lombardia	2.146.422	106.125	385.178	2.637.725	4,9	1,43	0,71	2,14
Liguria	252.485	26.492	62.814	341.791	7,6	2,03	0,97	3,00
Trentino A.A.	196.913	42.160	37.705	276.778	5,2	1,74	0,89	2,63
Veneto	1.008.618	131.951	209.922	1.350.491	4,3	1,32	0,56	1,88
Friuli V.G.	238.676	27.172	46.251	312.099	5,3	1,55	0,75	2,30
Emilia Rom.	892.121	125.346	214.127	1.231.594	7,0	2,00	0,82	2,82
Toscana	650.067	64.141	176.643	890.851	8,5	2,35	0,80	3,15
Umbria	123.058	21.324	36.125	180.507	11,3	3,59	1,16	4,75
Marche	271.497	53.503	76.837	401.837	10,2	3,03	0,96	3,99
Lazio	767.021	73.794	120.671	961.486	10,5	2,80	0,94	3,74
Abruzzo	192.785	59.104	43.589	295.478	14,3	3,76	1,06	4,82
Molise	33.994	23.935	9.624	67.553	20,2	6,08	0,98	7,06
Campania	480.664	119.095	94.834	694.593	25,8	6,78	1,81	8,58
Puglia	366.649	48.749	91.261	506.659	20,3	5,42	1,33	6,75
Basilicata	59.242	24.392	15.273	98.907	23,6	5,23	0,91	6,14
Calabria	112.239	19.284	41.425	172.948	39,9	9,56	1,57	11,13
Sicilia	404.190	56.062	101.284	561.536	22,1	5,89	1,28	7,16
Sardegna	176.931	43.174	43.871	263.976	10,6	3,17	1,19	4,36
NAZIONALE	9.286.444	1.206.273	2.002.414	24.886.561	9,8	2,70	0,90	3,60
Italia Settentrionale					5,4	1,59	0,71	2,31
Italia Centrale					9,8	2,73	0,91	3,64
Italia Meridionale					21,9	5,74	1,39	7,13

anni le pensioni di inabilità non sono affatto calate, ma addirittura sembrano in aumento (8017 le pensioni liquidate nel 1999); fra le patologie inabilitanti i tumori erano già al primo posto, ma solo con il 24,4% ed in numero assoluto erano solo un quarto, le malattie dell'apparato digerente la metà, viceversa le malattie dell'apparato osteoarticolare (17,6% nel 1989), erano circa sette volte; meno rilevanti risultano le variazioni inerenti altri sistemi o apparati.

La Tabella 9 riporta tutte le cause inabilitanti, riconosciute sia in 1^a visita che in ricorso, disaggregate per regione.

Complessivamente, fra tutte le accolte, il 54,4% sono da causa neoplastica, il 10,3% da causa neurologica, l'8,3% da patologia cardiovascolare, il 5,9% da causa psichiatrica ed il 4,7% da malattie dell'apparato dige-

rente; i traumatismi rappresentano solo il 2,1% e le malattie osteoarticolari determinano l'inabilità nell'1,3% dei casi esaminati nel 1999.

La Tabella 10 presenta i dati percentuali relativi a tutte le inabilità accolte nel corso del 1999: si può osservare la progressiva deflessione della prevalenza dei tumori a favore delle malattie dell'apparato circolatorio dall'Italia Settentrionale all'Italia Meridionale.

Le percentuali di accoglimento per ogni gruppo nosologico all'atto della 1^a visita (Tabella 11) sono scarsamente significative perché dipendono troppo dalla selezione effettuata a monte dai singoli richiedenti e dai patronati, presentando una eccessiva variabilità.

I dati raccolti, dimostrano tuttavia che, per quanto riguarda tutte le domande presentate per l'inabilità, risul-

TABELLA 7 - Pensioni di inabilità definite nel 1999, suddivise per gruppo nosologico

Inabilità	1ª visita						Ricorso				Totale	
	Accolte	%A	Respinte	%R	Tot. 1ª v.	%T	Accolte	%rA	Respinte	%rR	Accolte	%AT
1 TBC	10	0,1	163	0,3	173	0,3	1	0,1	61	0,4	11	0,1
2 m. inf.	164	1,7	674	1,4	838	1,5	40	2,3	202	1,3	204	1,8
3 tumori	5.390	57,2	7.800	16,3	13.190	23,0	700	39,4	1.767	11,3	6.090	54,4
4 allerg.	7	0,1	210	0,4	217	0,4	4	0,2	99	0,6	11	0,1
5 endocr.	140	1,5	1.947	4,1	2.087	3,6	41	2,3	695	4,5	181	1,6
6 sangue	11	0,1	171	0,4	182	0,3	6	0,3	42	0,3	17	0,2
7 psych.	475	5,0	2.982	6,2	3.457	6,0	184	10,4	959	6,2	659	5,9
8 neurol.	946	10,0	2.487	5,2	3.433	6,0	203	11,4	717	4,6	1.149	10,3
9 n. perif.	208	2,2	561	1,2	769	1,3	43	2,4	170	1,1	251	2,2
10 sensi	99	1,1	1.301	2,7	1.400	2,4	24	1,4	444	2,8	123	1,1
11 circolo	725	7,7	10.871	22,7	11.596	20,2	204	11,5	3.581	23,0	929	8,3
12 respirat.	124	1,3	1.497	3,1	1.621	2,8	47	2,6	597	3,8	171	1,5
13 digerent.	432	4,6	2.258	4,7	2/690	4,7	105	5,9	739	4,7	537	4,8
14 urinario	254	2,7	940	2,0	1.194	2,1	50	2,8	265	1,7	304	2,7
15 dermat.	13	0,1	212	0,4	225	0,4	2	0,1	52	0,3	15	0,1
16 osteoart.	96	1,0	11.053	23,0	11.149	19,4	53	3,0	4.305	27,6	149	1,3
17 malf.	22	0,2	290	0,6	312	0,5	13	0,7	96	0,6	35	0,3
18 traumat.	202	2,1	1.904	4,0	2.106	3,7	29	1,6	526	3,4	231	2,1
19 altro	103	1,1	181	0,4	284	0,5	26	1,5	30	0,2	129	1,2
20 senza N.	-	-	464	1,0	464	0,8	-	-	244	1,6	-	-
TOTALE	9.421		47.966		57.387		1.775		15.591		11.196	

%A = percentuale del gruppo nosologico sulle accolte; %R = percentuale sulle respinte; %T = percentuale su tutte le prime visite esaminate; %rA = percentuale sulle accolte in ricorso; %rR = percentuale sulle respinte in corso; %AT = percentuale su tutte le accolte, in prima visita ed in ricorso.

TABELLA 8 - Pensioni di inabilità liquidate nel 1989, suddivise per gruppo nosologico

INABILITÀ 1989	Numero	%
1 Malattie infettive e parassitarie	29	0,5
2 Tumori	1495	24,4
3 M. allergiche/endocrine	74	1,2
4 M. del sangue	11	0,2
5 Turbe mentali	824	13,4
6 M. del sist. nervoso/sensi	813	13,3
7 M. del sist. circolatorio	875	14,3
8 M. app. respiratorio	139	2,3
9 M. app. digerente	211	3,4
10 M. app. genito-urinario	107	1,7
11 Parto, gravidanza, puerperio	0	0,0
12 M. della pelle	9	0,1
13 M. delle ossa e locomozione	1078	17,6
14 Malformazioni congenite	24	0,4
15 Senilità	101	1,6
16 Accidenti, avvelenam., traumatismi	114	1,9
17 Senza indicazione di causa	223	3,6
TOTALE	6127	

TABELLA 9 - Frequenza percentuale di ogni classe nosologica nell'ambito delle pensioni di inabilità accolte in 1^a visita ed in ricorso nel 1999 in ciascuna regione

Patologia	Pie	VA	Lom	Lig	TAA	Ven	FVG	ER	Tos	Umb	Mar	Laz	Abr	Mol	Cam	Pug	Bas	Cal	Sic	Sar	Naz
1 TBC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 Malattie infettive	2	0	4	3	2	2	0	4	1	0	2	1	0	2	1	1	1	0	1	1	2
3 Tumori	60	71	55	53	55	64	60	56	63	53	51	54	53	50	39	56	56	58	53	54	54
4 Allergie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 Endocrino	1	0	1	1	0	1	2	1	2	3	2	2	3	0	3	2	3	1	2	2	2
6 Sanguine	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
7 Psichiatr.	6	8	8	6	8	5	9	6	3	2	8	7	4	6	6	3	3	6	4	4	6
8 Neurolog.	9	8	10	8	11	11	8	11	9	13	12	10	14	14	9	8	14	12	13	17	10
9 N. perifer.	3	0	2	3	2	3	2	3	2	1	5	1	2	0	2	3	3	3	1	3	2
10 Sensi	1	0	1	0	0	1	0	1	2	1	0	1	1	2	2	2	0	2	2	2	1
11 Circolo	8	0	6	13	2	5	4	6	9	10	8	8	9	12	17	7	10	9	8	7	8
12 Respirat.	1	4	1	2	0	1	2	1	1	2	1	2	2	0	3	2	0	0	2	2	2
13 Digeren.	4	8	4	5	6	4	6	4	3	5	2	4	3	6	9	7	6	3	7	3	5
14 Urinario	2	0	2	2	3	1	1	2	2	2	1	4	4	6	5	5	0	1	4	1	3
15 Dermat.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16 Osteoart.	0	0	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	0	3	2	2	1	1	1	1
17 Malform.	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
18 Traumat.	2	0	3	1	6	4	5	2	2	4	2	1	2	2	1	1	1	0	2	1	2
19 Altro	1	0	2	1	1	0	0	1	2	1	4	1	1	0	2	0	0	1	1	2	1

TABELLA 10 - Frequenza percentuale di ogni classe nosologica nell'ambito delle pensioni di inabilità accolte in 1^a visita ed in ricorso nel 1999

INABILITÀ	Italia sett.	Italia centr.	Italia merid.	Nazionale
1 TBC	0,1	0,1	0,1	0,1
2 M. infett.	2,8	1,3	0,7	1,8
3 Tumori	57,2	56,3	49,2	54,4
4 M. allerg.	0,1	0,2	0,1	0,1
5 Endocrino	1,2	2,0	2,0	1,6
6 Sangue	0,2	0,0	0,2	0,2
7 Psichiatr.	6,8	5,6	4,8	5,9
8 Neurolog.	9,7	10,3	11,1	10,3
9 N. periferico	2,5	2,0	2,1	2,2
10 Sensi	0,8	1,0	1,6	1,1
11 Circolo	6,2	8,4	11,2	8,3
12 Respiratorio	1,2	1,5	2,0	1,5
13 A. digerente	4,1	3,3	6,6	4,8
14 A. urinario	1,8	2,7	4,0	2,7
15 Dermatol.	0,2	0,2	0,1	0,1
16 Osteoartic.	1,1	1,3	1,7	1,3
17 Malformat.	0,3	0,5	0,2	0,3
18 Traumatismi	2,8	1,7	1,2	2,1
19 Altro	1,0	1,5	1,1	1,2

TABELLA 11 - Percentuale di accoglimento delle pensioni in 1^a visita nel 1999 in ciascuna regione nei 10 gruppi nosologici più numerosi

Patologia	Pie	V.A.	Lom	Lig	TAA	Ven	FVG	ER	Tos	Umb	Mar	Laz	Abr	Mol	Cam	Pug	Bas	Cal	Sic	Sar	Naz
3 Tumori	38,9	55,2	37,1	43,1	53,1	34,7	43,1	34,8	38,3	46,9	38,8	41,0	45,4	54,7	52,0	41,8	59,0	48,5	46,7	52,1	40,9
5 Endocrino	8,3	0,0	6,2	0,0	0,0	2,9	10,5	4,6	4,9	16,3	9,3	8,4	9,6	0,0	14,0	2,4	15,8	1,7	5,4	11,1	6,7
7 Psichiatr.	13,6	9,1	15,4	11,4	12,0	10,8	20,5	10,0	7,6	7,4	15,9	21,6	10,7	14,3	27,1	7,7	10,5	14,5	10,9	12,3	13,7
8 Neurolog.	20,6	14,3	24,6	25,3	46,3	21,6	19,1	26,0	20,5	30,0	37,6	29,8	26,0	56,3	33,3	26,1	46,2	33,3	34,0	44,6	27,6
10 Sensi	2,7	0,0	6,3	0,0	0,0	5,2	0,0	5,5	11,0	7,4	0,0	4,7	2,4	100	14,0	7,9	0,0	13,8	10,1	25,0	7,1
11 Circolo	6,8	0,0	5,1	10,6	4,3	3,3	5,9	4,6	5,3	7,7	6,0	5,6	5,0	13,1	12,0	3,8	11,6	6,0	4,7	9,2	6,3
12 Respirat.	7,1	25,0	7,4	10,0	0,0	4,8	11,5	7,5	5,5	11,5	7,1	10,1	6,5	0,0	10,8	6,8	0,0	0,0	5,4	11,5	7,6
13 Digeren.	13,3	22,2	14,6	12,9	27,9	9,3	28,2	11,5	11,5	18,2	13,1	12,7	13,0	30,0	27,2	16,1	35,7	14,0	16,6	9,3	16,1
16 Osteoart.	0,2	0,0	1,0	0,8	1,9	0,1	1,1	0,8	0,4	1,1	0,5	1,1	0,6	0,0	2,2	0,7	1,5	1,2	0,4	1,3	0,9
18 Traumat.	7,6	0,0	13,0	3,8	21,7	11,3	19,2	6,6	7,7	22,9	11,8	2,9	9,1	12,5	8,7	6,1	10,0	3,4	8,9	10,0	9,6

tano accolte mediamente, a livello nazionale, il 41% delle forme neoplastiche, il 27% delle patologie neurologiche, il 16% delle malattie dell'apparato digerente, seguono poi le malattie psichiatriche e gli esiti post-traumatici rispettivamente con il 13% e 9,6%.

I gruppi nosologici meno frequenti all'atto della domanda possono raggiungere solo numeri esigui nelle singole regioni per cui l'accoglimento o no di poche pratiche di tali gruppi determina balzi della percentuale di ac-

coglimento apparentemente sorprendente: le malattie dei sensi risultano accolte dallo 0 al 100%, quelle dell'apparato endocrino dallo 0 al 16,3% e le malattie respiratorie dallo 0 all'11,5%.

Più inatteso è l'analogo comportamento delle malattie cardiocircolatorie, seconde per numero fra tutte le domande di inabilità esaminate in 1^a visita nel 1999, ed accolte in percentuali variabili dallo 0 al 13,1%.

Uniformemente basso, fra lo 0 ed il 2,2% è invece l'accoglimento per

malattie osteoarticolari, come è giusto che sia.

Le revisioni delle pensioni di inabilità sono disposte, in ordine decrescente, per le patologie neoplastiche, neurologiche, psichiatriche, cardiocircolatorie, urinarie e traumatologiche (Tabella 12).

Il motivo principale è che sono frequenti le definizioni delle pensioni di inabilità in 1^a visita quando sono ancora in corso, ad es., la chemioterapia, soprattutto per forme sistemiche, le attese di trapianti, di riabilitazione fisica dei cardiopatici, di riabilitazione neurologica dopo ictus o traumi neurolesivi.

Le revocche sono rappresentate soprattutto da casi di tumori e di malattie di circolo, seguite da malattie degli apparati urinario e digerente, del sistema nervoso centrale ed infettive.

In ordine alla revocabilità delle sin-

gole patologie, trascurando i gruppi nosologici poco rappresentati, si possono notare al primo posto le malattie digestive, seguite da quelle infettive (AIDS, a dimostrazione dei buoni risultati delle nuove terapie), dell'apparato urinario, neoplastiche e cardiocircolatorie.

INVALIDITÀ

La Tabella 13 riporta i dati nazionali relativi alle domande di invalidità, 1^a visita e ricorsi, esaminati dai CML dell'Istituto nel 1999.

Le cause invalidanti di tutte le domande di assegno esaminate in 1^a visita vedono al primo posto le forme osteoarticolari (26,9%), quindi le malattie dell'apparato cardiocircolatorio (23,1%), seguite solo al terzo posto dalle forme neoplastiche (13,8%). Gli assegni di invalidità accolti in 1^a

TABELLA 12 - Revisioni delle pensioni di inabilità disposte e definite nel 1999, suddivise per gruppo nosologico

Inabilità	Revisioni						
	Disposte	%D	Accolte	%A	Revoc.	%R	%R/G
1 TBC	5	0,2	4	0,2	1	0,4	20
2 M. infett.	101	4,6	84	4,3	17	7,1	17
3 Tumori	578	26,4	488	25,0	90	37,8	16
4 Allerg.	2	0,1	1	0,1	1	0,4	50
5 Endocrino	31	1,4	26	1,3	5	2,1	16
6 Sangue	2	0,1	2	0,1	0	0,0	0
7 Psichiatr.	326	14,9	314	16,1	12	5,0	4
8 Neurolog.	372	17,0	352	18,0	20	8,4	5
9 N. perifer.	65	3,0	62	3,2	3	1,3	5
10 Sensi	30	1,4	29	1,5	1	0,4	3
11 Circolo	219	10,0	187	9,6	32	13,4	15
12 Respirat.	20	0,9	19	1,0	1	0,4	5
13 Digeren.	97	4,4	77	3,9	20	8,4	21
14 Urinario	127	5,8	106	5,4	21	8,8	17
15 Dermat.	4	0,2	4	0,2	0	0,0	0
16 Osteoart.	63	2,9	58	3,0	5	2,1	8
17 Malform.	12	0,5	12	0,6	0	0,0	0
18 Traumat.	119	5,4	113	5,8	6	2,5	5
19 Altro	15	0,7	14	0,7	1	0,4	7
20 Senza N.	2	0,1	0	0,0	2	0,8	100
TOTALE	2.190		1.952		238		

%D-A-R = percentuale delle disposte, accolte e revocate rispetto al totale.

%R/G = percentuale delle revocate rispetto alle disposte del gruppo nosologico.

TABELLA 13 - Assegni di invalidità definiti nel 1999, suddivisi per gruppo nosologico

Invalidità	1ª visita						Ricorso				Totale	
	Accolte	%A	Respinte	%R	Tot. 1ª v.	%T	Accolte	%rA	Respinte	%rR	Accolte	%AT
1 TBC	52	0,2	198	0,4	250	0,3	23	0,2	88	5,9	75	0,1
2 M. infett.	408	1,4	403	0,9	811	1,1	63	0,5	207	13,8	471	0,9
3 Tumori	7113	24,9	2979	6,7	10092	13,8	562	4,4	1954	130,4	7675	14,0
4 Allerg.	55	0,2	269	0,6	324	0,4	20	0,2	164	10,9	75	0,1
5 Endocrino	995	3,5	2114	4,7	3109	4,2	217	1,7	1123	75,0	1212	2,2
6 Sangue	83	0,3	141	0,3	224	0,3	18	0,1	73	4,9	101	0,2
7 Psichiatr.	2056	7,2	2198	4,9	4254	5,8	506	3,9	1245	83,1	2562	4,7
8 Neurolog.	1885	6,6	1379	3,1	3264	4,5	316	2,5	706	47,1	2201	4,0
9 N. perifer.	360	1,3	346	0,8	706	1,0	60	0,5	185	12,3	420	0,8
10 Sensi	443	1,6	1574	3,5	2017	2,8	127	1,0	802	53,5	570	1,0
11 Circolo	8160	28,6	8749	19,6	16909	23,1	1366	10,7	5184	346,1	9526	17,3
12 Respirat.	908	3,2	1537	3,4	2445	3,3	212	1,7	936	62,5	1120	2,0
13 Digeren.	1251	4,4	1980	4,4	3231	4,4	238	1,9	1096	73,2	1489	2,7
14 Urinario	620	2,2	640	1,4	1260	1,7	80	0,6	326	21,8	700	1,3
15 Dermat.	89	0,3	238	0,5	327	0,4	24	0,2	107	7,1	113	0,2
16 Osteoart.	3033	10,6	16652	37,3	19685	26,9	1131	8,8	9464	631,8	4164	7,6
17 Malform.	138	0,5	267	0,6	405	0,6	26	0,2	150	10,0	164	0,3
18 Traumat.	675	2,4	2078	4,7	2753	3,8	145	1,1	961	64,2	820	1,5
19 Altro	239	0,8	51	0,1	290	0,4	39	0,3	19	1,3	278	0,5
20 Senza N.	0	0,0	832	1,9	832	1,1	0	0,0	445	29,7	0	0,0
TOTALE	28563		44625		73188		5173		25235		33736	

visita, così come i ricorsi, presentano più dispersione fra tutte le cause invalidanti, venendo a mancare una patologia così nettamente preponderante come nelle forme inabilitanti.

Complessivamente, fra tutte le accolte, il 17,3% sono da patologia cardiovascolare, il 14% da causa neoplastica, il 7,6% da causa osteoarticolare; seguono poi nell'ordine le malattie psichiatriche, le neurologiche, le digestive e via via tutte le altre.

Il confronto con gli assegni liquidati nel 1989 dimostra innanzitutto la riduzione di circa il 50% degli assegni in 10 anni e con questa il complessivo rimaneggiamento delle percentuali di ogni singolo gruppo.

Le neoplasie in particolare sono aumentate del 60% rispetto a quelle riconosciute invalidanti nel 1989; le malattie neurologiche e degli organi di senso sono rimaste sovrapponibili, viceversa si sono ridotte dell'80% le invalidità per patologia osteoarticolare, del 60% per malattie psichiatriche

e respiratorie, del 50% per forme cardiocircolatorie, del 35% quelle da disturbi digestivi, a dimostrazione che sono sì cambiate le modalità di trattamento delle malattie, le condizioni di lavoro, ma anche il rigore nell'applicare il concetto di invalidità.

La Tabella 15 presenta i dati percentuali relativi a tutti gli assegni di invalidità accolti nel corso del 1999 in Italia Settentrionale, Centrale e Meridionale.

Anche per gli assegni si può osservare, andando dal nord al sud, una progressiva deflessione della prevalenza dei tumori, delle malattie psichiatriche, neurologiche, infettive e degli esiti di traumatismi a favore delle malattie dell'apparato circolatorio ed osteoarticolare.

L'analisi dei dati disaggregati per regione (Tabella 16) dimostra che si tratta di un fenomeno abbastanza omogeneo che trova la sua espressione estrema in Campania con la massima percentuale di accoglimento per patologia

TABELLA 14 - Assegni di invalidità liquidati nel 1989, suddivisi per gruppo nosologico

	Numero	%
1 Malattie infettive e parassitarie	264	0,4
2 Tumori	4822	7,4
3 M. allergiche/endocrine	1070	1,6
4 M. del sangue	73	0,1
5 Turbe mentali	6848	10
6 M. del sistema nervoso/sensi	2610	4
7 M. del sistema circolatorio	19318	30
8 M. apparato respiratorio	2971	4,5
9 M. apparato digerente	2366	3,6
10 M. apparato genito-urinario	511	0,8
11 Parto, gravidanza, puerperio	3	0
12 M. della pelle	65	0,1
13 M. delle ossa e locomozione	19569	30
14 Malformazioni congenite	300	0,5
15 Senilità	1530	2,3
16 Accidenti, avvelenamenti, traumatismi	600	0,9
17 Senza indicazione di causa	2508	3,8
TOTALE	65428	

TABELLA 15 - Frequenza percentuale di ogni classe nosologica nell'ambito degli assegni di invalidità accolti in 1^a visita ed in ricorso nel 1999

Invalidità	Italia settentr.	Italia centrale	Italia merid.	Nazionale
1 TBC	0,3	0,2	0,2	0,2
2 M. infett.	2,8	1,0	0,4	1,4
3 Tumori	28,3	24,7	17,6	22,8
4 M. allerg.	0,3	0,2	0,2	0,2
5 Endocrino	3,1	3,4	4,1	3,6
6 Sangue	0,5	0,2	0,2	0,3
7 Psichiatr.	10,2	7,8	5,5	7,6
8 Neurolog.	7,4	7,2	5,6	6,5
9 N. periferico	1,5	1,6	0,9	1,2
10 Sensi	1,7	1,5	1,8	1,7
11 Circolo	20,0	27,0	35,1	28,2
12 Respiratorio	2,4	2,9	4,2	3,3
13 A. digerente	4,6	3,6	4,6	4,4
14 A. urinario	2,6	1,9	1,7	2,1
15 Dermatol.	0,4	0,4	0,3	0,3
16 Osteoartic.	9,5	12,4	0,3	0,3
17 Malformat.	0,6	0,6	0,3	0,5
18 Traumatismi	3,0	2,4	2,0	2,4
19 Altro	0,7	1,1	0,8	0,8

cardiovascolare e la minima per malattia neoplastica, ma è ben evidente in tutte le altre regioni, salvo la Sardegna.

In Italia Settentrionale la Val D'Aosta ed il Trentino Alto Adige si disco-

stano dalle altre regioni per un aumento della percentuale di malattie psichiatriche ed osteoarticolari a scapito delle forme neoplastiche.

Anche per l'invalidità la percen-

TABELLA 16 - Frequenza percentuale di di ogni classe nosologica nell'ambito degli assegni di invalidità accolti in 1^a visita ed in ricorso nel 1999 in ciascuna regione

Patologia	Pie	VA	Lom	Lig	TAA	Ven	FVG	ER	Tos	Umb	Mar	Laz	Abr	Mol	Cam	Pug	Bas	Cal	Sic	Sar	Naz
1 TBC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
2 Malattie infettive	2	1	4	2	2	2	1	4	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1
3 Tumori	28	22	31	27	19	29	24	28	29	19	23	24	19	16	15	20	18	19	17	24	23
4 Allergie	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 Endocrino	3	6	3	2	3	4	4	3	2	4	3	4	4	4	4	5	5	4	3	4	4
6 Sanguine	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7 Psichiatr.	9	17	10	9	17	10	11	10	8	8	10	7	7	8	4	6	8	6	6	8	8
8 Neurolog.	8	2	7	8	4	8	9	7	8	9	5	7	7	5	5	4	8	6	6	7	7
9 N. perifer.	2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1
10 Sensi	2	1	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2
11 Circolo	21	13	19	25	19	20	16	20	24	31	25	29	33	34	42	33	32	33	32	22	28
12 Respirat.	3	1	3	4	1	2	2	2	2	3	2	4	3	6	5	4	3	3	4	3	3
13 Digeren.	5	6	5	5	4	4	6	4	4	3	3	4	4	3	5	6	4	4	4	6	4
14 Urinario	3	2	3	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2
15 Dermat.	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16 Osteoart.	9	22	7	8	21	9	14	11	11	14	17	10	12	18	12	14	15	16	19	15	12
17 Malform.	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
18 Traumat.	3	2	2	2	4	4	6	4	3	3	2	2	4	2	1	2	3	1	3	2	2
19 Altro	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	2	1	0	0	1	0	0	1	1	2	1

tuale di accoglimento nell'ambito di ogni gruppo nosologico può dipendere principalmente dall'indice di domanda nella popolazione.

Significativo è comunque l'accoglimento di circa il 70% di tutti i casi di neoplasie, del 57,8% delle malattie neurologiche e del 48% delle forme

psichiatriche e delle malattie cardio-circolatorie (Tabella 17).

La Tabella 18 riporta i dati relativi alle domande di conferma ed alle revisioni degli assegni di invalidità definite nel 1999.

I casi di invalidità accolti in 1^a visita ed in ricorso (Tabella 13) confron-

TABELLA 17 - Percentuale di accoglimento degli assegni d'invalidità in 1^a visita nel 1999 in ciascuna regione nei 10 gruppi nosologici più numerosi

Patologia	Pie	V.A.	Lom	Lig	TAA	Ven	FVG	ER	Tos	Umb	Mar	Laz	Abr	Mol	Cam	Pug	Bas	Cal	Sic	Sar	Naz
3 Tumori	68,1	51,4	68,4	71,0	63,6	61,1	51,5	63,2	68,5	66,7	69,8	63,4	73,6	84,2	84,5	80,2	81,6	83,4	81,5	81,4	70,5
5 Endocrino	36,4	23,1	36,1	30,2	46,4	44,2	50,0	27,6	20,9	28,8	37,3	38,1	30,2	36,6	30,9	41,0	35,7	20,2	23,5	30,8	32,0
7 Psichiatr.	50,4	52,2	55,2	46,0	62,5	60,6	51,2	53,5	50,8	50,7	57,6	45,2	41,4	65,1	34,2	46,9	58,6	33,2	43,1	42,0	48,3
8 Neurolog.	53,3	25,0	51,0	60,0	27,8	50,0	50,0	49,3	61,8	75,7	59,8	59,3	51,2	82,6	65,8	59,3	77,1	64,8	67,6	62,0	57,8
10 Sensi	25,0	0,0	18,3	16,7	12,5	23,0	32,1	14,7	21,9	14,3	31,7	19,2	25,3	17,6	27,6	23,4	30,0	22,6	19,5	25,0	22,0
11 Circolo	50,4	12,8	40,4	54,4	56,0	41,0	39,3	46,0	44,8	56,4	57,8	44,3	44,3	59,7	55,9	48,7	36,6	43,7	50,6	52,1	48,3
12 Respirat.	44,5	0,0	43,1	45,1	29,0	33,3	37,0	36,7	35,9	36,8	40,7	42,6	38,7	57,9	37,6	41,7	43,3	24,5	26,9	40,5	37,1
13 Digeren.	46,6	42,9	44,7	38,0	40,0	44,3	58,8	33,9	36,8	35,7	34,3	40,4	30,8	59,1	37,5	39,8	39,2	30,7	31,9	49,4	38,7
16 Osteoart.	18,1	12,7	14,2	13,7	31,4	14,1	24,7	14,5	13,9	20,1	19,8	17,6	17,2	19,9	13,0	14,8	10,4	13,5	15,7	20,6	15,4
18 Traumat.	20,7	0,0	19,3	28,6	28,6	22,4	34,3	26,0	27,6	43,5	30,9	19,0	27,4	42,1	17,5	23,8	29,0	22,8	32,3	26,8	24,5

TABELLA 18 - Domande di conferma e revisioni di assegni di invalidità definite nel 1999, suddivise per gruppo nosologico

Invalidità	Domanda di conferma assegno						Revisione				Totale	
	Accolte	%A	Respinte	%R	Tot. conf.	%T	Accolte	%rA	Respinte	%rR	Accolte	%AT
1 TBC	113	0,3	5	0,2	118	0,3	50	0,4	5	0,3	163	0,3
2 M. infett.	504	1,2	32	1,2	536	1,2	174	1,4	3	0,2	678	1,2
3 Tumori	5166	12,3	786	28,8	5952	13,3	2154	16,8	423	28,2	7320	13,3
4 Allerg.	118	0,3	6	0,2	124	0,3	41	0,3	5	0,3	159	0,3
5 Endocrino	1837	4,4	56	2,1	1893	4,2	467	3,6	20	1,3	2304	4,2
6 Sangue	109	0,3	15	0,5	124	0,3	49	0,4	4	0,3	158	0,3
7 Psichiatr.	3477	8,3	132	4,8	3609	8,1	1268	9,9	66	4,4	4745	8,6
8 Neurolog.	2511	6,0	72	2,6	2583	5,8	865	6,7	61	4,1	3376	6,1
9 N. perifer.	551	1,3	21	0,8	572	1,3	218	1,7	19	1,3	769	1,4
10 Sensi	989	2,3	47	1,7	1036	2,3	359	2,8	28	1,9	1348	2,5
11 Circolo	13958	33,2	733	26,9	14691	32,8	3621	28,2	430	28,7	17579	32,0
12 Respirat.	1857	4,4	53	1,9	1910	4,3	396	3,1	20	1,3	2253	4,1
13 Digeren.	1891	4,5	111	4,1	2002	4,5	545	4,2	56	3,7	2436	4,4
14 Urinario	818	1,9	59	2,2	877	2,0	349	2,7	37	2,5	1167	2,1
15 Dermat.	137	0,3	5	0,2	142	0,3	39	0,3	1	0,1	176	0,3
16 Osteoart.	6533	15,5	457	16,7	6990	15,6	1548	12,1	230	15,4	8081	14,7
17 Malform.	217	0,5	11	0,4	228	0,5	119	0,9	5	0,3	336	0,6
18 Traumat.	935	2,2	70	2,6	1005	2,2	464	3,6	71	4,7	1399	2,5
19 Altro	371	0,9	6	0,2	377	0,8	99	0,8	3	0,2	470	0,9
20 Senza N.	0	0,0	52	1,9	52	0,1	0	0,0	11	0,7	0	0,0
TOTALE	42092		2729		44821		12825		1498		54917	

TABELLA 19 - Frequenza percentuale di ogni classe nosologica nell'ambito degli assegni di invalidità non confermati o revocati nel 1999 in ciascuna regione

Patologia	Pie	VA	Lom	Lig	TAA	Ven	FVG	ER	Tos	Umb	Mar	Laz	Abr	Mol	Cam	Pug	Bas	Cal	Sic	Sar	Naz
1 TBC	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0
2 Malattie infettive	1	0	1	2	3	1	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3	1
3 Tumori	33	7	45	25	31	39	45	39	32	35	45	25	20	33	14	21	14	14	16	25	29
4 Allergie	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 Endocrino	2	5	0	2	0	1	2	2	2	0	0	2	3	0	3	3	1	3	3	0	2
6 Sanguine	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0
7 Psichiatri.	6	7	5	6	2	3	3	4	2	13	4	4	5	0	6	7	1	6	3	11	5
8 Neurolog.	4	5	4	6	3	3	2	4	4	3	2	3	2	0	2	3	8	1	2	4	3
9 N. perifer.	1	2	0	1	2	2	0	1	1	0	1	2	1	0	1	0	1	1	1	1	1
10 Sensi	2	4	1	2	0	1	1	1	1	0	1	2	1	8	2	2	0	3	3	3	2
11 Circolo	24	29	28	31	27	26	20	25	31	28	16	30	43	17	27	24	33	22	33	15	28
12 Respirat.	1	2	1	2	0	0	1	1	1	0	2	3	2	0	3	4	3	4	2	3	2
13 Digeren.	5	5	2	2	2	3	7	4	2	3	3	6	2	0	4	8	3	4	5	7	4
14 Urinario	6	2	4	1	9	4	0	2	1	0	1	2	1	0	1	2	0	2	2	2	2
15 Dermat.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
16 Osteoart.	8	27	4	15	5	9	6	10	16	15	19	14	15	25	27	23	28	35	25	19	16
17 Malform.	0	0	1	0	0	0	4	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
18 Traumat.	5	2	2	2	13	5	7	3	4	0	3	4	4	17	2	2	4	1	3	1	3
19 Altro	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
20 Senza N.	3	0	1	1	2	1	0	0	1	3	3	0	1	0	7	1	4	1	1	3	1

tati con le domande di conferma dell'assegno mostrano analogo comportamento per quanto riguarda la frequenza dei gruppi nosologici considerati, tanto che l'indice di correlazione è pari a 0,92 ($p < 0,01$), tuttavia i valori assoluti differiscono in modo significativo con una redistribuzione delle percentuali di frequenza delle classi nosologiche, quale l'abbattimento delle forme neoplastiche (22,8% □ 13,3%), bilanciato dalle cardiopatie (28,2 □ 32,8%) e dalle malattie ortopediche (12,3% □ 15,6%).

Alla base di tali differenze possono sussistere diversi fattori: a) la discrepanza iniziale fra le due popolazioni in quanto le conferme si riferiscono ad assegni riconosciuti nel 1996 e nel 1993; b) le revoche seguite a revisioni, che interessano in modo particolare proprio le forme neoplastiche; c) i decessi o gli aggravamenti (transizione verso l'inabilità); d) la trasformazione dell'assegno di invalidità in pensione di vecchiaia.

La patologia (Tabella 19) neoplastica si riscontra mediamente nel 29% di casi revocati, ed il suo andamento regionale riflette, a grandi linee, il peso avuto nel riconoscimento delle prestazioni, anche se particolarmente elevata, circa il 45%, risulta la sua percentuale su tutte le revoche in Friuli, Lombardia e Marche. Anche la patologia cardiovascolare è ben rappresentata (28%) con una distribuzione infraregionale globalmente più uniforme.

La patologia neoplastica, cardiovascolare, post-traumatica e neurologica giunge all'osservazione del medico spesso in fase di acuzie, quando vige l'incertezza dell'esito permanente ed è relativamente frequente un miglioramento inaspettato che conduce alla successiva revoca.

Per la patologia osteoarticolare, spesso di natura degenerativa cronica a carico di soggetti di età più avanzata, scarsamente passibili sia di un miglioramento clinico sia di una riqualificazione lavorativa si deve invece supporre il ricorso a trattamenti chirurgici

(artroprotesi, ernie discali), con successivo miglioramento clinico.

Mediamente, il 14% delle prestazioni di soggetti con patologia tumorale viene revocato, a seguito il 9% delle forme post-traumatiche, l'8% delle osteoarticolari, ancora l'8% delle malattie urinarie e solo il 6% delle malattie cardiovascolari.

Queste osservazioni dimostrano che per le due più frequenti classi patologiche talvolta l'assegno di invalidità assume i connotati della "lunga malattia", riscontrabile in alcune nazioni d'Europa, che valorizza più l'incertezza degli esiti che la loro stabilizzazione e permanenza.

DISCUSSIONE

L'archivio informatico INPS rappresenta potenzialmente un'importante fonte di dati ufficiali circa lo stato di salute di una gran parte della popolazione attiva nazionale: purtroppo i rilievi desumibili sono spesso di difficile fruizione per la loro disomogeneità ed incompletezza.

È incomprensibile, ad esempio, a distanza di anni dall'assorbimento dello SCAU, l'assenza di dati relativi agli iscritti nei coltivatori diretti, coloni e mezzadri, analogamente è sorprendente che i dati complessivi dei dipendenti siano aggiornati solo al 1995. Sarebbe forse opportuno che l'Istituto, così come si è posto nella gestione del Casellario nazionale delle pensioni, visto il suo indiscutibile interesse sul controllo contributivo previdenziale, si proponesse come Casellario nazionale dei lavoratori e dei posti di lavoro, da mettere a disposizione anche degli Uffici di Collocamento e di Massima Occupazione, che soffrono di una grave carenza informatica e non hanno la possibilità di proporre ai propri utenti disoccupati le opportunità di lavoro su scala nazionale.

I dati analizzati non comprendono i risultati del contenzioso giudiziario

in quanto il sistema SISCO di archiviazione, a differenza del precedente CONTENDO, non gestisce adeguatamente l'aspetto sanitario della vertenza, risulta inaffidabile per incompleta acquisizione e di difficile accesso e consultazione.

Le banche dati sanitarie sono state costituite per la gestione amministrativa delle pratiche di invalidità ed inabilità, per il controllo di produzione e dei tempi di definizione, solo secondariamente per favorire l'uniformità di giudizio.

Il "disallineamento" esistente fra i dati estratti dal GASAN e quelli rilevabili dal materiale cartaceo dei CML non dipende tanto dalla differenza nei campi di archiviazione (le pratiche GASAN devono essere già definite anche sotto l'aspetto amministrativo), ma dalla scelta di registrare le pratiche di codice 224 e 225 (campo 36 EAD75) con un solo giudizio medico legale, rendendo improbo il lavoro di valutazione delle percentuali di accoglimento nelle varie sedi.

L'utilizzo dei dati sanitari INPS ai fini di una conoscenza statistica della distribuzione delle malattie invalidanti o inabilitanti nell'intera popolazione, con tutte le obiezioni condivisibili derivanti, ad esempio, dal fatto che sono dati tronchi, riferendosi alla sola popolazione attiva assicurata INPS, che in certe regioni le domande vengono presentate esclusivamente con malattie gravi in stadio avanzato e che si utilizza un solo numero nosologico per ogni caso, trova la sua ragione d'essere nell'assenza di dati più completi o attendibili: l'archivio dati malattia dell'INPS è miseramente fallito per l'incapacità di trovare un accordo con i medici di base per l'apposizione del numero nosologico, i dati ospedalieri, quando sono informatizzati, non entrano comunque a costituire una banca dati accessibile né a diffusione nazionale, la *smart card* sanitaria, distribuita in via sperimentale in alcune province d'Italia, fra cui Trento e Bolzano, sarà sup-

portata da banche dati delle Aziende Ospedaliere sui ricoveri ed accertamenti specialistici solo in un futuro abbastanza lontano.

L'andamento storico delle prestazioni di invalidità ed inabilità (Tabella 1) dimostra che, a distanza di quindici anni dall'introduzione della legge 222/1984, si va lentamente esaurendo il trend decrescente da quando l'intera responsabilità del giudizio è stata affidata ai sanitari; ogni anno vengono riconosciute prestazioni agli assicurati che costeranno circa 3.500 miliardi nell'arco dei successivi sette anni.

L'indice di domanda è ancora più elevato nell'Italia Centrale e Meridionale rispetto a quella Settentrionale (+0,6‰ e +1,2‰), a questo corrisponde, in realtà, una riduzione dell'indice di pensionamento per vecchiaia ed anzianità (-0,3‰ e -1,5‰) e forse dimostra il tentativo, nel 30-40% dei casi, di ottenere un pensionamento alternativo alla mancanza di requisiti contributivi e/o d'età, mettendo comunque a prova la capacità diagnostica e valutativa dei CML di riferimento.

La pensione di inabilità viene riconosciuta in presenza di gravissime patologie che nell'80% dei casi hanno prognosi infausta in tempi brevi (neoplasie, AIDS, malattie degli apparati cardiocircolatorio, digerente, respiratorio, genito-urinario, ecc.), mentre solo nel 20% si accompagna ad una prognosi *quod vitam* buona (malattie psichiatriche, neurologiche, dei sensi ed esiti di traumi).

Le cause che determinano più frequentemente il riconoscimento sanitario dell'assegno di invalidità risultano nell'ordine l'apparato cardiocircolatorio e le neoplasie, seguite al terzo posto dalla patologia ortopedica.

Anche per l'invalidità valgono le considerazioni fatte per l'inabilità relativamente alla minore percentuale di neoplasie al sud a favore dell'apparato circolatorio: questo evento può dipendere da una presenza assoluta maggiore di neoplasie al nord e malattie di cuore al sud, oppure da una

differenza nella valutazione medico legale dei singoli casi.

A questo proposito la Tabella 20 riporta un confronto tra la frequenza percentuale di ogni classe nosologica nell'ambito delle pratiche di invalidità ed inabilità esaminate in 1^a visita e delle cause di morte rilevate dall'ISS nel 1994. A prescindere dall'assenza, fra le cause di morte, di patologie invalidanti, ma non mortali, risulta quindi reale l'aumento di mortalità per patologia cardiovascolare dal nord al sud ed, al contrario, una riduzione del 6,7% della percentuale di exitus da neoplasia, così come segnalato da altri AA. (6), (13), (17).

Le prestazioni di invalidità ed inabilità vengono riconosciute già in prima visita rispettivamente per l'83% e l'85%, in linea con gli obiettivi di qualità del servizio e di soddisfazione del cliente; il rimanente 17-15%, viene riconosciuto in ricorso per una stabilizzazione con esiti permanenti importanti non sicuramente prevedibili

di malattie in fase acuta, per un migliore inquadramento del singolo caso clinico, per un peggioramento della situazione iniziale o per la comparsa di ulteriori patologie.

Le visite per le conferme triennali degli assegni di invalidità si concludono con una revoca della prestazione solo nel 7%, le revisioni disposte d'ufficio nel 12% sia per l'invalidità sia per l'inabilità; per le seconde va notata un'eccessiva disparità nell'uso della revisione, che va dall'1,8 all'84% delle pensioni di inabilità e dal 18 al 90% degli assegni.

PROBLEMATICHE APERTE

Nonostante l'assenza di un sicuro riferimento tabellare, gli atteggiamenti valutativi dei medici INPS appaiono sufficientemente uniformi, mentre maggiori difficoltà accusano i medici esterni, di patronato o CTU incaricati, abituati a gestire le percentuali dell'I-

TABELLA 20 - Confronto tra la frequenza percentuale di ogni classe nosologica nell'ambito delle pratiche di invalidità ed inabilità esaminate in 1^a visita e delle cause di morte rilevate dall'ISS nel 1994

Italia	Causa invalidante 1999				Cause di morte 1994			
	Sett.	Centr.	Merid.	Tot.	Sett.	Centr.	Merid.	Tot.
1 TBC	0,4	0,3	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	0,1
2 M. infett.	1,9	0,9	0,6	1,3	1,4	1,1	0,7	1,1
3 Tumori	21,6	16,3	11,8	22,6	29,7	27,6	23,0	27,2
4 M. allerg.	0,5	0,4	0,4	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
5 Endocrino	3,5	4,3	4,6	3,7	2,1	2,7	4,1	2,8
6 Sangue	0,3	0,2	0,2	0,3	0,2	0,3	0,2	0,2
7 Psichiatr.	6,7	5,4	4,8	6,1	1,2	0,9	0,7	1,0
8 Neurolog.	5,5	4,4	3,9	6,0	2,0	2,0	1,6	1,9
9 N. Periferico	1,3	1,0	0,8	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0
10 Sensi	2,7	2,5	2,6	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0
11 Circolo	18,2	21,1	24,3	22,1	40,7	42,8	43,7	42,1
12 Respiratorio	2,6	3,2	3,8	3,0	5,5	5,7	6,6	5,9
13 A. digerente	4,4	3,9	4,7	4,6	4,4	4,5	5,7	4,8
14 A. urinario	2,0	1,6	1,6	2,0	1,2	1,2	1,5	1,3
15 Dermatol.	0,4	0,4	0,4	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
16 Osteoartic.	21,6	28,8	29,9	18,5	0,4	0,3	0,2	0,3
17 Malformat.	0,7	0,4	0,4	0,5	0,2	0,3	0,4	0,3
18 Traumatismi	4,3	3,1	3,0	3,5	9,0	8,7	8,4	8,8
19 Altro	0,4	0,5	0,4	0,6	1,9	1,7	3,0	2,2

NAIL, dell'invalidità civile o del danno in RCT. Anche per il medico esperto dell'Istituto subentrano comunque difficoltà a distinguere l'invalidità > 67% da quella > 80% richiesta in applicazione dell'art. 1, c. 8 D. L.vo n. 503/92 (14), o fra invalidità superiori ai due terzi, ma non ancora oltre i limiti dell'inabilità.

Un'eventuale *armonizzazione dei requisiti medico-sanitari e dei relativi criteri di riconoscimento* porterebbe forse all'uniformità concettuale e conseguentemente valutativa delle invalidità nei diversi settori di interesse giuridico e medico-legale, dove questa evenienza è contemplata come fatto costitutivo del diritto alla erogazione economica (1), (2), (3), (9), (12), mediante la definizione per l'INPS di protocolli diagnostici e valutativi riferibili al danno biologico, così come è già avvenuto per l'INAIL.

Il danno biologico rappresenta il punto di partenza da cui derivare le conseguenze negative che si riflettono sulla capacità lavorativa, ad esempio mediante un'attenta ed analitica valutazione delle potenzialità lavorative (Tabella 21) in attività confacenti. Giova ricordare che la determinazione delle potenzialità lavorative era stata anticipata da Gerin (8) e da altri AA. (7). Solo il superamento di definiti *valori soglia* di danno biologico

ed il contemporaneo apprezzamento medico legale di predeterminati livelli di limitazione delle potenzialità lavorative giustificerebbero l'accoglimento delle domande di invalidità ed inabilità (18); la percentualizzazione del danno biologico sarebbe una garanzia per l'Istituto in contenzioso amministrativo e giudiziario, consentirebbe facilmente la verifica del superamento dell'80% di invalidità in occupazioni confacenti per i casi richiesti e potrebbe essere utilizzata per l'iscrizione alle liste di collocamento obbligatorio.

La determinazione del danno biologico e delle potenzialità lavorative favorirebbe pure il superamento delle solite diatribe sull'applicazione degli art. 2 e 8 della L. 222/1984 in merito a "qualsiasi attività lavorativa" ed al "lavoro proficuo" (15) di soggetti infra ed ultrasessantacinquenni (5), trasformando un giudizio qualitativo (assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività) in un giudizio quantitativo (% di danno biologico + livello 6 di limitazione delle potenzialità lavorative) assimilabile alla inabilità assoluta e totale ipotizzata da alcuni AA. (4).

Con la legge 222/1984 il bene tutelato è diventato l'integrità della capacità psicofisica al lavoro, cosicché soggetti gravemente menomati, che

TABELLA 21 - Schema per la determinazione delle potenzialità lavorative ai sensi dell'art. 3 D.L. 509/88

LIVELLI DI LIMITAZIONE CRESCENTE DELLA POTENZIALITÀ LAVORATIVA	
1) Conservata senza limitazioni.	
2) Conservata con limitazioni saltuarie.	
3) Conservata con ausili tecnici e/o modifiche ambientali.	
4) Possibile solo per determinati tipi di attività lavorative.	
5) Limitata con ausili tecnici e/o modifiche ambientali.	
6) Quasi abolita (o conservata in attività occupazionali non redditizie).	
Qualunque sia il livello di potenzialità lavorativa, occorre precisare se, per la conservazione di essa, è indispensabile:	
a) uso continuo di terapia farmacologica;	} (malattia lunga?)
b) trattamenti di riabilitazione;	
c) trattamenti chirurgici;	
d) corsi di riqualificazione.	

per favorevoli circostanze mantengono una capacità di guadagno sostanzialmente piena o addirittura elevata, possono aver diritto all'assegno, salvo i limiti di cumulo (si pensi a paramiplegici), viceversa altri, sotto il limite invalidante, ma che per la particolare affezione o per le caratteristiche del mercato rimangono di fatto esclusi da ogni attività, non hanno diritto all'assegno. Per questi sarebbe auspicabile la possibilità dell'Istituto di rispondere almeno con il collocamento obbligatorio.

Su un piano leggermente diverso si pongono i soggetti riconosciuti inabili ai fini degli assegni del nucleo familiare o di una pensione di reversibilità (cerebrolesi, s. di Down) alcuni dei quali, in virtù della Legge 8 novembre 1991, n. 381 (G.U. n. 283 del 3 dicembre 1991), vengono occupati non più in laboratori protetti, ma in cooperative sociali, inquadrati e retribuiti sindacalmente, pur svolgendo mansioni semplici e ripetitive. L'Istituto non si è ancora definitivamente pronunciato sulla sussistenza di contributi figurativi (le cooperative sono esentate dal pagamento di contributi) utili ai fini di una pensione diretta di inabilità per tali soggetti ed i medici si sentono giustamente imbarazzati nel giudicarli "non inabili", soprattutto quando è ben documentata un'età mentale di 6-7 anni.

L'art. 2 è anche fonte di una palese ingiustizia sociale quando dà diritto a chi sopravvive qualche giorno o poche settimane all'evento fatale (traumi cranio-cerebrali, ictus, ecc.) alla pensione di inabilità, reversibile al coniuge ed ai figli a carico, mentre lo nega a chi decede nell'immediatezza dell'evento stesso.

L'età pensionabile utile per il calcolo della maggiorazione dell'inabilità è ancora fissata a quella dell'epoca di emanazione della legge, 60 e 55 anni per i dipendenti, e non sono state recepite le modifiche introdotte dalle ultime riforme, che hanno innalzato di cinque anni tali limiti.

I risultati delle visite di conferma dell'assegno di invalidità suggeriscono l'opportunità di modificare la durata solo triennale dell'assegno, che rappresenta esclusivamente un aggravio burocratico per gli assicurati, lasciando ai medici la responsabilità di disporre i controlli, e di introdurre finalmente, come prestazione a sé, la "malattia lunga", con una diversa regolamentazione della durata di conservazione del posto di lavoro, sollevando il datore di lavoro dal pagamento dell'indennità di malattia e sostenendo economicamente i soggetti in attività autonoma e privi di ogni entrata durante i prolungati trattamenti della malattia, le fasi di riabilitazione e di riqualificazione.

RIASSUNTO

L'analisi di tutte le domande di assegno e pensione di invalidità definite presso i CML dell'INPS nel 1999, quindicesimo anno dall'emanazione della legge 222/1984, dimostrano che prosegue tuttora, anche se rallentata, probabilmente dall'innalzamento dell'età pensionabile, la fase di riduzione delle prestazioni di invalidità. L'indice 1999 di pensionamento/1000 abitanti, confrontato con quello del 1987 evidenzia una contrazione delle invalidità del 60% e la permanenza di un andamento crescente delle invalidità ed inabilità dal Settentrione al Meridione (0,67 → 0,81 → 0,92).

Profondamente modificate risultano anche le frequenze delle patologie inabilitanti ed invalidanti da dieci anni a questa parte, con un franco dominio delle forme neoplastiche ed un crollo delle invalidità (ed inabilità) per cause ortopediche. L'analisi delle cause invalidanti disaggregate per regione mette in evidenza una minore percentuale di forme neoplastiche nel complesso delle accolte, andando dal nord al sud ed un conseguente aumento

delle forme cardiocircolatorie; le cause di morte del 1994 manifestano un andamento simile.

In prima visita vengono accolte già l'83% e l'85% delle prestazioni di invalidità ed inabilità a dimostrazione dell'ottima qualità dell'atto medico. Le revisioni si concludono per una revoca nel 12% dei casi,

mentre le conferme triennali solo nel 7%; le patologie che più frequentemente portano ad una revoca evidenziano talvolta un uso dell'assegno come "malattia lunga": questo istituto, assieme ad altri aspetti della legge 222/1984 affrontati, rappresentano problematiche aperte da risolvere in sede legislativa.

Bibliografia

- 1) BARNI M.: «Legge 12 giugno 1984, n. 222. Revisione della disciplina dell'invalidità pensionabile. Rendiconto dell'immediato impegno medico-legale». Federazione Medica, 1984; 37: 984-988.
- 2) CANALE M.: «Il danno alla persona nei reati di percosse e di lesione personale. Revisione critica e proposte per un nuovo inquadramento». Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale (Nuova serie), 1982; 25: 518-524.
- 3) CANEPA G.: «Invalidità ed occupazione produttiva». Archivio di Medicina Mutualistica, vol. 4, 1956.
- 4) CECCARELLI MOROLLI M., DE ZORZI L.: «L'invalidità pensionabile: proposte e prospettive oltre la legge 222/1984». Rass. Med. Leg. Prev., 1999; 4: 7-14.
- 5) CEREATTI R., ZOTTI M.: «Considerazioni e proposte per una valutazione medico-legale previdenziale dei soggetti ultrasessantacinquenni». Rass. Med. Leg. Prev. 1998; 3: 14-18.
- 6) DE CARLI A., LA VECCHIA C.: «Cancer mortality in Italy». Tumori, 1994; 80: 12-18.
- 7) DOMENICI R., SELVAGGIO G.: «Rapporto tra danno alla salute e danno all'attività produttiva di reddito». In «La valutazione del danno alla salute. Profili giuridici, medico-legali ed assicurativi», a cura di BARGAGNA M. e BUSNELLI F.D., CEDAM, Padova, 1988; 203-209.
- 8) GERIN C.: «La valutazione medico-legale del danno alla persona in responsabilità civile». Atti delle Giornate medico-legali Triestine, 14-15 settembre 1952, Ed. Ist. Med. Leg. Trieste, Tip. Arti Grafiche Villaggio del Fanciullo, Trieste, 1954.
- 9) IACOVELLI G.: «La riforma dell'invalidità». Rass. Med. Leg. Prev. 1995; 1: 3-5.
- 10) IACOVELLI G.: «Profili medico-legali della nuova disciplina dell'invalidità pensionabile». Le Nuove Leggi Civili Commentate, 1985; VIII, 2-3: 436-441.
- 11) IACOVELLI G.: «La revisione dell'invalidità pensionabile: prima valutazione dopo 4 anni di applicazione della legge n. 222/1984». Rass. Med. Leg. Prev. 1989; 1-2: 3-17.
- 12) INTRONA F.: «Medicina legale ed invalidità civile: profili dottrinali ed excursus storico». Atti del Convegno «Invalidità civile e libertà dal bisogno», Comano Terme (TN), 27-28 aprile 1990, pp. 11-23.
- 13) IORIO M., PIGA M., MASCOTTI N.: «Valutazioni medico-legali delle neoplasie maligne. Aspetti metodologici e proposte valutative». Minerva Med. Leg., 1998; 118: 12-147.
- 14) MELONI C., DE SIMONE R., SAPONE A.: «Una novità valutativa: il giudizio di invalidità con soglia non inferiore all'ottanta per cento». Rass. Med. Leg. Prev., 1999; 3: 29-36.
- 15) PIETRANTUONO C., TURSI M., VITULANO B.: «Considerazioni medico-legali sul concetto di inabilità al lavoro proficuo alla luce della sentenza Corte Cass. n. 7668/1996». Rass. Med. Leg. Prev., 2000; 2: 12-23.
- 16) ROSSI F.P.: «Legge 12 giugno 1984, n. 222. Revisione della disciplina della invalidità professionale». Ed. CEDAM, Padova, 1989.
- 17) SABATTANI P.G.: «La capacità di guadagno dell'assicurato affetto da malattia neoplastica». Prev. Soc., 1993; 39: 1669-76.
- 18) ZAPPATERRA F., CARASSAI P., IACOVELLI G.: «Invalidità: un concetto da uniformare». In GIUSTI G.: «Trattato di Medicina Legale e Scienze Affini». Ed. CEDAM, Milano, 1998; I: 1255-1285.

La sindrome di Erasmus. Considerazioni medico-legali in ambito previdenziale

Lucia ZANARDI
Dirigente medico-legale 1° livello
Sede INPS - Modena

Gianluigi MARGIOTTA
Dirigente medico-legale 1° livello
Sede INPS - Modena

INTRODUZIONE

L'inalazione di polveri contenenti biossido di silicio è responsabile della silicosi polmonare, che rappresenta la forma più frequente di pneumoconiosi. Molto più raramente, oltre allo sviluppo della malattia fibrotica polmonare, l'esposizione alle polveri di silicio può determinare l'insorgenza di sclerodermia: questa associazione viene definita sindrome di Erasmus (4). Le attività lavorative che espongono al rischio di silicosi sono numerose. Basti ricordare: i lavori in miniera per l'estrazione di carbone, di minerali ferrosi e non ferrosi, di minerali non metallici in genere; le lavorazioni, nelle fonderie, di sterratura, sbavatura e sabbiatura oltre a quelle di demolizione e rifacimento dei forni di fusione dell'acciaio; la manutenzione delle macchine fotocopiatrici; l'attività lavorativa degli odontotecnici.

Viene qui descritto il caso clinico di un lavoratore dell'industria della ceramica, che ha sviluppato una sclerodermia dopo esposizione prolungata a polveri contenenti silicio, confi-

gurando quindi un raro caso di sindrome di Erasmus, unico tuttora segnalato nella letteratura medico scientifica in Italia.

CASO CLINICO

P.M. maschio di 63 anni, operaio in industria per la lavorazione della ceramica per oltre 30 anni, con mansioni di addetto alle presse di frantumazione ed ai forni di cottura. Anamnesi familiare, fisiologica e patologica remota indifferenti.

Anamnesi Patologica Prossima: all'età di 61 anni viene ricoverato in ospedale per la comparsa di dispnea da sforzo e fenomeno di Raynaud alle mani; l'esame obiettivo all'ingresso in ospedale evidenziò un edema duro delle mani con discreto deficit al movimento di prensione, teleangectasie diffuse alla parete toracica, murmure vescicolare diffusamente aspro ed interrotto da fini crepitazioni alle basi polmonari; furono eseguiti accertamenti bioumorali che evidenziarono un aumento degli indici di flogosi (VES, PCR), la positività degli anticorpi anti-

centromero con titolo 1:1260, associata alla presenza di anticorpi diretti contro il citoplasma dei leucociti neutrofili (X-ANCA); l'esame capillaroscopico mostrò una alterazione della architettura capillare con aspetto di "scleroderma pattern"; fu anche eseguita una tomografia computerizzata del torace ad alta risoluzione che evidenziò una fibrosi polmonare localizzata ai segmenti postero basali bilateralmente; le prove di funzionalità respiratoria mostrano una sindrome disventilatoria di tipo restrittivo di media gravità; venne dimesso con diagnosi di: "Sindrome di Erasmus" e terapia con griseofulvina, calcio antagonisti, pentossifillina.

Alla nostra osservazione, il soggetto giunse dopo quasi un anno di terapia; l'esame obiettivo era pressoché sovrapponibile a quello rilevato all'ingresso in ospedale. Non aveva ripreso il lavoro.

DISCUSSIONE

La sindrome di Erasmus descrive una associazione tra la sclerodermia (Sclerosi Sistemica Progressiva) ed una esposizione al silicio, con o senza silicosi polmonare.

Da molti anni sono note le associazioni tra silicosi e malattie autoimmuni.

Nel 1914 Bramwell dimostrò un aumento di incidenza della sclerodermia tra gli operai addetti alle fabbriche di mattoni e nel 1953 Caplan riconobbe la relazione tra silicosi ed artrite reumatoide.

Erasmus (4), nel 1957, per primo evidenziò una associazione tra la silicosi e lo sviluppo di sclerodermia, avendo eseguito osservazioni sui minatori che lavoravano nelle miniere d'oro del Sud Africa.

Numerosi altri autori, in seguito, hanno indagato e riportato in letteratura scientifica varie alterazioni della risposta immune, compatibili con malattie del connettivo, nei soggetti esposti alla polvere di silicio; sono state ri-

scontrate elevate positività degli anticorpi antinucleo (fino al 72% dei soggetti studiati (12), anche ad alto titolo, nonché positività degli anticorpi anti-mieloperossidasi (15) e positività per vari e numerosi anticorpi contro proteine nucleari estraibili (2), (12), (15).

È noto che le particelle di silicio determinano l'attivazione dei macrofagi (11), aumentando la produzione di interleuchina 1; questo potente mediatore dei processi di infiammazione è conosciuto per essere un agente stimolante della attivazione e della proliferazione dei fibroblasti sia nella silicosi sia in altre malattie polmonari fibrosanti. La produzione di interleuchina 1, rivestendo un ruolo centrale nella attivazione immunitaria, può essere considerata come il punto di partenza delle multiformi anomalie della risposta immune osservata nei soggetti con esposizione al silicio prolungata e/o intensa.

Più recentemente, numerosi studi sperimentali hanno dimostrato anche che l'esposizione al silicio è sufficiente di per sé a spiegare l'insorgenza della connettivite sclerodermica con o senza sviluppo della silicosi polmonare (6), (10), (14).

La fisiopatogenesi della sindrome di Erasmus non è ancora del tutto chiarita. La polvere di silicio, come detto, ha un effetto stimolante sull'immunità umorale e sulla autoimmunità, ma ha anche e contemporaneamente un effetto depressivo sull'immunità cellulo mediata (1); questa azione aspecifica può essere alla base del polimorfismo clinico delle sindromi autoimmuni che l'esposizione al silicio favorisce: sclerodermia, lupus, artrite reumatoide, dermatopolimiosite, connettivite mista ("overlap syndrome"). Il monocito-macrofago, attivato dalla polvere di silicio, può migrare a distanza dal punto di penetrazione per via linfatica e sanguigna; tale migrazione consente la persistenza prolungata delle particelle di silicio nell'organismo e la loro azione sistemica. Per l'attivazione dei fibroblasti, passo

successivo nella genesi del danno nella sclerodermia, sono stati chiamati in causa la stimolazione dell'interleuchina 1 e degli enzimi di membrana, la attivazione del metabolismo dell'acido arachidonico e la formazione di radicali liberi dell'ossigeno (2); dalla attivazione dei fibroblasti, comunque essa avvenga, deriva una induzione della sintesi di collagene (7) ed un danno endoteliale (2), (3), (11) da cui si determina lo sviluppo della sclerodermia. Inoltre, per l'instaurarsi della sclerodermia, sia idiopatica che secondaria, è stata sospettata anche una predisposizione genetica: secondo alcuni autori (2), (12), questi pazienti hanno una aumentata frequenza dell'aplotipo HLA DR5 ed un aumentato "linkage disequilibrium" tra HLA B8 e HLA DR3.

I settori professionali interessati al rischio di inalazione delle polveri di silicio attualmente sono molto diversificati e comprendono lavoratori d'ambo i sessi appartenenti a varie categorie socio economiche (2), (3), (15). I minatori rimangono al primo posto in tutte le casistiche riportate in letteratura (miniere di carbone o di metalli vari); sono state poi riconosciute come esposte al rischio numerose mansioni nel campo dei lavori pubblici (ad esempio, la costruzione di ponti e gallerie) e della metallurgia, della lavorazione della ceramica e della porcellana. Più recentemente, il rischio è stato identificato anche per gli odontotecnici: nella preparazione delle protesi dentarie, esiste la possibilità di una esposizione mista al silicio ed alla resine epossiche (9). Koeger (7) riporta anche il caso di un ingegnere impiegato in una fonderia di metalli ed altri autori (13), (12) segnalano casi di silicosi tra i lavoratori a contatto con polveri abrasive.

La Sclerosi Sistemica Progressiva (SSP) secondaria ad esposizione al silicio ("Sindrome di Erasmus") pare essere legata più all'intensità dell'esposizione che non alla sua durata e predilige il sesso maschile, al contra-

rio di quanto avviene nella sclerodermia idiopatica per la quale è invece netta la prevalenza nel sesso femminile. L'incidenza di SSP nel sesso maschile con esposizione al silicio aumenta di 20-25 volte rispetto ai soggetti maschi non esposti (3) ed addirittura di 110 volte se si prendono in considerazione i soli soggetti maschi ammalati di silicosi (6), (14). Questa diversa distribuzione nei sessi della SSP a seconda della dipendenza da esposizione al silicio ha portato alcuni autori (13) ad ipotizzare l'esistenza di due varianti nosologiche: una, a predominanza femminile, correlata a fattori ormonali o riproduttivi in genere, stante la sua maggiore frequenza nelle donne in età fertile; un'altra tipica del sesso maschile correlata invece al rischio occupazionale. Secondo altri studiosi (7), tali riscontri potrebbero dipendere più semplicemente solo dal fatto che alcune mansioni lavorative particolarmente pesanti (minatori, operai in fonderia) sono prevalentemente svolte da individui di sesso maschile.

Per quanto riguarda l'espressività clinica della Sindrome di Erasmus, il caso da noi osservato presenta caratteristiche del tutto simili a quelle riferite nelle casistiche riportate in letteratura (3). Il soggetto aveva lavorato in una fabbrica di ceramica per oltre 30 anni; l'area territoriale di lavoro non era una zona con terreno particolarmente ricco di silicio; aveva iniziato a lavorare fin dagli anni sessanta, quando i controlli sanitari e la sicurezza non erano sicuramente adeguati; era stato adibito in modo continuativo alle macchine che sminuzzavano le pietre (presse) ed ai forni per la cottura della ceramica, cioè alle mansioni più a rischio di esposizione al silicio. I dati clinici riscontrati erano: fenomeno di Raynaud alle mani con sclerodattilia, scleroedema della cute del torace, "scleroderma pattern" alla capillaroscopia, un quadro strumentale polmonare di fibrosi localizzata alle regioni postero basali. Le lesioni

descritte in letteratura a livello polmonare nella Sindrome di Erasmus sono contemporaneamente di due tipi: quelli relativi alla pneumoconiosi e quelli caratteristici della sclerodermia; le lesioni da SSP si manifestano come infiltrazioni diffuse delle basi polmonari con aspetti "a favo d'api" o "a vetro smerigliato" e con peculiare interessamento delle regioni postero basali (3), (9).

CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI

La sindrome di Erasmus, rientrando tra le possibili manifestazioni cliniche della sclerodermia secondaria (unitamente a quelle da agenti chimici), figura già nella Tabella 25 delle Malattie Indennizzabili previste dal Régime Général in Francia (3). Anche in Germania, e da più tempo, è riconosciuta come malattia professionale indennizzabile (7). In Italia, solo la silicosi viene riconosciuta come malattia professionale da esposizione al silicio e, a questo proposito, la Legge 780 del 1975, con l'articolo 1 che ridefinisce le lavorazioni a rischio per silicosi ed asbestosi, rappresenta la normativa più recente ed attualmente in vigore.

Il caso clinico da noi riportato è giunto alla nostra osservazione a seguito di domanda prodotta dall'assicurato ai fini del riconoscimento del diritto alla Pensione di Inabilità o, in subordine, dell'Assegno di Invalidità previsti dalla Legge 222/84.

Il giudizio espresso al termine dell'accertamento medico-legale è stato quello di accoglimento della domanda per quanto riguarda l'Assegno di Invalidità e di reiezione del riconoscimento del diritto della Pensione di Inabilità.

Infatti, la situazione clinica del soggetto, se da un lato non presentava caratteristiche di gravità tali da impedirgli lo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa (così come richiesto specificatamente dall'articolo 2 della

Legge 222/84), dall'altro sicuramente configurava i requisiti di legge necessari per la concessione dell'assegno di invalidità.

L'assicurato presentava; un deficit di discreta entità a carico della funzione prensile di ambedue le mani; una sindrome dispnoica soggettiva insorgente per sforzi fisici di moderata entità e strumentalmente oggettivata attraverso l'indagine spirometrica e la tomografia computerizzata ad alta risoluzione del torace; una netta positività degli indici di flogosi, degli anticorpi anticentromero, degli anticorpi anticitoplasma leucocitario, tutti elementi bioumorali dotati di evidenza per la progressività del processo cronico in atto. L'insieme del quadro clinico, già di per sé caratterizzato da notevole rilevanza invalidante, peraltro mostrava anche una scarsa responsività alla terapia; inoltre, l'assicurato aveva svolto per 30 anni l'attività lavorativa di operaio in industria per la lavorazione della ceramica, con specifiche mansioni di addetto ai forni di cottura e di addetto alle presse di frantumazione; si trattava evidentemente di "occupazione confacente" di tipo pesante e soprattutto, alla luce della diagnosi di sindrome di Erasmus, dotata di notevole vis usurante.

Infine, va anche ricordato che, per tutto quanto sopra esposto, la patologia diagnosticata è sicuramente da ascrivere nel novero delle malattie professionali sottoposte a tutela INAIL, e dunque avrebbe potuto rappresentare da parte dell'assicurato oggetto di apposita domanda rivolta alla costituzione di una rendita per inabilità al lavoro a norma del T.U. 1124/1965; in questo caso, tuttavia, non abbiamo segnalato come applicabile il comma 43 dell'articolo 1 della Legge 335/95, che regola la incumulabilità delle rendite pensionistiche; infatti, questa incumulabilità non opera nei casi di liquidazione di rendita in favore di lavoratori affetti da silicosi od asbestosi (8).

RIASSUNTO

Gli Autori riportano, attualmente unico nella letteratura scientifica medica in Italia, un caso di sindrome di Erasmus; trattasi di en-

tità nosografica costituita dall'associazione di sclerodermia con silicosi polmonare in soggetti esposti a rischio professionale. Essi esprimono le loro considerazioni medico-legali in ambito previdenziale.

Bibliografia

- 1) ALCAIX D., KOEGER A.C.: «*Silice et collagénoses. Douze observations et revue de la littérature*». Sem. Hop. Paris 1989; 65: 133-43.
- 2) BIASI D., CARLETTO A., CARAMASCHI P.: «*Forme sclerodermiche da agenti chimici*». Recenti Progressi in Medicina, 1995; 86: 155-8.
- 3) COINTREIL C., TILLIE-LEBLOND I., LAMBLIN C.: «*Syndrome d'Erasmus: caractéristiques cliniques, tomométriques, fonctionnelles respiratoires et biologiques du lavage bronchoalvéolaires*». Rev. Mal. Resp. 1997; 14: 21-26.
- 4) ERASMUS L.D.: «*Scleroderma in goldminers on the witwaters-rand with particular reference to pulmonary manifestations*». S. Afr. J. Lab. Clin. Med. 1957; 3: 209-31.
- 5) GERIN C., ANTONIOTTI F., MERLI S.: «*Medicina Legale e delle Assicurazioni*». Società Editrice Universo, Roma, 1987.
- 6) HAUSTEIN U.F., ZIEGLER V.: «*Silica induced scleroderma*». J. Am. Acad. Dermatol. 1990; 22: 444-8.
- 7) KOEGER A.C.: «*Responsabilité de l'exposition à la silice dans les connectivites*». Presse Med. 1994; 23: 11-4.
- 8) Messaggio INPS n. 22768 del 20.04.96.
- 9) PARET M., COTTIN V.: «*Il s'agit d'un syndrome d'Erasmus associant une exposition a la silice avec ici une silicose et un sclerodermie*». 43es Journées Francaises de Radiologie Searce d'interpretation du 26 oct. 1995: Responses 1127-8.
- 10) RODNAN G.P., BENEDEK T.G., CAMMARATA R.J.: «*The association of progressive systemic sclerosis with coal miner, pneumoconiosis, and other forms of silicosis*». Ann. Intern. Med. 1967; 66: 323-4.
- 11) SAALBACH A., ANDEREGG U., HAUSTEIN U.F.: «*Chemokine release from activated human dermal microvascular endothelial cells. Implications for the pathophysiology of scleroderma?*». Arch. Dermatol. Res. 2000 Jul; 292-7: 341-7.
- 12) SANCHEZ-ROMAN J., WICHMANN I.: «*Multiple clinical and biological autoimmune manifestations in 50 workers after occupational exposure to silica*». Annals of Rheum. Dis. 1993; 52: 534-8.
- 13) SILMAN A.J., JONES S.: «*Wath is the contribution of occupational environmental factors to the occursens of scleroderma in men?*». Annals of Rheum. Dis. 1992; 51: 1322-24.
- 14) SLUIS-CREMER G.K., HESSEL P.A., NIZDO E.H.: «*Silica, silicosis and progressive systemic sclerosis*». Br. Ind. Med. 1985; 42: 838-43.
- 15) WICHMANN I., SANCHEZ-ROMAN J., MORALES J.: «*Antimyeloperoxidase antibodies in individuals with occupational exposure to silica*». Annals of Rheum. Dis. 1996; 55: 205-7.

CONSULENZA TECNICA

a cura di Matteo Pirrone*

La Consulenza Tecnica d'Ufficio che proponiamo all'attenzione dei lettori in questo numero della Rivista presenta un evidente scollamento tra l'obiettività clinico-funzionale e gli esiti degli accertamenti eseguiti da una parte e la "discussione" medico-legale dall'altra. Mostra, altresì, un sovradimensionamento delle risultanze degli accertamenti stessi e l'inadeguatezza e l'assoluta opinabilità delle considerazioni medico-legali, che appaiono di scarso spessore e di disinvolta brevità, con assoluta carenza di valide argomentazioni dottrinarie.

Trattasi di un caso riferito a un uomo dell'età di 64 anni all'epoca della visita peritale, riconosciuto "non inabile" dai medici dell'INPS in sede di revisione di pensione di reversibilità per inabilità.

Il Consulente Tecnico d'Ufficio lo riconosce inabile per impossibilità a svolgere qualsiasi lavoro proficuo.

Di contro nella "discussione" medico-legale afferma che "la quantizzazione ecocardiografica della frazione di eiezione del ventricolo sinistro... viene stimata intorno al 50% indicando quindi una limitata compromissione della funzione globale del VS", mentre dà particolare rilievo a una patologia oculistica consistente in

"ambliopia OS e pseudoafachia OD (visus corretto = 6/10)", nonché ad una patologia ORL consistente in una "ipoacusia recettiva cocleare di grado medio-elevato".

Il passaggio più significativo della consulenza è, tuttavia, quello in cui il C.T.U. riporta da una certificazione USL la valutazione che il ricorrente è "scarsamente autonomo dal punto di vista psichico", valutazione che contrasta nettamente non solo con il referto di una visita neuro-psichiatrica richiesta dal C.T.U. ma, addirittura, con l'obiettività dallo stesso rilevata.

In ogni caso, pur volendo accettare la bontà dell'approccio diagnostico e della conseguente valutazione clinico-funzionale, non ci rendiamo conto di come si possa pervenire a un parere di "impedimento alla prosecuzione di qualsivoglia attività lavorativa".

Oltretutto, l'anamnesi lavorativa evidenzia che il soggetto "ha iniziato a lavorare a 13 aa. quale garzone di cucina. Successivamente ha svolto l'attività lavorativa di manovale e barcaiolo. Ha cessato ogni attività lavorativa nell'89 per malattia".

Tuttavia, lo stesso nel '96 è stato trattato con "triplice by-pass aorto-coronarico"

* Dirigente medico il Settore Contenzioso - D.G. INPS.

e viene riconosciuto dal C.T.U. soggetto "attualmente in fase di stabilizzazione clinico-elettrico-ematica".

È fin troppo evidente lo scollamento prima citato tra l'obiettività clinico-funzionale e gli esiti degli accertamenti eseguiti da una parte e la "discussione" medico-legale dall'altra.

È opportuno sottolineare ancora una volta come la mancata partecipazione di un medico dell'INPS alle operazioni peritali abbia certamente rappresentato un elemento negativo per il conseguimento di un corretto approccio medico-legale alla soluzione del caso.

Relazione di consulenza tecnica medico-legale d'ufficio

nei confronti di **B.M.**

Giudice del Lavoro **Dr. G.P.**

Consulente Tecnico d'Ufficio **Dr. R.C.**

L'Ill.mo Sig. Giudice del Lavoro, Pretore Dr. G.P., nominato il sottoscritto Dott. R.C. Consulente Tecnico d'Ufficio nella causa B.M. contro l'INPS, lo convocava all'udienza per il giuramento di rito e la proposizione del seguente quesito:

"Dica il C.T.U., esaminati gli atti di causa ed effettuati gli accertamenti che riterrà opportuni se alla data della revoca della pensione di reversibilità il periziato fosse totalmente inabile ossia "a causa di infermità o difetto fisico o mentale si trovasse nella assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa".

STORIA

Il Sig. B.M. già titolare di pensione di reversibilità quale familiare inabile, in data 27.09.96 veniva sottoposto a visita medico-legale per revisione in esito alla quale era riconosciuto "Non inabile".

Avverso il suddetto provvedimento, in data 10.01.97, il B.M. proponeva ricorso che veniva respinto in data 04.03.97.

In data 04.03.98, il Sig. B.M. decideva, pertanto, di ricorrere al Magistrato del Lavoro.

Il giorno 15.01.98 ho dato inizio alle attività peritali, convocando l'assicurato nel mio Studio.

PERIZIANDO

B.M. nato a P. (SP) il 05.08.33, residente e domiciliato a P., della cui identità sono certo avendo preso visione della Carta di Identità.

ANAMNESI

...Familiare

Padre deceduto a 60 a. per K del pancreas.

Madre deceduta a 87 a. per maresmia senile.

Ha tre fratelli e due sorelle viventi in a.b.s.

Un fratello deceduto a 62 a. per K polmonare.

...Fisiologica

Nato a termine da parto cesareo con lesione acustica e frattura di spalla.

Sviluppo somato-psichico normale.

Non ha prestato servizio militare di leva per deficit visivo.

Alimentazione normale ed appetito forte.

Fuma 30 sigarette/die.

Beve 1/4 lt/die di vino ai pasti.

Ritmo sonno-veglia irregolare.

Alvo e diuresi regolari.

...Patologia remota

- Ricorda i comuni esantemi infantili.

- Nel marzo '96 ricovero presso l'Ospedale civile S. per "IMA inferiore in soggetto con diabete mellito di tipo II dietosensibile".

- Nel luglio '96 ricovero presso l'Ospedale di G. per "Coronaropatia ostruttiva critica trivasale", operato con triplice by-pass aorto-coronarico.

- Nell'agosto '96 ricovero presso l'Ospedale di G. per *"Deiscenza incisione toracica in pregresso by-pass aortotoracico"*.
- Nel marzo '97 ricovero presso la Divisione oculistica dell'Ospedale civile S. per *"Cataratta OD"*, operato.
- Nel luglio '98 ricovero presso il Reparto di chirurgia dell'Ospedale S. per *"Colecistectomia"*.

...Lavorativa

Ha iniziato a lavorare a 13 a. quale garzone di cucina per circa undici anni.

Successivamente ha svolto l'attività lavorativa di manovale e barcaiolo.

Ha cessato ogni attività lavorativa nel '89 per malattia.

ESAME OBIETTIVO GENERALE

Normotipo in discrete condizioni generali. Altezza 168 cm. Peso 102 kg.

Mucose visibili normoirrorate. Non cianosi, non edemi.

Esiti di sternotomia anteriore con fistola secernente. Cicatrice chirurgica gamba sn (per prelievo safena per by-pass). Cicatrice chirurgica da colecistectomia.

Il pz. mostra evidente difficoltà alla deambulazione autonoma ed ai cambiamenti di postura.

Apparato respiratorio

Torace cilindrico, normoespandibile. FVT diminuito su tutto l'ambito. MV diminuito. Respiro aspro.

Apparato cardiovascolare

Pressione arteriosa 150/85 mmHg. Polso 64 bpm, ritmico.

Aia cardiaca nei limiti.

Lievi edemi bi-malleolari.

Vds referto specialistico.

Apparato digerente

Addome trattabile.

Fegato debordante 2 cm dall'arcata costale.

Apparato urinario

Manovra del Giordano negativa bilateralmente. Punti ureterali non dolenti.

Apparato osteoarticolare

Grosse articolazioni ispettivamente e funzionalmente normali.

Scoliosi destro-convessa in regione dorso-lombare.

Riferisce dolori articolari da Spondiloartrosi diffusa con discopatie cervicali multiple.

Apparato endocrino

Diabete mellito di tipo 2 in trattamento presso il locale Centro diabetico.

Sistema nervoso e psiche

L'esame obiettivo neurologico è negativo.

Il pz. appare vigile e ben orientato nel tempo e nello spazio.

Vds. referto specialistico.

Orecchio e udito

Ipoacusia bilaterale.

Vds. referto specialistico.

Occhi e vista

Ambliopia OS fin dall'infanzia.

Pseudoafachia chirurgica OD.

Vds. referto specialistico.

ESAMI SPECIALISTICI E STRUMENTALI EFFETTUATI E LORO ESITO

Visita cardiologica

La **visita cardiologica** cui l'assicurato è stato sottoposto in data 20.01.99 dallo specialista dr. F.B. ha dato il seguente esito:

Esame obiettivo CV: azione cardiaca ritmica normofrequente, toni parafonici, soffio sistolico da rigurgito mitralico debolmente irradiato all'ascella, soffio sistolico a carattere eiettivo sul focolaio aortico di grado 2/6 L; assenti sfregamenti pericardici, non apprezzabili soffi carotidei. Polsi peri-

ferici presenti e pulsanti nelle normali sede di reperi. All'ascoltazione toracica murmure vescicolare ridotto di intensità con qualche crepitio bibasilar. Lievi edemi bi-malleolari. Cicatrici chirurgiche da sternotomia mediana e safenectomia bilaterale.

Ecg basale: ritmo sinusale FC media di 60 bpm; PQ e QT nei limiti. Piccole onde Q in D2-D3-AVF (esiti di pregressa necrosi inferiore); anomalie della fase di ripolarizzazione ventricolare in D1-AVL di tipo ischemico (tratto ST rigido con onde T invertite). Segni di ingrandimento atriale sinistro (onda P difasica con componente prevalente negativa in V1-V2). Non aritmie ipo-iperkinetiche degne di rilievo al compattato ecg a bassa velocità.

Diagnosi: cardiopatia ischemica cronica post-infartuale (esiti di necrosi inferiore) già sottoposto ad intervento di rivascolarizzazione miocardica chirurgica mediante triplice by-pass aorto-coronarico attualmente in fase di stabilizzazione clinico-elettrico-emodinamica ed in trattamento anti-ischemico protratto.

Visita ORL

La visita ORL cui l'assicurato è stato sottoposto in data 19.01.99 dallo specialista dr. M.B. ha dato il seguente esito:

Otosopia: bilateralmente membrane timpaniche modicamente ispessite ed opacate.

Esame audiometrico tonale: ipoacusia recettiva cocleare bilaterale pantonale simmetrica di grado medio-elevato, più marcata sui 3000-8000 Hz.

Esame impedenziometrico: AU SN: Ty e riflessi stapediai nei limiti della norma; AU DX: Ty leggermente appiattito e spostato sui valori negativi, riflessi stapediai presenti solo per stimolazioni a 500 e 1000 Hz.

Esame vestibolare: non segni di patologia vestibolare in atto.

Diagnosi: ipoacusia recettiva cocleare bilaterale, pantonale simmetrica di grado medio-elevato, più marcata sui 3000-8000 Hz.

Visita oculistica

La visita oculistica cui l'assicurato è stato sottoposto in data 05.02.99 dallo

specialista dr. R.M. ha dato il seguente esito:

Visus naturale: OD = 4/10; OS = percezioni luminose.

Visus corretto: OD = 6/10 con 0,50 cil (180); OS = non migliora con lenti.

OD: annessi indenni. Punti di sutura corneale a ore 9. Pseudoafachia con IOL. Fundus: papilla pallida con accentuazione dell'escavazione fisiologica; vasi assottigliati con irregolarità del calibro ed accentuazione del riflesso; periferia normale.

OS: annessi indenni, cataratta totale. Fundus: si illumina ma non si esplora per l'opacità dei mezzi.

TOD = 15; TOS = 20.

Riferito glaucoma OO in trattamento farmacologico.

Visita neuropsichiatrica

La visita neuropsichiatrica cui l'assicurato è stato sottoposto in data 18.01.99 dallo specialista dr. C.M. ha dato il seguente esito:

Esame neurologico: nervi cranici integri. Riflessi profondi presenti ai quattro arti. Eumetria e diadococinesia conservate. Muscolatura normotonica normotrofica. Mantiene la posizione nelle prove antigravitarie di Mingazzini e Barrè ai quattro arti. Babinski in flessione plantare bilateralmente. Mantiene la posizione di Romberg.

Esame psichico: lucido, orientato collaborante. Accede al colloquio con modalità ansiosa. Facies espressione di disagio e demoralizzazione. Tono dell'umore orientato in senso distico. Discreta quota ansiosa, prevalentemente espressa in forma fobica. Ideazione formalmente corretta polarizzata su contenuti di inadeguatezza con spunti fobici. Livello intellettuale apparente ai limiti della norma. Trattati ansio neurotici temperamentali.

Diagnosi: sindrome ansio distimica, di grado medio-lieve, a prevalente espressione fobica.

Esami radiologici

• L'Rx-grafia del rachide cervico dorsale eseguita in data 04.02.99 presso il Servizio di radiologia dell'ASL ha dato il

seguinte esito: *cervicouncoartrosi di grado medio. Spondiloartrosi osteofitica dorsale. Riduzione di ampiezza degli spazi intersomatici a livelli multipli.*

- **L'Rx-grafia del torace** eseguita in data 04.02.99 presso il Servizio di radiologia dell'ASL ha dato il seguente esito: *non lesioni pleuroparenchimali in atto. Accentuazione della trama vascolare polmonare. Ombra cardiovascolare ingrandita nelle sezioni sinistre e all'arco aortico. Calcificazioni valvolari aortiche. Esiti di sternotomia.*

DISCUSSIONE

Il periziando è portatore di una sintomatologia complessa interessante diversi apparati e sistemi, più in dettaglio egli è affetto da:

- cardiopatia ischemica cronica post-infartuale (esiti di necrosi inferiore) già sottoposto ad intervento di rivascularizzazione miocardica chirurgica mediante triplice by-pass aorto-coronarico attualmente in fase di stabilizzazione clinico-elettrodominamica ed in trattamento anti-ischemico protratto;

- ipoacusia recettiva cocleare bilaterale, pantonale simmetrica di grado medio-elevato, più marcata sui 3000-8000 Hz;

- deficit visivo bilaterale (OD = 4/10; corr. 6/10; OS = percezioni luminose; non correggibile);

- sindrome ansio distimica, di grado medio-lieve, a prevalente espressione fobica;

- diabete mellito di tipo 2 dietosensibile;

- cervicouncoartrosi di grado medio. Spondiloartrosi osteofitica dorsale.

In proposito si deve rilevare come la patologia di maggior rilievo siano quella cardiaca, oculistica ed ORL.

Più particolarmente si osserva come la grave patologia coronarica abbia determinato nel '96 la necessità di un intervento di rivascularizzazione chirurgica con esito favorevole.

Esami ecocardiografici successivi hanno monitorato in modo adeguato la situazione clinica del soggetto evidenziando nell'ottobre '96 - subito dopo l'intervento - una lieve riduzione della funzione globa-

le, nel maggio '97 un miglioramento della funzione globale ventricolare sinistra e nel marzo '98 una buona funzione sistolica con ventricolo sn di normali dimensioni ed atrio sinistro ingrandito.

Il test ergometrico al cicloergometro eseguito presso il Servizio di cardiologia del locale Ospedale civile in data 10.03.98 non ha evidenziato variazioni significative della fase di ripolarizzazione ventricolare, né aritmie degne di rilievo ma con risposta pressoria ai limiti alti. È tuttavia da rilevare come l'esecuzione del test in terapia coronarioattiva e la sua interruzione per "fatica" avendo raggiunto il 58% della FC teorica con doppio prodotto pari a 16380 ad un carico lavorativo pari a ca. 5,2 MET rende lo stesso poco significativo per una effettiva valutazione del danno¹.

Ai fini di una corretta valutazione della residua efficienza funzionale cardiaca, dato fondamentale è la quantizzazione ecocardiografica della frazione di eiezione del ventricolo sinistro che nel caso in specie viene stimata intorno al 50% indicando quindi una limitata compromissione della funzione globale del VS.

Attualmente viene seguita una terapia farmacologica complessa con: Monoket Retard, Angizem, Enapren, Ascriptin, Zantac, Moduretic.

Di rilievo è, ancora, la patologia oculistica caratterizzata da ambliopia OS e pseudoafachia OD (visus corretto = 6/10) nonché la patologia ORL caratterizzata da una ipoacusia recettiva cocleare bilaterale di grado medio-elevato non suscettibile di alcun miglioramento.

Presente è, altresì una sindrome ansio distimica di entità medio-lieve mentre di minor rilievo sono le altre patologie associate: poliartrosi e diabete mellito di tipo 2 dieto sensibile.

In proposito, si deve, comunque rilevare che da certificazione del Centro Anti-diabetico dell'USL si evince che "il compenso metabolico è scarso anche perché il pz. non riesce a seguire né un regime dietetico né un *modus vivendi* adeguato in quanto scarsamente autonomo dal punto di vista psichico".

Per quanto sopra esposto, considerata l'obiettività clinica e gli esiti degli accerta-

¹ Chini A. ed aa., Il danno cardiaco nel post infartuato, ed. Universo, 1996.

menti strumentali eseguiti e/o agli atti, si ritengono le condizioni cliniche del E. di impedimento alla prosecuzione di qualsivoglia attività lavorativa.

CONCLUSIONI

A seguito degli accertamenti effettuati, e per le considerazioni predette, ritengo di poter così rispondere al quesito postomi dalla S.V.

Il periziato affetto da:

- cardiopatia ischemica cronica post-infartuale (esiti di necrosi inferiore) già sottoposto ad intervento di rivascularizzazione miocardica chirurgica mediante triplice by-pass aorto-coronarico attualmente in fase di stabilizzazione clinico-elettrocardiografica ed in trattamento anti-ischemico protratto;

- ipoacusia recettiva cocleare bilaterale, pantonale simmetrica di grado medio-elevato, più marcata sui 3000-8000 Hz;
- deficit visivo bilaterale (OD = 4/10; corr. 6/10; OS = percezioni luminose; non correggibile);

- sindrome ansio distimica, di grado medio-lieve, a prevalente espressione fobica;

- diabete mellito di tipo 2 dietosensibile;

- cervicouncoartrosi di grado medio.

Spondiloartrosi osteofitica dorsale.

All'epoca della revoca della pensione di reversibilità ed a tuttoggi:

- era SI ed è SI totalmente inabile trovandosi nella assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa.

1 marzo 1999

C.T.U.
Dott. R.C.

L'ANGOLO DELL'INFERMIERE

SIGAS: “Sistema Informativo Globale delle Attività Sanitarie” (Studio di fattibilità)

Maria Rosa PETRIS
Collaboratore Sanitario
Sede INPS - Pordenone

FINALITÀ

Realizzare un Sistema Informativo che gestisca e coordini tutte le attività medico-legali del CML (AOI/Inabilità, ANF, Reversibilità, Disoccupazione, C.B.T., A.C.T., Accertamenti Specialistici Interni ed Esterni, Certificazione di malattia, VMA e VMC), creando così un unico Fascicolo Sanitario Personalizzato Informatizzato.

Questo fascicolo si collegherà con una base anagrafica unica che conterrà tutte le informazioni sanitarie acquisite, pertanto da ogni postazione di lavoro si potranno consultare eventuali precedenti sanitari presso altre Sedi.

Questa iniziativa ha l'intento di migliorare la qualità del lavoro, favorire le professionalità individuali, occupare al meglio le risorse umane e nel contempo dare maggior grado di soddisfazione all'utenza interna ed esterna e, quindi, migliorare l'immagine dell'Istituto.

SITUAZIONE ATTUALE DEL SISTEMA INFORMATIVO

Le attività sanitarie legate al pro-

cesso pensionato-assicurato si sono evolute nel tempo, con modifiche, integrazioni e innovazioni che hanno dato anche la possibilità ai Dirigenti Medico-Legali di autogestire i vari processi.

La tecnologia informatica, ha fatto il suo ingresso al CML nel 1989 e non si è più innovata.

L'informatizzazione rimane totalmente carente per tutti i prodotti non pensionistici e per alcuni prodotti pensionistici (Contenzioso Giudiziario e ANF/AF).

Presente ma non efficiente il collegamento con le banche dati dell'INAIL (non è consultabile la diagnosi relativa alle rendite), assenti i collegamenti con ASL, Aziende Ospedaliere Pubbliche e/o Private convenzionate con l'Istituto per gli accertamenti specialistici, Medici di Base, e Ditte.

L'informatizzazione attuale dei Centri M-L è rivolta quasi esclusivamente alla raccolta di dati statistici.

La procedura 4119 gestisce il flusso procedurale delle pratiche pensionistiche (escluso il contenzioso giudiziario), la procedura GASAN gesti-

sce l'archivio nazionale di tutte le pratiche acquisite in procedura 4119, inoltre gestisce l'archivio nazionale anagrafico di tutti i medici dell'INPS.

OBIETTIVI DEL PROGETTO

a) Creare un fascicolo sanitario elettronico unico per ciascun assicurato o pensionato.

b) Creare una banca dati nosologica informatica per tutte le prestazioni.

c) Gestire gli appuntamenti per le visite giornaliere e gli appuntamenti di ogni singolo medico per le altre attività, quali ad es. specialistica interna, partecipazioni alle CTU, convocazioni in Tribunale, collegiali INPS/INAIL ecc.

d) Redazione elettronica di ogni documento o modello in uso, con possibilità di invio telematico degli atti previsti ai Medici di Patronato.

e) Informatizzare il mod. ufficiale E213 con possibilità di invio direttamente all'Organismo estero richiedente.

f) Gestire via Intranet, le richieste, gli appuntamenti e relativi responsi degli accertamenti specialistici interni effettuati presso altri CML.

g) Verificare la congruità delle fatture relative agli accertamenti esterni richiesti, tramite nomenclatore aggiornato in linea (cap. spesa 4119-01).

h) Monitorare le convenzioni specialistiche esterne stipulate con una registrazione computerizzata che storicizzi le innovazioni.

Stessa prassi per gli specialisti interni designati allo svolgimento della propria branca specialistica a livello Regionale.

i) Verifica a distanza, delle cartelle sanitarie da parte dell'osservatorio Regionale (Dirigente ML Regionale) e del Coordinamento Centrale Medico Legale per un monitoraggio dell'omogeneizzazione dei criteri valutativi.

j) Redazione di report statistici completi per tutti i prodotti lavorati.

k) Rilevazioni epidemiologiche.

l) Controllo incrociato tra prodotto pensionato e prodotto assicurato (*circ. 182 del 04.08.97*).

m) Trasmissione telematica dei certificati di malattia, con conseguente ottimizzazione delle risorse umane e strumentali, sgravio di incombenze per l'assicurato, possibilità di controllo automatico che impedisca l'invio di dati incompleti o incongrui.

n) Collegamento telematico con le Aziende per la richiesta di visite fiscali.

o) Interscambio telematico tra INPS e INAIL per controllo ed erogazione delle prestazioni dalla denuncia (alla controversia) al contenzioso giudiziario.

p) Interconnessione con le ASL per soluzioni immediate a problematiche medico-legali e per la trasmissione del verbale di invalidità civile.

q) Gestione della biblioteca con motori di ricerca che consentano un rapido reperimento della documentazione relativa all'argomento richiesto sia all'interno della biblioteca locale, sia nelle biblioteche della Rete attraverso una connessione Internet.

r) Gestione dei farmaci in dotazione e dei beni strumentali elettromedicali con verifica del relativo budget.

s) Creare un collegamento telematico con la procedura SISCO (per monitorare CTU e sentenze in tempo reale).

t) Da valutare la possibilità di dialogare via Internet con i medici delle VMC, per l'acquisizione dei referti di visita medica domiciliare.

u) Da valutare la possibilità di progettazione di un data base per la certificazione medica dei dipendenti INPS, valutazione idoneità al servizio, cause di servizio, domanda AOI/Inabilità.

Esempio di una CARTELLA SANITARIA “DINAMICA”

La cartella sanitaria è composta di più fogli, di cui alcuni statici (prima parte) altri dinamici (pagine ASP richiamabili cliccando all’inizio del documento in base alla prestazione richiesta).

Espletando l’esame obiettivo, il medico ha la possibilità di implementare la cartella sanitaria con delle pagine ASP per la valutazione specialistica di propria competenza o demandare la parte spettante ad altri specialisti interni o esterni che operano presso il CML).

Tale cartella raggruppa tutte le prestazioni erogate dall’INPS che necessitano di un giudizio o parere medico legale dalla prima istanza al contenzioso giudiziario.

DESKTOP personalizzato: finestra con username e password.

ELENCO A VIDEO DELLE PRATICHE INVIATE AL CML DALL’UFFICIO COMPETENTE.

Cliccando sopra il nome o codice fiscale di ogni nominativo, si apre una maschera che mette in evidenza i dati anagrafici del soggetto, attivando il menù a tendina sottostante si preleva il modello inerente la visita medico-legale richiesta.

username

<input type="text"/>
<input type="text"/>

elenco a video

PINCO PALLINO
ROSSI MARIO
VERDI CARLO
GIALLO PIPPO

pratica-acq.

Codice fiscale
PINCO PALLINO
Nato a Roma il 12/12/66
Residente
Prestazione 224
presentata il

Pres. Pens. ▼ Archivio Storico ▼ ▼	Cartella Sanitaria Prima Istanza: Inabilità/Ass. Ord. Inv. Pinco Pallino Nato ail.....(età.....) sesso
Pres. Non Pens. ▼ Archivio Storico ▼ ▼

- *Prima parte*

A) ELENCO PRESTAZIONI

- ❖ PENSIONISTICHE [menu a tendina]

Prima visita

- ◆ 222
- ◆ 223
- ◆ 224

- ◆ 225
- ◆ 444
- ◆ ASP/ASR
- ◆ ASS. PRIVILEGIATO DI INVALIDITÀ
- ◆ PENS. PRIVILEGIATA DI INABILITÀ
- ◆ FONDO SPECIALE: ...
- ◆ ENPALS
- ◆ VECCHIA NORMATIVA
- ◆ DL. 503/92
- ◆ REVERSIBILITÀ
- ◆ ASSEGNO NUCLEO FAMILIARE/A.F.: minorene NO SI
 - CONFERMA ASSEGNO ORDINARIO INV. [menù a tendina]
 - 1° rinnovo
 - 2° rinnovo
 - REVISIONE ASS. ORD. INV. [menù a tendina]
 - REVISIONE PENSIONE INABILITÀ
 - Con menù a tendina*
 - REVISIONE ASP/ASR
 - REVISIONE REVERSIBILITÀ
 - REVISIONE VECCHIA NORMATIVA
 - REVISIONE A.N.F./A.F.
 - RICORSO AMMINISTRATIVO [elenco voci come sopra menù a tendina]
- ◆ PERIZIA MEDICO LEGALE SU MOD. E213

❖ NON PENSIONISTICHE [menu a tendina]

- ✓ A.C.T.: Assicurato Familiare di.....
- ✓ Primo controllo A.R.
- ✓ Primo controllo A.C.S.
- ✓ Successivo A.R.
- ✓ Successivo A.C.S.
- ✓ CBT:
- ✓ Anno Attuale ciclo
- ✓ DISOCCUPAZIONE:
- ✓ Accertare se l'assicurato ha riacquisito la capacità lavorativa alla data del
- ✓ MALATTIA
- ✓ CONTROLLI AMBULATORIALI [menù a tendina]
 - Lavoratore assente alla VMC
 - Contestazione Pgn alla VMC
 - Valutazione Medico-Legale
 - Valutazione Giustificazione Assenza VMC
 - Valutazione certificazione di malattia post-idoneità
 - Surroga
 - Valutazione competenza INPS/INAIL
 - Collegiali INPS/INAIL
 - Lavoratore titolare di A.O.I. "in malattia"

- PROGETTO KAPPA**
- ALTRI**
- PROGETTO DI SEDE**
- ✓ **PRECONTENZIOSO GIUDIZIARIO (parere su atti o su visita)**
- **CONTENZIOSO GIUDIZIARIO I° [menù a tendina]**
- **PRELIMINARE**
- **CTU (1)**
- **CONTRODEDUZIONI**
- **SENTENZA**
- **PARERE PER APPELLO**
- **CTU (2)**
- **CONTRODEDUZIONI**
- **SENTENZA**
- **CONTENZIOSO GIUDIZIARIO II° [menù a tendina]**
- ◆ **DIPENDENTE I.N.P.S.**

SPECIFICA

Quando l'operatore clicca sul pulsante indicante la prestazione richiesta, automaticamente si compongono le pagine utili alla lavorazione della pratica (es. SS4/M, CBT, ACT, Dissoccupazione, VMA ecc.).

All'interno della cartella sanitaria si possono effettuare statistiche epidemiologiche come la scheda Kappa (statistica epidemiologica oncologica).

Alla chiusura del fascicolo sanitario, tutti i dati vengono memorizzati, consentendo così un aggiornamento degli archivi locali e nazionali. La parte di competenza amministrativa viene inviata al Dirigente responsabile del prodotto automaticamente.

CERTIFICAZIONE DI MALATTIA

La certificazione di malattia arriverà all'INPS via Internet, il medico di sede potrà scorrere i certificati evidenziando: controlli domiciliari, responsabilità terzi, infortuni sul lavoro.

Le anomalie verranno eliminate, in quanto al momento della ricezione automatica se il programma risconterà una incongruenza respin-

gerà il certificato segnalando l'errore o l'omissione.

In questo modo anche le statistiche relative alla certificazione di malattia saranno automatizzate, con possibilità di ricerche, studi, valutazioni e proiezioni mirate anche alle realtà locali.

Il collegamento con l'INAIL permetterà una valutazione on-line della certificazione respinta dall'Ente ricevente il certificato introduttivo, l'INPS avrà la possibilità di controllare il lavoratore inviando una VMC, mentre l'INAIL potrà operare secondo normativa.

CONCLUSIONI

Questo progetto di tipo innovativo, basato su una logica di Client-Server, funzionante in rete, orientato alla sicurezza ed alla completezza delle informazioni è predisposto per poter essere accessibile, con le opportune garanzie, da utenti esterni interessati (medici di base, ASL, INAIL ecc.).

Esso è come un mosaico ove ogni elemento deve incastrarsi al posto giusto. Il lavoro e l'impegno è notevole, pertanto auguriamo al gruppo di lavoro buon proseguimento e auspichiamo la realizzazione completa del progetto.

Norme redazionali per gli Autori

La “Rassegna di Medicina Legale Previdenziale”, di seguito denominata MP, pubblica lavori originali su argomenti di medicina legale e/o di discipline cliniche di interesse previdenziale.

L'invio del dattiloscritto sottintende che il lavoro non è già stato pubblicato e che, se accettato, non verrà pubblicato altrove né integralmente né parzialmente se non a condizione che ne venga citata la fonte.

La collaborazione è aperta a tutti.

I lavori esprimono contenutisticamente i personali convincimenti dei rispettivi Autori che assumono a carico la responsabilità piena di quanto affermato.

La Rivista, pertanto, non impegna in tal senso la sua responsabilità, pur riservandosi il diritto di non pubblicare quegli elaborati pervenuti che siano in palese contrasto con le linee strategiche perseguite dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale.

I lavori vengono sottoposti all'esame del Comitato di Redazione che, quindi, può accettarli, rifiutarli, accettarli con riserva e facoltà sia di suggerire agli Autori eventuali modifiche sia di apportarle autonomamente qualora esse non entrino nella sostanza del prodotto.

La Redazione della rivista correggerà d'ufficio le bozze in base all'originale pervenuto.

Gli originali - testo, grafici, fotografie, tabelle - non saranno restituiti, anche se non pubblicati.

I dattiloscritti devono pervenire - via posta - al seguente indirizzo:

Direttore Scientifico di MP - Maurizio Ceccarelli Morolli

Coordinamento Generale Medico Legale

Via Chopin, 49

00144 ROMA

La Redazione declina ogni responsabilità per eventuali smarrimenti del plico.

Gli Autori devono spedire l'elaborato in duplice copia e corredarlo, ove possibile, di relativo disk-file verificato con idoneo Viruscan e digitato in videoscrittura preferibilmente Windows-compatibile; inoltre, deve essere allegato

ta una lettera di autorizzazione alla pubblicazione dove sia specificato l'esatto recapito postale a cui si desidera ricevere eventuale corrispondenza.

La Rivista prevede attualmente:

Sezioni comunque presenti

- 1) editoriali
- 2) lavori scientifici originali
- 3) consulenze tecniche di parte e/o d'ufficio

Sezioni non costantemente presenti

- 1) posta per il Direttore Scientifico
- 2) comunicazioni, convegni/congressi e loro resoconti

DATTILOSCRITTI

I lavori devono essere dattiloscritti chiaramente; tutte le pagine, comprese quelle della bibliografia, devono essere progressivamente numerate. L'elaborato deve svolgersi su una media di circa 20-25 pagine, essendo tuttavia ammesse eccezioni.

TABELLE

Le tabelle, numerate progressivamente con numeri arabi, devono essere battute su fogli separati dal testo. La didascalia deve contenere le informazioni necessarie per interpretare la tabella stessa. Nel punto del testo dove si esplica il significato della tabella proposta, la parola "tabella" deve essere scritta per esteso e seguita dal numero d'ordine.

FIGURE E GRAFICI

Le figure e i grafici devono essere numerati progressivamente con numeri arabi. Per le sole figure, le rispettive didascalie devono essere stampate su fogli a parte.

Nel dattiloscritto deve essere indicato il posto loro destinato.

Eventuali grafici e fotografie - che possono essere pubblicati solo in bianco e nero - devono essere ben contrastati e stampati con le dizioni chiare e leggibili e contrassegnati con le indicazioni "alto" e "basso",

Nel punto del testo dove si esplica il significato della figura proposta, la parola "figura" deve essere scritta per esteso e seguita dal numero d'ordine.

RIASSUNTO

Il riassunto deve esporre in modo conciso (30 righe dattiloscritte circa), ma in modo sufficientemente illustrativo, il contenuto, i risultati e le conclusioni del lavoro.

BIBLIOGRAFIA

La correttezza e la completezza delle citazioni bibliografiche, che devono essere elencate in fogli a parte e non in calce alle pagine del lavoro, ricade sotto la responsabilità dell'Autore. La bibliografia, che deve comprendere i soli Autori citati nel testo, va numerata con numeri arabi e posta in ordine alfabetico.

Per ogni voce si devono riportare:

- il cognome e l'iniziale del nome degli Autori: si devono elencare tutti gli Autori se fino a quattro, mentre se in numero superiore vanno elencati solo i primi tre seguiti da: ...e coll.;

- il titolo originale dell'articolo;

- il titolo della Rivista;

- l'anno della pubblicazione;

- il numero del volume;

- il numero di pagine iniziale e finale.

Per pubblicazioni non periodiche, devono essere indicati il cognome e l'iniziale del nome degli Autori; il titolo; il luogo di pubblicazione; l'Editore; l'anno di pubblicazione.

Direttore: MASSIMO PACI - Direttore Responsabile: FABIO TRIZZINO

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE
INPS - Direzione Generale
Direzione Centrale Organizzazione
Area Sviluppo Immagine
Via Ciro il Grande, 21 - 00144 Roma-Eur
Tel. 06/59055125 - Fax 06/59055114

Fotocomposizione e Stampa
Stilgrafica s.r.l.
Via Ignazio Pettinengo, 31/33 - 00159 Roma - Tel. 06/43588200 (4 linee r.a.)

Autorizzazione Tribunale di Roma N. 39488 del 6 luglio 1998

Finito di stampare nel mese di giugno 2001

