



ACCERTAMENTI

**Sclerosi multipla
e accertamenti della disabilità**





AISM

Associazione Italiana Sclerosi Multipla

Sede Nazionale Via Operai, 40 16149 Genova

Numero Verde 800 80 30 28

www.aism.it - aism@aism.it

© Edizioni AISM

ISBN: 9788871480954

Si ringrazia:



Digitalizzazione a cura di



Quintadycopertina

www.quintadycopertina.com

Disponibile presso AISM

Infopoint

Sezioni

ebook scaricabile dal sito www.aism.it

tramite Numero Verde 800 80 30 28

Accertamenti

**Sclerosi multipla e accertamenti della
disabilità**

Menù

Introduzione

1. Sclerosi multipla (SM) e la valutazione medico legale
2. Invalidità civile, stato di handicap e disabilità a fini lavorativi: la richiesta, l'iter di presentazione della domanda e la visita
3. Accertamento dello stato di invalidità civile
4. Accertamento dello stato di handicap (Legge n. 104/1992)
5. Quali strade si possono intraprendere per contestare una valutazione non adeguata per le visite di accertamento?

**6. La valutazione delle condizioni di disabilità
per accedere al sistema per l'inserimento
lavorativo mirato (Legge n. 68/99)**

**7. Il giudizio di idoneità alla mansione (artt.
41-42, T.U. 81/2008)**

**8. Trattamenti pensionistici. Il pensionamento
anticipato per motivi di salute**

9. Apparato neurologico

Il tema dell'accertamento della disabilità riveste particolare interesse per le persone con sclerosi multipla poiché dall'esito del momento accertativo possono derivare opportunità, diritti e benefici di varia natura (economici, fiscali, lavorativi).

Da anni AISM dedica molta attenzione a questo tema perché sono state segnalate difficoltà nella valutazione di una malattia così complessa e multiforme, con fasi alterne e sintomi spesso invisibili (ad esempio la fatica) che hanno però un forte impatto sulla qualità di vita di chi vive con la SM.

La scarsa conoscenza da parte delle commissioni valutatrici ASL-INPS rispetto alle peculiarità della SM e la conseguente superficialità nelle valutazioni (la SM tra l'altro non è malattia tabellata ai fini di invalidità civile) ha portato AISM, su richiesta delle persone con SM, a muoversi a partire dal 2008 con uno specifico progetto che ha condotto a momenti di confronto con i membri delle commissioni e alla creazione della *“Guida per la valutazione medico legale*

della sclerosi multipla” ad esse dedicato. In secondo luogo è stato avviato un lavoro con i neurologi per garantire che le certificazioni che accompagnano la persona quando si reca a visita davanti alla commissione vengano redatte in maniera adeguata e completa. Con il patrocinio delle Società Scientifiche di riferimento (SIN e SNO) l’Associazione ha pubblicato una *“Guida per neurologi”* con annessa una scheda di certificazione ad uso dei neurologi per redigere in modo omogeneo e completo le certificazioni. Nel corso del 2012, infine - alla luce del rafforzato ruolo di INPS all’interno delle commissioni - AISM e INPS hanno creato insieme un terzo strumento rivolto ai medici INPS, agli specialisti, assistenti sociali di cui l’ente si avvale per le valutazioni della disabilità: la *“Comunicazione Tecnico-Scientifica per l’accertamento degli stati invalidanti correlati alla sclerosi multipla”* quale documento di linee guida su come la SM debba essere valutata in ogni suo aspetto (compresi ad esempio gli effetti collaterali dei farmaci) anche se al di fuori di un sistema tabellare.

Nel contempo AISM, insieme alla Federazione Italiana Superamento Handicap, lavora per far sì che per tutte le situazioni di disabilità venga utilizzato un sistema di valutazione volto alla presa in carico dei bisogni adottando l'ICF, uno strumento di valutazione della disabilità promosso dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) a livello internazionale che considera l'interazione tra salute e ambiente non limitandosi a valutare la menomazione ma il "funzionamento" della persona (non solo ciò che la persona "non può fare" ma anche ciò che "potrebbe fare" se la società mettesse a disposizione accomodamenti ragionevoli per contrastare la disabilità).

Il tassello che ancora mancava a questo progetto era una guida ad uso delle stesse persone con SM, che in modo chiaro e completo fornisse informazioni e strumenti/indicazioni pratiche per potersi districare nel variegato mondo degli accertamenti (invalidità civile, inabilità lavorativa, stato di handicap, disabilità a fini lavorativi, idoneità alla mansione).

Questa guida vuole essere strumento di conoscenza, consapevolezza e rafforzamento del ruolo delle persone con SM perché divengano realmente protagoniste di processi di accertamento e valutazione sempre più adeguati e appropriati.

Introduzione

Nel corso della vita può essere necessario sottoporsi a vari tipi di visite mediche a carattere medico-legale.

La persona con sclerosi multipla può doversi sottoporre all'accertamento dell'invalidità civile, dello stato di handicap, della disabilità a fini lavorativi: visite medico-legali per ottenere prestazioni assistenziali o previdenziali oppure per la verifica dei requisiti per poter svolgere compiti particolari (ad esempio la guida di veicoli); o, ancora, a visite di medicina del lavoro per la verifica dell'idoneità alla mansione. Nonostante la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità introduca una visione culturale, scienti-

fica e giuridica della condizione di disabilità e della persona con disabilità che dovrà portare alla riformulazione degli strumenti normativi italiani e che il Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità preveda tra le linee principali di intervento la revisione del sistema di accesso, riconoscimento/certificazione della condizione di disabilità, ad oggi l'**accertamento medico-legale nel sistema italiano prevede ancora diversi tipi di accertamento** per relativi riconoscimenti medico-legali **in materia di disabilità**.

Questa guida ha lo scopo di fornire indicazioni specifiche su come affrontare il complesso quadro degli accertamenti medici in materia di invalidità civile, handicap e disabilità e nasce per rispondere all'esigenza espressa dalle persone con sclerosi multipla di avere chiarezza sui temi della disabilità, dell'invalidità, dello stato di handicap, dell'inabilità lavorativa e così via, istituti giuridici che si avvalgono di procedure differenti, dalle quali possono scaturire riconoscimenti generanti diritti e benefici. Dal numero verde AI-

SM, dalle Sezioni provinciali e dall'Osservatorio AISM diritti e servizi e in ogni occasione di incontro con le persone con SM emerge la necessità di conoscere e capire quali siano procedure, modalità, conseguenze che caratterizzano ognuna di queste tipologie di accertamento che spesso vengono confuse. *Cosa si intende per disabilità? Grado di invalidità e di handicap si equivalgono? Che differenza c'è tra invalidità e inabilità?* sono i principali quesiti che le persone pongono ad AISM e questa guida intende dare risposte chiare e complete ai dubbi su questi temi, approfondendo le differenze tra terminologie, percorsi, significati.

La persona con SM ha diritto di presentare le varie domande di accertamento, ma è anche libera di scegliere se fare o non dare domanda: avere la SM, infatti, non significa automaticamente invalidità o inabilità. Per le persone giovani, bene integrate e autonome, con una diagnosi recente potrebbe risultare sconsigliabile chiedere l'accertamento quando i sintomi non siano invalidanti e comunque abbiano ancora un basso impatto sulla qualità della vita.

L'accertamento dovrebbe essere svolto principalmente quando si ipotizza che possa apportare effettivi miglioramenti o benefici derivanti dall'applicazione delle leggi a tutela delle persone con disabilità. La visita, infatti, non è obbligatoria e deve essere vissuta come un'opportunità e non come causa di stress. Questa guida intende dunque fornire alle persone con SM informazioni e strumenti pratici perché siano in grado di prepararsi adeguatamente alla visita medico-legale, in particolare per quanto riguarda la predisposizione della documentazione utile a far comprendere alla commissione valutatrice la reale portata dei sintomi e l'impatto della patologia sulla vita quotidiana.

1. Sclerosi multipla (SM) e la valutazione medico legale

L'evoluzione nel tempo della malattia varia da persona a persona, ma è possibile individuare fundamentalmente quattro forme di decorso clinico: a ricadute e remissioni, secondariamente progressiva, primariamente progressiva e progressiva con ricadute e a queste si aggiunge una quinta forma, detta "SM benigna".

La **SM benigna** presenta alcune peculiarità rispetto a tutte le altre forme: non peggiora con il passare del tempo e, in genere, esordisce con uno o due episodi acuti, che presen-

tano un recupero completo, senza lasciare disabilità. Questa forma di SM può anche essere individuata quando è presente una minima disabilità per 15 anni dalla data di esordio. La forma clinica, invece, più frequente è rappresentata dalla **sclerosi multipla a decorso recidivante-remittente** (SM-RR): circa l'85% delle persone con SM ha inizialmente questa forma di SM, nella quale si presentano episodi acuti di malattia (detti "poussè" o "ricadute", che insorgono nell'arco di ore o giorni e sono destinati a regredire del tutto o in parte in un tempo variabile) alternati a periodi di benessere (definiti "remissioni"). La **SM secondariamente progressiva** (SM-SP), che si sviluppa come evoluzione della forma recidivanteremittente, è caratterizzata da una disabilità persistente che progredisce gradualmente nel tempo. Circa il 30-50% delle persone con SM, che inizialmente hanno una forma recidivante-remittente, sviluppano entro 10 anni circa una forma secondariamente progressiva.

La **SM primariamente progressiva** (SM-PP), invece, è caratterizzata dall'assenza di vere e proprie ricadute; le persone (meno del 10%) presentano, fin dall'inizio della malattia, sintomi che iniziano in modo graduale e tendono a progredire lentamente nel tempo.

La SM produce sintomi multiformi che si possono associare tra loro. Questa interazione, specifica di questa patologia, porta a quadri clinici a volte complessi. Ogni sintomo può presentarsi con diversa gravità. La varietà dei disturbi dipende dal fatto che le lesioni demielinizzanti (placche) tipiche della malattia possono colpire aree diverse del sistema nervoso centrale e, quindi, possono essere colpite funzioni diverse. Per questo risulta particolarmente complesso valutare la SM e uniformare le diverse manifestazioni della malattia.

Difficoltà nel riconoscimento della sclerosi multipla

Il percorso di riconoscimento del grado di disabilità non è semplice e richiede tempi lunghi e procedure complesse. Nel caso della sclerosi multipla emerge, inoltre, una diffusa sottovalutazione da parte delle Commissioni di accertamento circa il reale impatto che le condizioni legate a questa patologia hanno sulla qualità di vita delle persone e ciò porta generalmente a valutazioni non rispondenti alle reali condizioni delle persone. In particolare si riscontrano percentuali di invalidità eccessivamente basse e mancato riconoscimento dello stato di handicap grave ai sensi dell'art.3 comma 3 della Legge n. 104/92 anche qualora ne ricorrano le condizioni socio-sanitarie. Questo comporta l'impossibilità di accedere, da parte delle persone con SM, ad agevolazioni previste da normative create appositamente per contrastare lo svantaggio sociale cui le persone con disabilità vanno incontro e garantire loro una buona qualità di vita.

La sclerosi multipla non è inserita nelle tabelle ministeriali del 1992[1] e pertanto ad essa non è associata una per-

centuale di invalidità civile minima o fissa. Si tratta, inoltre, di patologia che presenta sintomi e caratteristiche - come la fatica o le condizioni legate all'assunzione di alcuni farmaci, l'impegno diagnostico e terapeutico – che hanno un impatto sulla vita quotidiana non facilmente valutabili, ma molto rilevanti per la persona che vive con questa patologia. Accade dunque che la valutazione venga effettuata in maniera riduttiva soltanto in base ai sintomi presenti ed evidenti al momento della visita ed in maniera piuttosto superficiale.

Come viene valutata la disabilità nella SM?

In generale vengono utilizzate delle scale che consentono di avere valutazioni oggettive della situazione del singolo individuo, mediante confronti periodici che permettono un monitoraggio temporale del decorso della malattia. Tra quelle più comunemente impiegate nella valutazione complessiva della SM, anche negli studi clinici, vi è la Expanded Disability Status Scale (EDSS). Esistono comunque al-

tri strumenti che permettono al neurologo o al fisiatra di valutare, oltre che con l'esame obiettivo neurologico, la situazione clinica della persona; tra questi quelli più frequentemente impiegati sono: la **FIM** (Functional Independence Measure), che valuta la persona dal punto di vista demografico, della diagnosi clinica di malattia-causa, della diagnosi di menomazione e dal punto di vista "gestionale" e la **MsFc** (Multiple sclerosis Functional composite), utilizzata in particolare negli studi clinici, costituita da tre parti che valutano la funzione/ deambulazione degli arti inferiori, la funzione degli arti superiori e le funzioni cognitive.

Di norma viene chiesto ai neurologi dei Centri Clinici SM di redigere una relazione circa le condizioni di salute della persona con SM da presentare alla Commissione medico-legale della ASL per il riconoscimento dell'invalidità civile e dello stato di handicap.

Che cosa è la Scala EDSS (Expanded Disability Status Scale)?

La EDSS permette di determinare il grado di disabilità globale di una persona con SM e la sua evoluzione nel tempo. Se ripetuta a intervalli regolari, la valutazione dell'EDSS fornisce informazioni utili sulle caratteristiche di progressione della malattia e sull'efficacia di eventuali trattamenti in corso. Per ottenere il punteggio EDSS il neurologo dovrà valutare il coinvolgimento di differenti aree del sistema nervoso centrale detti sistemi funzionali che comprendono: il sistema piramidale, cerebellare, tronco encefalico, sensoriale, visivo, mentale. Il punteggio dell'EDSS varia da 0 a 10. (Si veda la tabella sottostante).

Non è comunque una scala che esaurisce completamente tutte le problematiche legate alla disabilità.

Tabella 1

| | |
|--|--|
| EDSS da 1 a 3.5: Il paziente è pienamente deambulante, pur avendo deficit neurologici evidenti in diversi settori (motorio, sensitivo cerebellare, visivo, sfinterico) di grado lieve o moderato, non interferenti sulla sua autonomia. | |
| Da un EDSS = 4 in su, i disturbi della deambulazione diventano preponderanti per il calcolo della disabilità secondo quanto segue: | |
| EDSS = 4 | Paziente autonomo, deambulante senza aiuto e senza sosta, per circa 500 metri |
| EDSS = 4.5 | Paziente autonomo, con minime limitazioni nell'attività completa quotidiana e deambulazione possibile, senza soste e senza aiuto, per circa 300 metri. |
| EDSS = 5 | Paziente non del tutto autonomo, con modeste limitazioni nell'attività completa quotidiana e deambulazione possibile senza soste e senza aiuto, per circa 200 metri. |
| EDSS = 5.5 | Paziente non del tutto autonomo, con evidenti limitazioni nell'attività completa quotidiana e deambulazione possibile, senza soste e senza aiuto, per circa 100 metri. |
| EDSS = 6 | Il paziente necessita di assistenza saltuaria o costante da un lato (bastone, grucce) per percorrere 100 metri senza fermarsi. |
| EDSS = 6.5 | Il paziente necessita di assistenza bilaterale costante, per camminare 20 metri senza fermarsi. |
| EDSS = 7 | Il paziente non è in grado di camminare per più di 5 metri, anche con aiuto, ed è per lo più confinato sulla sedia a rotelle, riuscendo però a spostarsi dalla stessa da solo. |
| EDSS = 7.5 | Il paziente può solo muovere qualche passo. È obbligato all'uso della carrozzella, e può aver bisogno di aiuto per trasferirsi dalla stessa. |
| EDSS = 8 | Il paziente è obbligato a letto non per tutta la giornata o sulla carrozzella. Di solito ha un uso efficiente di uno o di entrambi gli arti superiori. |
| EDSS = 8.5 | Il paziente è essenzialmente obbligato a letto. Mantiene alcune funzioni di autoassistenza, con l'uso discretamente efficace di uno od entrambi gli arti superiori. |

| | |
|---------------|--|
| EDSS = 9 | Paziente obbligato a letto e dipendente. Può solo comunicare e viene alimentato. |
| EDSS = 9.5 | Paziente obbligato a letto, totalmente dipendente. |
| EDSS = 10 | Morte dovuta alla patologia. |

Nella valutazione dei sintomi della SM possono essere utilizzate delle scale specifiche allo scopo di oggettivare i sintomi?

In linea generale è possibile applicare per ogni sintomo dei test valutativi specifici o delle scale di valutazione oggettive/soggettive che permettano di avere un ritorno quantitativo del disturbo in questione. In particolare per esempio nel caso della fatica le scale più comunemente impiegate, dal neurologo o dal fisiatra sono la FatigueSeverity Scale (FSS, scala di gravità della fatica), che fornisce una stima della gravità del sintomo e la ModifiedFatigue Impact Scale (MFIS, scala modificata dell'impatto della fatica) che valuta l'impatto della fatica sulle cosiddette ADL (Activities of Daily Living, cioè attività di base della vita quotidiana) del paziente con SM. Nel caso di disturbi cognitivi esistono delle

batterie di test che permettono di analizzare le varie aree cognitive (memoria, problemsolving, ecc.) in maniera oggettiva non solo per avere indicazioni sui possibili trattamenti da impiegare ma anche per avere riscontri oggettivi delle situazioni.

Note

1. Si fa riferimento al Decreto Ministeriale 5 febbraio 1992 “Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d’invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti”

2. Invalidità civile, stato di handicap e disabilità ai fini lavorativi: la richiesta, l'iter di presentazione della domanda, la visita

La procedura per presentare la richiesta di accertamento

La richiesta di riconoscimento dello stato di invalidità civile, disabilità e handicap va presentata dall'interessato o da chi lo rappresenta legalmente (genitore, tutore o amministratore di sostegno) o da chi ne cura gli interessi nel caso degli inabilitati (curatore), all'INPS territorialmente competente. La presentazione della domanda, informatizzata dal gennaio 2010, deve rispettare alcuni precisi passaggi.

Per prima cosa bisogna rivolgersi al medico curante (medico certificatore, che dovrà essere abilitato con INPS in tal senso) per il rilascio del **certificato introduttivo**[2]. Il costo del certificato è a carico del richiedente con cifre che possono essere anche molto variabili da un medico all'altro (si va indicativamente dai 35 ai 120 euro). Il servizio di redazione del certificato introduttivo è di norma previsto anche dai patronati.

Basandosi sui modelli di certificazione predisposti dall'INPS, il medico attesta la natura delle infermità invalidanti. Sul certificato sono riportati i dati anagrafici e le patologie invalidanti da cui il soggetto è affetto, con l'indicazione obbligatoria dei codici nosologici internazionali (ICD-9). Il medico deve indicare, se presenti, le menomazioni/deficit di cui al Decreto Ministeriale 2 agosto 2007, che elenca le patologie stabilizzate o ingravescenti che danno titolo alla non rivedibilità. Questo certificato va compilato su supporto informatico ed inviato telematicamente all'INPS. I medici certificatori, per eseguire questa opera-

zione, devono essere “accreditati” presso il sistema richiedendo all’INPS un PIN che li identificherà in ogni successiva certificazione.

Una volta compilato il certificato, il sistema informatizzato genera un codice univoco che il medico consegna all’interessato. Il medico deve anche stampare e consegnare il certificato introduttivo firmato in originale, che dovrà essere esibito al momento della visita in commissione. Il codice riportato nel certificato deve, inoltre, essere riportato nella domanda di accertamento da presentare all’INPS per l’abbinamento dei due documenti.

Il certificato ha validità 90 giorni^[3]: se non si presenta in tempo la domanda, il certificato perde validità ed è necessario richiederlo nuovamente al medico.

La presentazione della domanda all’INPS

Le domande per il riconoscimento dell’invalidità civile, della condizione di stato di handicap (ai sensi della legge 104/92) e per la certificazione sanitaria relativa al collocamento

mirato al lavoro delle persone con disabilità (Legge 68/99) devono essere presentate **solo per via telematica**. Si può fare autonomamente attraverso il sito www.inps.it , dopo aver acquisito il PIN (un codice numerico personale), oppure attraverso gli enti abilitati: associazioni di categoria per persone con disabilità, patronati sindacali, CAAF, altre organizzazioni (AISM non è ente abilitato alla presentazione della domanda).

Occorre precisare che tra gli enti sopra citati, i Patronati sono gli unici organismi che, oltre a poter eseguire la procedura per la compilazione e trasmissione telematica delle domande nella fase dell'accertamento dei requisiti sanitari, sono anche abilitati a seguire l'intero procedimento fino all'eventuale erogazione della prestazione[4].

Il PIN può essere richiesto direttamente dal **sito dell'Inps**, sezione dei Servizi on line (inserendo i dati richiesti saranno visualizzati i primo otto caratteri del PIN; la seconda parte del codice sarà successivamente recapitata per posta

ordinaria) oppure, in alternativa, tramite il Contact Center INPS (tel. numero 803164).

Nella fase di presentazione della domanda si abbina, mediante l'apposito codice, il certificato rilasciato dal medico (presente nel sistema) alla domanda che si sta presentando.

Nella domanda devono essere indicati i dati personali e anagrafici, le informazioni relative alla residenza e all'eventuale stato di ricovero, il tipo di riconoscimento richiesto (invalidità civile, handicap, disabilità, etc.).

La persona può indicare anche una casella di posta elettronica (che se è certificata consente comunicazioni valide da un punto di vista burocratico come le raccomandate) per ricevere le informazioni sul flusso del procedimento che la riguarda, tuttavia anche le informazioni già inviate in via telematica seguono poi la forma cartacea e la PEC è solo una possibilità in più, non obbligatoria.

Tutte le “fasi di avanzamento” possono essere consultate anche online nel sito dell’INPS, sia dal diretto interessato sia dai soggetti abilitati, grazie al codice di ingresso (PIN). È anche possibile, qualora esistano le condizioni, richiedere la visita domiciliare[5], attraverso il proprio medico abilitato[6] che compila ed invia, sempre per via telematica tramite il sito Inps, il certificato medico di richiesta di visita domiciliare almeno 5 giorni prima della data già fissata per la visita ambulatoriale. L’approvazione spetta poi al Presidente di Commissione.

È utile precisare che una sola domanda può contenere più richieste - la domanda di invalidità, di handicap e di disabilità. Questa possibilità può essere vantaggiosa, sia in termini di costi (con un unico certificato si possono richiedere più accertamenti) sia in termini di tempo poiché in una sola seduta vengono effettuate le varie valutazioni, nel rispetto delle specificità della composizione delle singole commissioni. I relativi risultati-verbali non necessariamente arriveranno contemporaneamente.

Come si svolgono le visite per l'accertamento

La Commissione Medica può, a partire dal 2010, accedere tramite PIN al fascicolo elettronico contenente la domanda d'invalidità e il certificato medico, introduttivo alla domanda, raccogliere la documentazione che il diretto interessato esibisce entro il giorno della visita (compreso), svolgere una breve visita medica il giorno indicato e richiedere ulteriori certificati e visite specialistiche alla persona. La persona, durante la visita, può farsi assistere - a sue spese - da un medico di propria fiducia.

Al termine della visita viene redatto il verbale elettronico che riporta l'esito, i codici nosologici internazionali (ICD-9) e l'eventuale indicazione di menomazioni/deficit indicati nel Decreto 2 agosto 2007 che comporteranno l'esclusione da successive visite di revisione.

Sono abilitati all'accesso a questi dati solo alcuni medici e funzionari, per contenere il rischio di abusi relativi alla riservatezza dei dati.

Tutta la documentazione sanitaria presentata nel corso della visita viene conservata e acquisita agli atti dall'ASL. Se il richiedente non si presenta alla visita, verrà riconvocato entro i successivi 3 mesi. Se nuovamente il diretto interessato non si presenta, la domanda perderà di validità e dovrà essere ripresentata. La mancata presenza anche alla seconda visita viene infatti valutata come una rinuncia alla domanda stessa.

Se, al termine della visita, il giudizio medico-legale viene espresso all'unanimità, il verbale deve essere tempestivamente sottoposto al Responsabile del Centro Medico Legale dell'INPS del territorio, o ad altro medico dell'Istituto, da lui delegato, per la validazione. L'accertamento definitivo spetta comunque all'INPS[7].

Il verbale definitivo sarà trasmesso da parte dell'INPS al domicilio del richiedente.

Nel caso in cui il riconoscimento ottenuto permetta di ottenere un beneficio economico, contestualmente verrà attivato il flusso amministrativo per la sua erogazione.

Se al termine della visita di accertamento, invece, il parere non è unanime, l'INPS sospende l'invio del verbale e acquisisce dalla ASL la documentazione sanitaria, che viene esaminata dal Responsabile del Centro Medico Legale dell'INPS. Questi può validare il verbale entro 10 giorni oppure procedere a nuova visita nei successivi 20 giorni.

In questo caso la visita viene effettuata da una Commissione medica costituita da un medico INPS (Indicato dal Responsabile del Centro Medico Legale e diverso dal componente della Commissione medica integrata) con funzione di Presidente al quale spetta il giudizio definitivo, da un medico rappresentante delle associazioni di categoria (ANMIC, ENS, UIC, ANFFAS) e, per le certificazioni relative alla Legge 104/1992 e 68/1999, anche da un operatore sociale.

La Commissione medica può avvalersi della consulenza di un medico specialista della patologia oggetto di valutazione. Le consulenze potranno essere effettuate da medici specialisti INPS o da medici già convenzionati con l'Istituto.

A conclusione dell'iter sanitario, il verbale viene inviato al diretto interessato in duplice copia: una in versione integrale contenente tutti i dati sensibili e una contenente solamente il giudizio finale per un eventuale uso amministrativo.

Se il giudizio finale prevede l'erogazione di provvidenze economiche, si chiede di inserire online i dati richiesti (ad esempio reddito personale, eventuale ricovero a carico dello Stato, frequenza a scuole o centri di riabilitazione, coordinate bancarie). Anche queste informazioni finiscono nella "banca dati" e completano il profilo della persona ai fini dell'invalidità civile, handicap e disabilità. Il procedimento si conclude con l'erogazione delle provvidenze economiche nei casi in cui ne sia riconosciuto il diritto sulla base dei requisiti sanitari e socio economici.

I fascicoli elettronici dei verbali conclusi vengono archiviati nel Casellario Centrale di Invalidità gestito dall'INPS.

Note

2. Il certificato medico introduttivo non è necessario nel caso in cui si richieda la sola visita della disabilità a fini lavorativi (L. 68/99).
3. Si veda messaggio INPS n. 28110 del 9 novembre 2010. Precedentemente aveva validità 30 giorni.
4. Si veda messaggio INPS n. 2816 del 29 gennaio 2010.
5. La visita domiciliare può essere richiesta qualora la persona sia intrasportabile (ovvero quando il trasporto può comportare un grave rischio per l'incolumità e la salute della persona).
6. Art. 1 comma DPR n. 698/84.
7. Art 20, comma 1, Legge 102/2009.

3. Accertamento dello stato di invalidità civile

3.1 Che cosa è

In termini generali, possono essere considerati invalidi civili tutte le persone - indipendentemente dall'età, sesso e attività lavorativa - affette da menomazioni fisiche o psichiche che incidono sulle capacità di svolgere compiti e funzioni tipiche dell'età e sulle capacità lavorative[8]. L'invalidità è "civile" quando non deriva da cause di servizio, di guerra, di lavoro.

L'accertamento dell'invalidità civile mira a valutare la riduzione della capacità lavorativa e associa un valore a

tale riduzione in termini percentuali, partendo dal 100% dell'integrità psicofisica della persona.

La percentuale viene determinata in base a:

- l'entità della perdita anatomica o funzionale, totale o parziale, di organi o apparati;
- la possibilità o meno di applicare apparecchi protesici che garantiscano il ripristino funzionale degli organi ed apparati lesi;
- l'importanza che riveste, nelle attività lavorative, l'organo o apparato sede del danno anatomico o funzionale.

Al momento è obbligatorio per le commissioni utilizzare quali riferimenti per le valutazioni dell'invalidità le tabelle di cui al D.M. 5 febbraio 1992, che riportano le diverse infermità, individuate specificamente, e attribuiscono loro una percentuale "fissa", oppure - quando il danno funzionale può entro certi limiti variare - un intervallo di valori percentuali entro cui dare un punteggio a quella specifica menomazione.

L'uso della tabella richiede, dunque, l'analisi e l'attribuzione di una misura percentuale per ciascuna menomazione anatomico-funzionale che la persona presenta e dei suoi riflessi negativi sulla capacità lavorativa.

Le infermità plurime danno luogo ad una particolare sommatoria detta scalare (il risultato è sempre inferiore alla somma dei diversi punteggi) che determina, comunque, una valutazione complessiva delle condizioni funzionali del soggetto. Viene anche preso in considerazione l'eventuale uso di protesi efficaci e ben tollerate.

Molte infermità, come appunto la sclerosi multipla, non sono tabellate ma, in ragione della loro natura e gravità, è possibile esprimerne il danno percentuale con criterio analogico rispetto a quelle presenti nelle tabelle del 1992.

Inoltre, come si è detto, il danno funzionale permanente è riferito alla capacità lavorativa generica, ma la Commissione può aumentare il valore tabellare nel caso in cui vi sia un'importante incidenza sulle occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto (capacità lavorativa cosiddetta semi-

specifica) e sulla capacità lavorativa specifica (cioè il lavoro effettivamente svolto).

La sclerosi multipla è una malattia non tabellata a causa dell'estrema variabilità delle sue manifestazioni che mutano nel tempo e da persona a persona. In sede di accertamento vengono prese in considerazione le singole menomazioni funzionali (ad esempio paresi, disequilibrio, depressione), ma purtroppo alcuni sintomi associati alla malattia, soprattutto quelli "invisibili" (esempio la fatica, il dolore), non sono a loro volta presenti in tabella ed è pertanto frequente che vengano sottovalutati se non addirittura ignorati.

3.2 Quali benefici comporta

L'accertamento di un determinato grado di invalidità può comportare alcuni benefici, diversi in relazione alla percentuale riconosciuta.

Se l'invalidità complessiva risulta inferiore ad un terzo (inferiore al 33%), non dà luogo ad alcun diritto e sul certificato conclusivo compare la dizione “non invalido”.

In tutti gli altri casi viene riconosciuta la possibilità di accedere ad alcuni benefici, i principali dei quali sono elencati nella tabella che segue.

Tabella 2

| Invalidità minima | Benefici |
|--|--|
| dal 33% al 45% | Concessione gratuita di ausili e protesi |
| 46% | Diritto all'iscrizione nelle liste di collocamento mirato |
| ≥50% | Diritto a usufruire del congedo straordinario per cure ^[9] |
| 60% | Possibilità per chi già lavora di essere incluso nella quota di riserva delle categorie protette |
| ≥66% | Esenzione totale dal pagamento tasse universitarie |
| 67% | Esenzione parziale pagamento ticket |
| ≥74% | 2 mesi di contributi figurativi maturati in più per ogni anno lavorato |
| <p>Alcune di queste indicazioni, in particolare rispetto alle esenzioni dal pagamento del ticket, sono passabili di variazioni a livello regionale.</p> | |

3. Accertamento dello stato di invalidità civile

| Invalidità minima | Benefici |
|--|---|
| da 74% a 99% | Assegno mensile di invalidità (con limite di reddito personale ed età tra 18 e 65 anni) |
| ≥80% | Pensionamento anticipato, per vecchiaia, di 5 anni rispetto alla generalità dei lavoratori |
| 100% | Pensione di inabilità (con limite di reddito ed età tra 18 e 65 anni) e esenzione totale pagamento ticket |
| 100% + non autonomia nella deambulazione o necessità di assistenza per lo svolgimento degli atti di vita quotidiana | Indennità di accompagnamento (senza limiti di reddito ed età) |
| 100% con riconoscimento dell'indennità di accompagnamento per incapacità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore | Agevolazioni fiscali su acquisto o adattamento autovetture (Iva al 4%, Detrazione Irpef 19%) senza necessità di adattamento |
| Alcune di queste indicazioni, in particolare rispetto alle esenzioni dal pagamento del ticket, sono passabili di variazioni a livello regionale. | |

3.3 Da chi è composta la Commissione ASL per l'accertamento

L'accertamento delle minorazioni civili viene effettuato da specifiche Commissioni mediche operanti presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL)[10].

La Commissione è composta da un medico specialista in medicina legale che assume le funzioni di presidente e da due medici di cui uno scelto prioritariamente tra gli specialisti in medicina del lavoro. I medici sono scelti tra i medici dipendenti o convenzionati della ASL territorialmente competente.

Alla Commissione partecipa, inoltre, un sanitario in rappresentanza, rispettivamente, dell'*Associazione nazionale dei mutilati ed invalidi civili* (ANMIC), dell'*Unione italiana ciechi* (UIC), dell'*Ente nazionale per la protezione e l'assistenza ai sordomuti* (ENS) o dell'*Associazione nazionale delle famiglie dei fanciulli ed adulti subnormali* (ANFFAS), ogni qualvolta devono pronunciarsi su invalidi appartenenti alle rispettive categorie. Tale Commissione è integrata^[11] da un medico INPS quale competente effettivo^[12]. Quando il medico INPS non è presente in prima commissione il verbale ASL viene trasmesso al Centro Medico Legale dell'INPS per validazione. Il Centro Medico Legale INPS può effettuare la propria valutazione agli atti oppure convo-

cando nuovamente la persona a visita diretta. Nella commissione di valutazione dell'invalidità non è prevista la figura del medico specialista della patologia, medico che invece deve essere presente, per dettato di legge, nell'ambito dell'accertamento dello stato di handicap (L. 104/92) e della disabilità a fini lavorativi (L. 68/99).

3.4 Documenti da presentare alla visita

Occorre premettere che in sede d'invalidità civile tutte le patologie, e non solo quella principale (nel nostro caso la SM), concorrono a determinare lo stato di salute del soggetto e di conseguenza il punteggio di invalidità, per cui è opportuno che tutte siano evidenziate e documentate.

Poiché l'unico documento a disposizione della Commissione è il primo certificato emesso dal medico curante, l'interessato dovrà portare con sé (in copia, perché la Commissione trattiene la documentazione e non è prudente lasciare gli originali che potrebbero essere persi) tutto ciò che comprova le sue condizioni di salute.

È importante, ad esempio, esibire tutti quei documenti che attestino le condizioni della persona, con riferimento alla storia clinica della stessa, alla tipologia di SM e alle sue modalità di decorso, agli interventi terapeutici messi in atto ed ai loro eventuali effetti collaterali. Inoltre potrà essere utile portare documentazioni di visite o esami diagnostici specialistici che fanno riferimento a sintomi attribuibili alla SM, come per esempio disturbi visivi certificati dall'oculista (annebbiamento della vista, visione sdoppiata, nistagno persistente) o esami come il campo visivo, potenziali evocati, schermo di Hess. Tali certificazioni sono particolarmente utili nei casi di presenza di sintomi invisibili, i cui disturbi non sono immediatamente riscontrabili da chi osserva la persona, come ad esempio disturbi cognitivi, fatica, dolore neuropatico, problemi psicologici, che non creano disabilità evidenti ad una visita sommaria ma che, invece, influiscono negativamente sulle attività della vita quotidiana, influenzando così la qualità della vita.

Se non si ha alcuna documentazione di questo tipo, si può prendere in considerazione la possibilità di far eseguire, prima della visita di accertamento, test di valutazione specifici che permettano di dimostrare l'esistenza di tali disturbi, tramite utilizzo di scale e test specifici.

La documentazione medica redatta dai singoli specialisti dovrà essere la più completa e dettagliata possibile, con riferimenti anche all'impatto che quel determinato disturbo ha sulle attività quotidiane, lavorative e non. In ultimo, quindi, potrebbe essere utile non accontentarsi delle cartelle cliniche e dei fogli di dimissione già in possesso, ma richiedere relazioni ad hoc degli specialisti, che evidenzino quanto sopra, considerando anche che per l'iter d'invalidità vengono richiesti documenti sanitari recenti. Si tenga presente che è, invece, preferibile non "invadere" la commissione di documentazione in quanto il rischio è che non venga letta o che comunque la commissione non si concentri poi sui documenti effettivamente utili (evitare ad esempio di presentare documenti quali vecchi referti di neuroimmagini -

risonanza magnetica - e altri documenti vecchi se non utili a ripercorrere la storia della malattia e la sua evoluzione).

3.5 Come viene valutata la SM: esempi concreti

Come abbiamo visto, ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile al momento attuale il parametro di riferimento è la capacità lavorativa generica, cioè senza riguardo all'effettiva attività lavorativa svolta, o che potrebbe essere svolta dal soggetto da esaminare. In pratica, ciò che rileva è il deficit funzionale che dà luogo ad una ridotta efficienza del soggetto in una o più possibili prestazioni lavorative.

Perciò bisogna tenere presente che la persona con SM non sarà valutata in base alla diagnosi di malattia (sclerosi multipla) ma in base alle minorazioni funzionali che presenta (ad esempio paresi, atassia e così via).[13]

La persona, sulla base di quanto indicato nel certificato del medico curante, è sottoposta a una breve anamnesi (la commissione richiede alla persona informazioni sul suo

stato di salute e sulle sue difficoltà) e a un esame clinico (visita medica vera e propria), ma per la sua complessità delle diverse situazioni è sempre opportuno presentarsi alla visita medica con una documentazione il più possibile dettagliata. Possono essere essenziali gli inquadramenti diagnostici ben precisati (ad esempio lettere di dimissione da ricoveri ospedalieri) e i risultati delle visite specialistiche (ad esempio visita neurologica, visita oculistica), degli accertamenti strumentali (ad esempio elettroencefalografia, campo visivo), di altre indagini strutturate (ad esempio valutazione psicodiagnostica, valutazione del terapeuta della riabilitazione), che contribuiscono efficacemente a una precisa caratterizzazione diagnostica e valutazione quantitativa dei deficit funzionali.

Poiché il sistema tabellare è piuttosto rigido, è particolarmente importante curare **due aspetti**: documentare l'entità dei deficit che possono essere in qualche modo quantificati (ad esempio deficit visivo, disturbi cognitivi e così via sono valutati in modo graduato secondo la loro gravità), ed evi-

denziare in modo specifico tutte le componenti della sintomatologia che possono essere descritte separatamente (ad esempio disartria, disfagia, disturbi della funzione intestinale, disturbi della respirazione che sono entità tabellate separatamente). Come sempre, l'uso di descrittori strutturati (ad esempio EDSS, FSS, etc.) è molto utile perché aiuta la Commissione a valutare in modo equo ed evita delusioni e contenziosi. Per lo stesso motivo, è importante non dimenticare eventuali altre patologie o minorazioni indipendenti dalla SM, ma che possono costituire un ulteriore elemento di valutazione che andrà a sommarsi con quelli relativi alla diagnosi principale. Bisogna riconoscere che sintomi scarsamente obiettivabili come la fatica trovano difficilmente spazio in un sistema relativamente rigido e "grosso-lano" come quello descritto, ma possono essere adeguatamente evidenziati nelle certificazioni esemplificate più sopra al fine di incrementare la valutazione percentuale di deficit più specifici quali i deficit di forza segmentali.

Infine va rilevato che attualmente, nella prassi concreta delle visite, la parte di visita medica è molto contenuta e ci si limita ad alcune piccole ‘prove’ (ad esempio il medico chiede di stringergli le mani o di fare alcuni passi nella stanza, viene effettuata visita oculistica, viene fatta la valutazione dei riflessi osteotendinei); per questo diventa ancora più importante documentare la propria situazione di salute.

3.6 Come si legge il verbale

Quando si riceve il verbale d’invalidità è importante verificare:

Stato d’invalidità riconosciuto: lo si vede dalla terza parte del verbale, prima delle firme ed è in genere indicato come segue:

| | |
|---|---|
| non invalido | <i>Assenza di patologie o riduzione della capacità lavorativa inferiore ad 1/3: Non dà diritto a nessun beneficio economico né ad agevolazioni di alcun tipo.</i> |
| invalido con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura superiore ad 1/3 (art. 2, L. 118/1971). | <i>Qui viene anche indicata una percentuale che può andare dal 33% al 66% da verificare per capire a quali benefici si può accedere.</i> |

3. Accertamento dello stato di invalidità civile

| | |
|---|---|
| invalido con riduzione permanente della capacità lavorativa in misura superiore ai 2/3 (artt. 2 e 13, L. 118/1971). | <i>Riconoscimento di una percentuale d'invalidità compresa tra il 67% e il 73% da verificare per capire a quali benefici si può accedere.</i> |
| invalido con riduzione permanente con invalidità pari o superiore al 74% (artt. 2 e 13, L. 118/1971). | <i>Qui viene indicata la percentuale precisa tra il 74% ed il 99% da verificare per capire a quali benefici si può accedere.</i> |
| invalido con totale e permanente inabilità lavorativa (artt. 2 e 12, L. 118/1971): 100%. | <i>Dà diritto (alle persone di età compresa tra il 18 e i 65 anni e 3 mesi)[14] alla pensione di invalidità concessa agli invalidi civili che non superino il limite di reddito personale definito annualmente. Non è incompatibile con lo svolgimento di attività lavorativa o di idoneità alla guida (che viene accertata con altri criteri da un'altra Commissione).</i> |
| invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L. 18/1980 e L. 508/1988). | <i>Dà diritto all'indennità di accompagnamento, erogata indipendentemente dal reddito personale ed è riconosciuta in ragione dell'impossibilità di deambulare autonomamente.</i> |
| invalido con totale e permanente inabilità lavorativa 100% e con necessità di assistenza continua non essendo in grado di svolgere gli atti quotidiani della vita (L. 18/1980 e L. 508/1988). | <i>Dà diritto all'indennità di accompagnamento, erogata indipendentemente dal reddito personale ed è riconosciuta in ragione della necessità per la persona di assistenza continua nello svolgimento degli atti quotidiani.</i> |

3. Accertamento dello stato di invalidità civile

| | |
|--|--|
| ultra65enne con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie della sua età (art. 9 D.Lgs. 509/1988). | <i>Non dà diritto ad alcuna provvidenza economica e la percentuale d'invalidità per le persone con più di 65 anni non viene valutata in ragione della riduzione della capacità al lavoro. Dà diritto all'assistenza sanitaria: ad esempio: esonero parziale o totale da ticket.</i> |
| ultra65enne con impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore (L. 18/1980 e L. 508/1988). | <i>Dà diritto all'indennità di accompagnamento erogata indipendentemente dal reddito personale, ma legata all'assenza di ricovero a titolo gratuito in struttura pubblica e di percezione di prestazioni analoghe erogate da altri enti. È riconosciuta in ragione dell'impossibilità a deambulare autonomamente.</i> |
| ultra65enne con necessità di assistenza continua non essendo in grado di svolgere gli atti quotidiani della vita (L. 18/1980 e L. 508/1988). | <i>Dà diritto all'indennità di accompagnamento erogata indipendentemente dal reddito personale, ma legata all'assenza di ricovero a titolo gratuito in struttura pubblica e di percezione di prestazioni analoghe erogate da altri enti. È riconosciuta della necessità per la persona di ricevere assistenza continua nello svolgimento di attività quotidiane.</i> |

Inoltre, possono essere indicate anche le seguenti diciture (che meno frequentemente possono interessare le persone con SM):

- *minore con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età o con perdita uditiva superiore a 60 decibel nell'orecchio migliore nelle frequenze 500, 1000, 2000 hertz (L. 289/1990).*

- *cieco con residuo visivo non superiore ad un ventesimo in entrambi gli occhi con eventuale correzione (L. 382/1970 e 508/1988).*
- *cieco assoluto (L. 382/1970 e L. 508/1988).*
- *sordomuto (L. 381/1970 e L. 508/1988).*

Se nel verbale si trovano le diciture:

- “si ravvisa la necessità che la persona si ripresenti a visita il ...(con indicato un anno)”;
- “rivedibile fra ...” (con indicato un termine esempio fra due anni, fra 1 anno),

si intende che il verbale scade nella data indicata dalla commissione e che la sua durata è limitata nel tempo. Per prorogarlo o convalidare di nuovo e per evitare l'interruzione dell'eventuale prestazione assistenziale percepita, la persona dovrà sottoporsi nuovamente ad una visita di verifica del suo stato di salute (miglioramento, aggravamento o invariabilità delle condizioni). Se la persona non

si sottopone a questa revisione (verifica ordinaria), perde il diritto ai benefici.

È consigliabile che sia la persona ad informarsi sulla visita di verifica almeno 4/6 mesi prima della scadenza del verbale per essere sicura di essere richiamata per tempo. Infatti se non ci si presenta, ma anche se non viene fissata una visita (e le ASL a volte si dimenticano di convocare), il verbale scade e si perde il diritto ai benefici.

I verbali di riconoscimento dell'invalidità civile riportano l'eventuale revisione del verbale stesso, che può essere variabile (di solito 1, 2 o 3 anni). Il verbale può anche indicare che la persona non sarà più oggetto di revisione ai sensi della Legge n.80/2006 e del D.M. 2 agosto 2007. Qualora il verbale non riporti alcuna indicazione in termini di revisione significa che una revisione non è prevista ma che la persona potrà in ogni momento essere richiamata a visita straordinaria.

3.7 Come funzionano le visite di revisione ordinaria e di verifica straordinaria e come si ottiene l'esonero

Le verifiche sanitarie possono essere di due tipi: **visite di revisione programmate (ordinarie)**, se sono già indicate nel verbale di accertamento della Commissione ASL; oppure **visite straordinarie**, se si viene chiamati a estrazione nel corso di programmi di verifica generali, stabiliti a livello nazionale.

In caso di verifica straordinaria, invece, capita spesso purtroppo che si venga chiamati a visita con poco preavviso e non si abbia il tempo di preparare la documentazione sanitaria. È consigliabile in questo caso avere almeno una relazione di uno specialista abbastanza recente che descriva le proprie condizioni o in ogni caso, riportare copia della certificazione più recente di cui si è in possesso (o chiedere se possibile di rimandare la visita per avere un po' di tempo per preparare la documentazione).

In particolare, a partire dal 2009 è stato avviato un piano straordinario di verifiche da parte dell'INPS per la ricerca

dei “falsi invalidi” che nella pratica ha comportato non pochi problemi alle persone con disabilità, comprese quelle con SM.

I criteri di convocazione a verifica straordinaria vengono stabiliti di volta in volta e possono variare. Il criterio individuato nel 2011 per le convocazioni a visita è stato ad esempio quello di richiamare gli invalidi civili il cui certificato d'invalidità prevedesse già una **revisione fra luglio e dicembre 2011** (ovvero verbali già in scadenza).

La visita di revisione può comportare:

- la conferma del requisito sanitario (riscontrando la permanenza della patologia e della percentuale di invalidità accertata in precedenza) e di conseguenza la conferma del beneficio economico eventualmente goduto,
- un declassamento del grado di invalidità precedentemente riconosciuto o l'assenza dello stato di invalidità,

- un riconoscimento di aggravamento del complessivo stato psicofisico.

È utile precisare che, anche se lo stato invalidante a suo tempo accertato appare palesemente aggravato in occasione di una verifica straordinaria, non sarà possibile valutare e refertare questo aggravamento in questa sede. La Commissione medica in questione infatti ha il solo compito di verificare la permanenza o meno dello stato invalidante esistente al momento della precedente visita. Se l'interessato intende ottenere una nuova valutazione che prenda in considerazione il peggioramento del proprio stato psico-fisico, dovrà necessariamente presentare domanda per una nuova visita per l'aggravamento.

Molte persone con SM in questi anni sono state chiamate a visita nonostante il possesso dei requisiti per l'esonero totale (L. 80/2006), comprovati da documentazione inviata a INPS e non sono mancati casi di abbassamento della percentuale invalidità a persone con situazioni stabilizzate

o ingravescenti contro i quali molte persone hanno dovuto presentare ricorso.

Quando si riceve la lettera di convocazione a visita straordinaria è importante sapere che i soggetti portatori di menomazioni o patologie stabilizzate o ingravescenti, con il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento sono esonerati da ogni visita medica di verifica[15].

L'INPS invia alla persona una prima comunicazione in cui invita all'invio di documentazione e solo dopo aver preso visione della documentazione decide se convocare la persona a visita diretta o se definire la situazione agli atti (ovvero sulla sola base della documentazione). In questa fase è possibile che l'INPS riconosca che la persona non è appunto rivedibile e pertanto risponde alla persona dicendo che è stata sufficiente la valutazione agli atti e prevedendo l'esonero totale da ogni eventuale visita di revisione. Se invece l'INPS non ritiene sufficiente la documentazione, convoca la persona a visita diretta ed in questo caso la persona deve necessariamente presentarsi a visita sem-

pre presentando la documentazione idonea a comprovare le proprie condizioni. Se la persona ritiene però di essere in possesso dei requisiti di cui alla Legge 80/2006 e DM 2 agosto 2007 può in sede di visita rivendicare l'applicazione di tali norme in modo da non dover più sottoporsi a ulteriori valutazioni. Si tenga presente che solo la risposta scritta di INPS in cui si preveda l'esonero da qualunque visita di revisione è valida quindi occorre pretendere che tale notifica venga inviata all'interessato, il quale potrà farla valere in caso di eventuali successive convocazioni illegittime.

In ogni caso è sempre opportuno presentarsi alla visita perché in caso di assenza senza giustificato motivo viene adottato un provvedimento di sospensione immediata della prestazione economica. L'interessato è tenuto a fornire idonee giustificazioni entro 90 giorni dalla data del provvedimento di sospensione. Se non vengono presentate motivazioni o se queste non sono considerate valide, le prestazioni economiche vengono revocate del tutto. Diversamente se le giustificazioni sono ritenute valide, viene fissata una

nuova data di visita medica. Nel caso in cui il diretto interessato non si presenti nuovamente allora la prestazione economica in precedenza sospesa viene revocata.

La **Legge 80 del 9 marzo 2006** stabilisce che “i soggetti portatori di menomazioni o patologie stabilizzate o ingraescenti (...) che abbiano dato luogo al riconoscimento dell’indennità di accompagnamento o di comunicazione, sono esonerati da ogni visita medica finalizzata all’accertamento della permanenza della minorazione civile o dell’handicap”. Il successivo Decreto Ministeriale 2 agosto 2007 individua l’elenco di patologie e menomazioni rispetto alle quali sono esclusi gli accertamenti di controllo e di revisione correlato dalla relativa documentazione sanitaria richiesta per attestarle, che dovrà accompagnare la relativa richiesta di esonero.

Qualora la documentazione sanitaria non sia già acquisita agli atti dalla ASL o, qualora acquisita, non risulti completa-

mente chiara, il paziente dovrà presentare documentazione idonea a comprovare la minorazione, compresa eventuale certificazione medica specialistica e/o esami diagnostici con relativi referti.

La Sclerosi Multipla non compare direttamente nell'elenco delle patologie di cui al Decreto Ministeriale bensì è possibile individuare alcuni punti che contemplano quadri sintomatici appartenenti alla malattia stessa.

Riportiamo la parte di testo del Decreto Ministeriale 2 agosto 2007 in cui sono evidenziati i 3 punti in cui può rientrare la situazione di una persona con SM.

In particolare, la certificazione medica specialistica dovrà indicare chiaramente la corrispondenza della sintomatologia presentata dalla persona con SM con uno o più dei punti presenti nell'elenco (4, 8, 11). Ogni punto precisa attraverso quali strumenti e modalità il medico debba certificare l'appartenenza alla condizione indicata nel punto stesso.

4. **Perdita anatomica o funzionale bilaterale degli arti superiori e/o degli arti inferiori**, ivi comprese le menomazioni da sindrome da talidomide. Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale. Valutazione funzionale della menomazione con descrizione della concreta possibilità o impossibilità motivata di utilizzo di protesi, ortesi e/o ausili.
8. **Patologie e sindromi neurologiche di origine centrale o periferica**, (come al punto 4). Atrofia muscolare progressiva; atassie; afasie; lesione bilaterale combinate dei nervi cranici con deficit della visione, deglutizione, fonazione o articolazione del linguaggio; stato comiziale con crisi plurisettimanali refrattarie al trattamento. Diagnosi della specifica condizione patologica causa di grave compromissione dell'autonomia personale. Valutazione prognostica. Valutazione funzionale:
-

tono muscolare; forza muscolare; equilibrio e coordinazione; ampiezza e qualità del movimento; prassie, gnosie; funzioni dei nervi cranici e spinali; linguaggio; utilizzo di protesi, ortesi e/o ausili.

11. **Deficit totale della visione.** Diagnosi della specifica condizione patologica causa di cecità e conseguente grave compromissione dell'autonomia personale. Valutazione funzionale: visus naturale e corretto in OO (spento, motumanu, ombra luce); ERG e PEV destrutturati; campo visivo binoculare inferiore al 3%, indipendentemente dal residuo visivo in OO o diagnostica con neuroimmagini.
-

Note

8. L'esatta definizione (Legge 118/1971) riporta: "Si considerano mutilati ed invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali, che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età".

9. Ex art. 7 d.lgs. N. 119/2011.

10. Come stabilito dal Decreto ministeriale 5 febbraio 1992 che definisce le modalità per la valutazione dell'invalidità civile, della cecità civile e del sordomutismo.

11. A partire dal 1 gennaio 2010 in base a quanto previsto dalla Legge 3 agosto 2009, n. 102, articolo 20 le commissioni di prima istanza della ASL sono integrate con un medico INPS, quale componente effettivo.

12. Al momento in cui scriviamo neanche la metà delle ASL vede la presenza effettiva del medico INPS in quanto il numero di medici INPS disponibili non è sufficiente a coprire le esigenze.

13. Le linee guida INPS per l'accertamento degli stati invalidanti (si veda estratto a fondo libro) del luglio 2012, in controtendenza con le vecchie tabelle, riportano una tabellazione che comprende la SM ma sono utilizzate dai valutatori INPS mentre non hanno alcuna ricaduta diretta sulle valutazioni delle commissioni ASL, che pertanto formalmente devono ancora attenersi alle vecchie tabelle del 1992.

14. Dal 1° gennaio 2013 il requisito anagrafico massimo previsto per il conseguimento dell'assegno mensile di assistenza agli invalidi parziali, della pensione di inabilità civile e per gli invalidi totali, sarà adeguato all'aumento delle aspettative di vita calcolate dall'ISTAT, così come previsto dalla riforma pensionistica introdotta dal governo Monti con la legge 214/2011 e precisato da INPS con messaggio n. 16587 del 12 ottobre 2012. Quindi da gennaio 2013, il requisito anagrafico entro il quale è consentito presentare domande di accertamento medico è 65 anni e 3 mesi (e non più solo 65 anni). Nel 2016 sono previsti ulteriori adeguamenti.

15. L'elenco delle patologie che danno diritto all'esonero è contenuto nel decreto attuativo della L. 80/2006 e dal decreto Ministeriale del 2 agosto 2006. Il modello fac-simile AISM per certificare le condizioni per ottenere l'esonero è disponibile a fondo libro.

4. Accertamento dello stato di handicap (Legge n. 104/1992)

4.1 Che cosa è

Per persona con handicap si intende “colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.”^[16] Pertanto, la situazione di handicap non viene riconosciuta in misura percentuale bensì in termini assoluti, graduati soltanto in base alla gravità dello svantaggio sociale (handicap cosiddetto lieve, oppure handicap grave per il quale

sono previste maggiori tutele). L'articolo 3, comma 3, della Legge n. 104/92 stabilisce che *“Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume **connotazione di gravità**”*. L'articolo prosegue specificando che *“le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici”*. L'handicap dunque non è la menomazione (ovvero il danno all'integrità psico-fisica dell'individuo), ma lo svantaggio che si ha rispetto a riconosciuti canoni di “normalità” nell'affrontare le comuni situazioni della vita (spostarsi, andare a scuola, lavorare, divertirsi) svantaggio che implica l'insorgenza di un bisogno e quindi della necessità di un aiuto materiale da parte di terzi. L'handicap rappresenta, insomma, l'estrinsecazione sociale della disabilità. In sede di valutazione dell'handicap è necessario identificare la tipologia delle difficoltà di apprendimento, relazio-

ne, integrazione lavorativa contestualmente agli svantaggi sociali ed alle singole forme di emarginazione che ne derivano.

La valutazione prescinde dall'apprezzamento della capacità produttiva e considera il valore della persona nel contesto sociale, le sue possibilità di conservare un dignitoso rapporto interpersonale e sociale, di avere assicurata la partecipazione alla vita collettiva ed alle attività socialmente utili.

L'handicap è una condizione soggettiva, che dipende dalle esigenze della persona con disabilità: una persona sulla sedia a rotelle è sicuramente disabile, ma potrebbe potenzialmente non avere handicap se venissero eliminate tutte le barriere architettoniche e non le fosse precluso alcun aspetto della vita sociale.

4.2 Quali benefici comporta

Il riconoscimento dello stato di handicap consente di accedere a interventi di sostegno che sono finalizzati a:

- a. garantire il pieno rispetto della dignità umana e dei diritti di libertà e di autonomia della persona, promuovendone la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società;
- b. prevenire e rimuovere le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali;
- c. perseguire il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e assicurare i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona;
- d. predisporre interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione.

La certificazione dello stato di handicap e di handicap grave è fondamentale perché da essa dipendono agevolazioni di tipo economico, fiscale, lavorativo e sociale.

Il diritto alle prestazioni è previsto in base alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e all'efficacia delle terapie riabilitative.

| Benefici conseguenti al riconoscimento di handicap non grave (art. 3 comma 1) |
|--|
| Agevolazioni fiscali per acquisto di protesi, ausili e sussidi tecnici informativi (Iva agevolata 4% e detrazione Irpef 19%) |
| Agevolazioni fiscali in materia di auto (esenzione bollo e imposta trascrizione, acquisto e adattamento vetture con Iva al 4% e detrazione Irpef al 19%), per i titolari di patente speciale con ridotte o impedito capacità motorie |
| Agevolazioni fiscali per l'eliminazione di barriere architettoniche |
| Detraibilità protesi e ausili |
| Agevolazioni fiscali per spese mediche generiche e di assistenza specifica |
| Scelta delle priorità tra le sedi disponibili e precedenza in sede di trasferimento a domanda per i dipendenti pubblici con invalidità superiore ai 2/3 |

| Benefici conseguenti al riconoscimento di handicap grave (art. 3 comma 3) |
|--|
| Oltre a quelli già indicati per le situazioni di handicap si aggiungono i seguenti: |
| Prolungamento del congedo parentale per la durata di 3 anni fino all'8° anno di età del bambino per il genitore che assista il figlio portatore di handicap grave. |
| Permessi lavorativi per lavoratori disabili (3 giorni mensili o alternativamente due ore giornaliere) |
| Permessi lavorativi per familiari di persone disabili (3 giorni mensili) |

| Benefici conseguenti al riconoscimento di handicap grave (art. 3 comma 3) |
|--|
| Trasferimento di sede e scelta della sede di lavoro (qualora possibile) |
| Congedo straordinario retribuito di due anni per il familiare della persona con disabilità |
| Agevolazioni fiscali in materia di auto, (Iva al 4% e detrazione Irpef del 19% sull'acquisto di auto o adattamenti, esenzione bollo, esenzione imposta di trascrizione sui passaggi di proprietà) anche per chi non ha patente speciale. Per tali agevolazioni occorre, oltre al certificato di handicap grave, il riconoscimento certificato della grave difficoltà nella deambulazione |
| Agevolazioni fiscali spese sanitarie per persone disabili e per familiari |
| Agevolazioni su successioni e donazioni |
| Quando la persona ha un handicap grave riconosciuto e richiede prestazioni sociali agevolate (ad esempio ricovero in struttura residenziale) i Comuni non sono autorizzati a richiedere la contribuzione economica da parte dei familiari ma devono considerare il reddito del solo interessato. |

Inoltre, i certificati di invalidità ed handicap possono essere richiesti per la concessione di servizi o agevolazioni previste a livello regionale o locale (ad esempio aiuti economici per l'assistenza personale nelle forme dell'assegno di cura, assegno servizi, fondo per la non autosufficienza, contributi per la vita indipendente e per servizi come l'assistenza domiciliare o per la concessione di agevolazioni economiche o tributarie locali). Questi benefici possono variare molto da

una Regione all'altra (nel caso di tributi locali anche da un Comune all'altro).

4.3 Da chi è composta la commissione ASL di accertamento

Le Commissioni deputate alla valutazione della situazione di handicap sono le medesime previste per l'accertamento dell'invalidità^[17] (commissione composta da un medico specialista in medicina legale che assume le funzioni di presidente, da due medici di cui uno scelto prioritariamente tra gli specialisti in medicina del lavoro^[18] e da un sanitario in rappresentanza di una delle seguenti Associazioni ogni qualvolta debbano pronunciarsi su invalidi appartenenti alle rispettive categorie: ANMIC, UIC, ENS, ANFFAS), dal 1° gennaio 2010 anche dal medico INPS come membro effettivo, integrate da un operatore sociale^[19] e da un esperto dei casi da esaminare, in servizio presso le unità sanitarie locali.

L'operatore sociale ha il compito di valutare la situazione della persona analizzando fattori personali, condizioni atinenti alla salute psico-fisica, capacità di gestione anche economica, situazione lavorativa, fattori legati alle relazioni sociali, il bisogno di assistenza e di ausili e presidi. Tale figura dovrebbe concorrere alla definizione più precisa possibile dell'handicap riscontrato (anche nei suoi aspetti dinamici ed evolutivi) ed analizzare il quadro di riferimento socio-culturale in modo che la valutazione dello svantaggio esistenziale in atto sia tale da contenere anche elementi di indicazione per contrastare lo svantaggio stesso in termini di intervento e progetto globali e personalizzati (oltre, quindi, al piano strettamente sanitario e previdenziale, collegato alla menomazione e alla disabilità). Questa valutazione dovrebbe concentrarsi non tanto sulle limitazioni derivanti dalla disabilità, quanto piuttosto sulle capacità che la persona può ancora mettere in gioco e su quelle che, seppur compromesse, possono essere adeguatamente recuperate e valorizzate.

Purtroppo spesso la figura dell'operatore sociale non ha il giusto spazio nella formulazione del giudizio, mentre il medico esperto è assente; a volte viene inserito in commissione un medico esperto in discipline non specificatamente attinenti alla SM (ad esempio cardiologo, oculista) e in questi casi, soprattutto qualora la valutazione risulti inadeguata rispetto alle reali condizioni della persona, è utile dare evidenza di questa carenza pretendendo la presenza di un neurologo.

4.4 Documenti da presentare alla visita

Alla visita di valutazione dello stato di handicap è importante presentare documentazione che specifichi in che modo i sintomi della SM e le terapie impattano sulla vita quotidiana della persona e sulla sua vita sociale e relazionale. In tal senso quando ci si reca a visita dal neurologo o altro specialista per far redigere una relazione utile alla visita medico legale, è consigliabile portare con sé la *“Comunicazione tecnico scientifica per l'accertamento degli stati invalidan-*

ti correlati alla sclerosi multipla"[20], documento elaborato dall'INPS insieme all'AIMS.

La documentazione medica dovrà comprendere tutte le certificazioni, i referti e le relazioni che attestino le condizioni di salute della persona, con riferimento alla storia clinica della stessa, alla tipologia di SM e alle sue modalità di decorso, agli interventi terapeutici messi in atto e ai loro eventuali effetti collaterali, in particolare evidenziando l'impatto di tali elementi sulla vita lavorativa della persona (indicazione utile al fine della concessione dello stato di handicap grave, necessario per beneficiare dei permessi retribuiti di cui all'art. 33 della L. n. 104/92).

Inoltre potrà essere utile portare con sé documentazione di visite o esami diagnostici specialistici che facciano riferimento a sintomi attribuibili alla SM. La documentazione medica redatta dai singoli specialisti dovrà essere la più completa e dettagliata possibile, con riferimenti anche all'impatto che quel determinato disturbo ha sulle attività quotidiane lavorative e non.

Le certificazioni sono fondamentali per evidenziare al meglio i sintomi “invisibili” come ad esempio la fatica, i disturbi cognitivi, il dolore neuropatico, problemi psicologici, che apparentemente non creano disabilità evidenti e potrebbero non essere considerati ai fini del riconoscimento dell’invalidità civile (in quanto non tabellati dal D.M. 5 febbraio 1992), ma che invece possono influire pesantemente negativamente sulle attività della vita quotidiana, influenzando la qualità di vita della persona.

Sulla base dei disturbi presenti dovrà essere presa in considerazione la possibilità di far eseguire test di valutazione specifici che permettano di rendere “visibili” e quantificabili tali disturbi.

Per esempio per evidenziare la presenza del sintomo **fatica** potrà essere utile una consulenza ed una certificazione fisiatrica e la somministrazione di scale di valutazione specifiche come per esempio la FatigueSeverity Scale (FSS, scala di gravità della fatica), la Modified Fatigue Impact Scale (MFIS, scala modificata dell’impatto della fatica) che

valuta l'impatto della fatica sulle cosiddette ADL (activities of daily living) del paziente con SM.

Nel caso di presenza di **disturbi visivi** (annebbiamento della vista, visione sdoppiata, nistagmo persistente) sarà utile la certificazione dell'oculista oltre ad eventuali esami come il campo visivo, potenziali evocati, schermo di Hess, meglio se corredati da un parere dello specialista che specifichi come tali sintomi incidano sull'attività lavorativa o altri aspetti della vita quotidiana.

Per evidenziare la presenza di **disturbi psicologici** quali ansia e depressione può essere utile presentare la certificazione dello psicologo o psichiatra di riferimento, che metta in luce come i diversi sintomi psicologici presenti influenzino lo svolgimento del lavoro, lo studio, la vita familiare, capacità e possibilità di muoversi, il tempo libero e tutte le altre attività della vita quotidiana.

In presenza di **disturbi cognitivi**, spesso non evidenti, ma con notevole impatto sulle attività di vita della persona, è utile la certificazione specifica del neurologo e/o neuropsi-

cologo, con eventuale quantificazione del disturbo mediante somministrazione di test neuropsicologici specifici; mentre nel caso di **disturbi urinari** è utile in alcuni casi, unitamente alla certificazione neurologica, effettuare anche una visita ed esami specifici e farsi redigere una certificazione apposita di un urologo.

Rispetto ai **disturbi motori**, che possono manifestarsi come limitazioni nella deambulazione, nei passaggi posturali, nei trasferimenti, è utile effettuare una visita fisiatrica e farsi redigere una relazione con valutazioni strumentali del cammino, scale cliniche quali l'Amputation Index e il Time to Walk test che definiscono il grado di compromissione della capacità deambulatoria, scale di valutazione della funzionalità degli arti superiori quali l'Action Research Arm Test. Infine è importante che venga data anche evidenza della situazione sociale complessiva della persona al di fuori del singolo sintomo; in tal caso se la persona è seguita da un assistente sociale è opportuno che venga presentata anche la relazione di questo operatore che, in maniera

complessiva e integrata, possa favorire la valutazione dello **svantaggio sociale** globale della persona sottoposta a visita.

Potrebbe, per esempio, essere utile che i vari specialisti interpellati mettano in evidenza come ciascun sintomo incida sulla qualità di vita della persona e le ripercussioni che la patologia ha sul lavoro che svolge, sull'orario di lavoro, sulla distanza della sede di lavoro, sulla composizione del nucleo familiare, sul sistema di relazioni che la persona ha. Ad esempio due persone con uno stesso sintomo, quale l'urgenza minzionale, riporteranno un impatto diverso sulla loro qualità di vita a seconda che lavorino o no a contatto con il pubblico (si pensi ad esempio alla necessità di recarsi frequentemente ai servizi lasciando la postazione scoperta oppure a coloro che hanno figli da accompagnare a scuola e non possono contare su nessuno che li possa sostituire).

Una particolare attenzione può essere dedicata anche all'**impatto dei farmaci**. La maggior parte dei farmaci utiliz-

zati come trattamento di base della malattia richiede infatti controlli periodici clinici, paraclinici e/o strumentali per il monitoraggio della loro efficacia e degli eventuali effetti collaterali. Inoltre molti di essi, soprattutto nei primi mesi della somministrazione, non solo producono effetti collaterali che hanno un impatto negativo sulla capacità funzionali del paziente e sulla sua qualità di vita, ma richiedono un notevole impegno per la somministrazione con frequente necessità di recarsi in strutture sanitarie.

4.5 Come viene valutata la SM

La commissione valutatrice dello stato di handicap ha il compito di accertare la minorazione, le difficoltà, le necessità dell'intervento assistenziale permanente e la capacità complessiva individuale residua. Si tratta di una valutazione globale che deve essere effettuata con parametri qualitativi e non quantitativi; la normativa non affida alla commissione la prerogativa di attribuire un valore numerico alla condizione di portatore di handicap poiché la si-

tuazione di gravità non è legata alla percentuale di invalidità riconosciuta ma al fatto che la minorazione abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale globale nella sfera individuale o in quella di relazione. Nel momento in cui l'handicap è oggetto di valutazione non si dovrebbe solo procedere a una certificazione indirizzata all'accesso alle provvidenze legislative, ma a una complessiva valutazione della persona inserita in un determinato contesto ambientale, che comprende anche motivi che hanno portato la persona a fare domanda di riconoscimento di stato di handicap.

Per avere il riconoscimento di handicap grave (L. 104/92 art. 3, comma 3), inoltre, non è necessario avere un determinato grado d'invalidità. Una persona può avere una bassa percentuale d'invalidità oppure non aver nemmeno richiesto la valutazione dell'invalidità civile perché non ritenuta utile. Ciò non significa che non possa esserle riconosciuto uno stato di handicap gra-

ve qualora si configuri una situazione di grave svantaggio sociale.

Le due visite possono comunque essere richieste contestualmente, se la persona lo desidera e può anche essere consigliabile per evitare di dover affrontarne due volte le relative procedure e costi.

Resta ferma la libertà individuale: si può anche decidere di non voler fare domanda di invalidità civile (perché magari non si ha particolare interesse alle agevolazioni che potrebbero scaturirne) e richiedere il solo stato di handicap (ad esempio: un giovane lavoratore potrebbe avere molto più beneficio dal riconoscimento di handicap grave potendo usufruire di permessi lavorativi retribuiti, piuttosto che dal riconoscimento di una percentuale d'invalidità bassa che non comporta alcun beneficio economico o agevolazione).

In pratica, nelle varie regioni italiane si utilizzano schemi e modulistiche diversi, tutti comunque orientati a porre in evidenza la condizione di svantaggio sociale. In tutti i casi,

si prendono in considerazione la relazione dell'esperto del caso con un giudizio sul tipo di disabilità, la relazione dell'operatore sociale sulle difficoltà di integrazione sociale e lavorativa, le minorazioni presenti in termini di deficit fisico, psichico e sensoriale (compresa una valutazione della gravità, delle potenzialità evolutive e dell'efficacia delle terapie o dei provvedimenti riabilitativi), ed infine viene espresso un giudizio sulle difficoltà di apprendimento, di relazione, di integrazione lavorativa, di autonomia personale e sulla capacità complessiva residua.

Nella SM capita spesso che a fronte di una invalidità del 50-60% (non dunque particolarmente elevata) possa nel contempo configurarsi una situazione di grave svantaggio sociale con il riconoscimento dell'**art. 3, comma 3**. Il verificarsi di una tale circostanza è estremamente utile e importante per un duplice ordine di ragioni.

In primo luogo perché il suddetto riconoscimento consente effettivamente di contrastare lo svantaggio sociale e, in secondo luogo, perché ciò consente di evitare che aumen-

tino ulteriormente lo svantaggio e l'aggravio economico e psicologico derivante dal mancato riconoscimento di un più elevato grado di invalidità.

4.6 Principali difficoltà nella procedura di riconoscimento dello stato di handicap

In qualche caso le Commissioni potrebbero incontrare difficoltà a esprimere un giudizio corretto per la particolarità di questa valutazione che non è strettamente medica, e in particolare a causa di:

- assenza di criteri di valutazione specifici per individuare lo stato di handicap (la L. 104/92, in quanto “legge quadro”, in molti articoli si limita a fornire solo indicazioni di carattere generale);
- rischio di applicare - erroneamente - i criteri e le voci tabellari utilizzate per l'invalidità civile anche per il riconoscimento dello stato di handicap, puntando l'attenzione sulla menomazione anziché sullo svantaggio sociale subito dalla persona;

- difficoltà dovuta a interpretazione letterale dell'art. 3 comma 3 della L. n. 104/92: la situazione di handicap grave spesso non viene riconosciuta a un lavoratore, questo avviene perché l'articolo si riferisce a una riduzione dell'autonomia personale che renda necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo, globale nella sfera individuale o in quella relazionale dell'individuo. Tale definizione potrebbe, a una lettura superficiale avulsa dal contesto, evocare una condizione di dipendenza da terzi particolarmente impegnativa, difficilmente compatibile con lo svolgimento di un'attività lavorativa. La legge quadro in realtà chiarisce quanto questa interpretazione sia scorretta. L'art. 33, infatti, disciplina ed enuncia i diritti riconosciuti al lavoratore riconosciuto portatore di handicap con gravità, affermando quindi la totale compatibilità tra questa condizione e lo svolgimento di un'attività lavorativa. È, dunque, importante per le commissioni comprendere a fondo le finalità della legge,

non limitandosi alla lettura di ogni singolo articolo, ma adottando una visione complessiva della legge.

4.7 Come si legge il verbale

Nel caso di verbale di handicap è importante verificare quale sia lo stato di handicap attribuito, dato che in base a questo derivano benefici diversi. In particolare sul verbale si potranno leggere una delle seguenti diciture:

1. *Persona non handicappata*. Nessun beneficio.
2. *Persona con handicap (articolo 3, comma 1, Legge n. 104/1992)*: viene riconosciuto uno stato di handicap, ma non grave.
3. *Persona con handicap con connotazione di gravità (articolo 3, comma 3, Legge n. 104/1992)*. In questo caso l'handicap è riconosciuto come grave.
4. *Persona con handicap superiore ai 2/3 (articolo 21, Legge 104/1992)*: persona con handicap con gradi di invalidità superiore ai 2/3. Indica la persona con un handicap (non grave) ed un'invalidità superiore al

66% che, ai sensi dell'art. 21 ha il diritto, se assunta presso enti pubblici come vincitrice di concorso o ad altro titolo, di scegliere tra le sedi disponibili.

Anche in questo caso, se nel verbale si trovano le diciture:

- “ si ravvisa la necessità che la persona si ripresenti a visita il ... (con indicato un anno)”;
- “rivedibile fra ...” (con indicato un termine esempio fra due anni, fra 1 anno),

si intende che il verbale scade nella data indicata dalla commissione ed è consigliabile che sia la persona ad informarsi sulla visita di verifica almeno 4/6 mesi prima della scadenza del verbale per essere sicura di essere richiamata, pena la scadenza del verbale e dei benefici. (si veda quanto detto in proposito ai paragrafi 3.6 e 3.7)

Note

16. Articolo 3 della Legge 104 del 5 febbraio 1992.

17. Legge n. 295/1990.

18. Accade tuttavia che spesso essendo la legge generica su questo punto, le commissioni non utilizzino medici effettivamente esperti della patologia (es: neurologo), ma medici specialisti in altre materie in maniera non appropriata.

19. La previsione del legislatore (a partire dalla L. 104/92) di inserire nella commissione la figura dell'operatore sociale - che di norma è un assistente sociale - ha aperto nuovi orizzonti, cambiando la logica medico-legale in un approccio medico-sociale a dimostrazione del carattere anche - e soprattutto - sociale della valutazione dello stato di handicap.

20. Scaricabile dal sito www.aism.it: dalla pagina 4 alle 8 della Comunicazione tecnico-scientifica è inserito un utile schema sui sintomi della SM, per ognuno dei quali viene riportato l'impatto sulla vita quotidiana che lo specialista dovrebbe il meglio possibile specificare nella relazione.

5. Quali strade si possono intraprendere per contestare una valutazione non adeguata per le visite di accertamento[21]?

Qualora si ritenga la valutazione medico-legale inadeguata rispetto alle proprie condizioni è possibile presentare - entro e non oltre 6 mesi dalla notifica del verbale definitivo dell'accertamento compiuto - un'istanza di **accertamento tecnico preventivo** rivolgendosi a un avvocato specializzato in diritto previdenziale o a un patronato di riferimento, procurandosi la documentazione necessaria per ottenere una rivalutazione della situazione. Anche in questo caso è fondamentale la qualità della documentazione prodotta, che dovrà seguire le indicazioni fornite precedentemente.

È stato infatti introdotto il nuovo articolo 445 bis c.p.c., che prevede l'**accertamento tecnico preventivo** obbligatorio per le controversie in materia di invalidità civile, handicap e disabilità e per la pensione di inabilità e di assegno di invalidità[22].

La persona che intenda opporsi ad una decisione dell'INPS deve depositare, presso la Cancelleria del Tribunale del luogo dove risiede, un'istanza di accertamento tecnico per la verifica preventiva delle condizioni sanitarie che legittimano la pretesa fatta valere.

Il Giudice, all'udienza di comparizione, nomina il consulente tecnico d'ufficio. Questi deve inviare – almeno 15 giorni prima dell'inizio delle operazioni peritali anche per via telematica – un'apposita comunicazione al Direttore della sede provinciale INPS competente o a un suo delegato. Inoltre, alle operazioni peritali partecipa sempre di diritto il medico legale dell'INPS.

Con una specifica circolare[23] l'INPS ha indicato alle proprie sedi periferiche l'importanza che l'Istituto si costituisca

in giudizio entro il decimo giorno antecedente l'udienza e che sia presente il proprio legale fin dalla prima udienza, affinché il medico dell'Istituto possa essere immediatamente informato della data di inizio delle operazioni peritali e parteciparvi.

Il consulente tecnico d'ufficio deve trasmettere la bozza di relazione alle parti (INPS e Cittadino), nel termine stabilito dal Giudice. Sempre all'udienza di comparizione, il Giudice fissa il termine entro il quale le parti devono comunicare al consulente le proprie osservazioni sulla bozza di relazione e il termine, anteriore alla successiva udienza, entro il quale il consulente deve depositare in cancelleria la relazione, le osservazioni delle parti e una sintetica valutazione sulle stesse.

Terminate le operazioni di consulenza, il Giudice, con decreto comunicato alle parti (INPS e Cittadino), fissa un termine perentorio non superiore a trenta giorni, entro il quale le medesime devono dichiarare, con atto scritto deposita-

to in cancelleria, se intendono contestare le conclusioni del consulente tecnico dell'ufficio.

In assenza di contestazione, il Giudice, entro trenta giorni, omologa con decreto pronunciato fuori udienza, l'accertamento del requisito sanitario presentato nella relazione del consulente.

Il decreto è inappellabile, cioè non si possono più presentare ricorsi. Il decreto è notificato (non sono precisati i tempi) agli enti competenti, che provvedono, subordinatamente alla verifica di tutti gli ulteriori requisiti previsti dalla normativa vigente, al pagamento delle relative prestazioni, entro 120 giorni.

Al contrario, nei casi di mancato accordo, la parte che abbia dichiarato di contestare le conclusioni del consulente tecnico d'ufficio deve depositare, presso lo stesso Giudice, entro il termine perentorio di trenta giorni decorrenti dalla dichiarazione di dissenso, il **ricorso** introduttivo del giudizio, specificando, a pena di inammissibilità, i motivi della contestazione della relazione del consulente. La successi-

va sentenza è inappellabile. Le spese del giudizio in generale spettano alla parte soccombente (colei che perde in giudizio), tuttavia il giudice può in taluni casi decidere diversamente.

Inoltre vale la regola che la parte soccombente può chiedere l'esenzione alle spese legali per documentare motivi di reddito, formulando apposita dichiarazione sostitutiva di certificazione nelle conclusioni dell'atto introduttivo (già quando si avvia quindi il procedimento giudiziale) e impegnandosi a comunicare, fino a che il processo non sia definito, le variazioni rilevanti dei limiti di reddito verificatesi nell'anno precedente.

In alternativa al ricorso, così come in tutti i casi in cui vi sia un peggioramento successivo, si può proporre una domanda di **aggravamento**, producendo nuova documentazione e presentando la relativa richiesta all'INPS (specificando nell'apposita casella predisposta nel modulo che si tratta di aggravamento). In tal caso la documentazione dovrà spe-

cificare il peggioramento intervenuto rispetto alla valutazione precedente.

La scelta tra ricorso o aggravamento è individuale: di norma il ricorso può comportare il rischio di sostenere spese legali e tempi di attesa anche lunghi, per questo è consigliabile solo qualora sia evidente l'inadeguatezza della valutazione.

Occorre precisare che fino alla conclusione del procedimento giudiziale, chi ha depositato il relativo ricorso non ha la possibilità di presentare domanda di aggravamento, anche nel caso in cui intervengano gravi e repentini aggravamenti.

Se l'istanza di accertamento tecnico preventivo in materia di **invalidità civile, di pensione di inabilità e assegno di invalidità ha un esito positivo** (modificando il giudizio espresso dalla Commissione), la persona ha il diritto di percepire gli arretrati di eventuali trattamenti economici a partire dal primo giorno del mese successivo a quello in cui, secondo il consulente tecnico d'ufficio, dovevano conside-

rarsi sussistenti le condizioni legate al beneficio in questione.

Quindi il CTU potrà fissare tale momento alla data di presentazione della domanda o alla data di effettuazione della visita presso la Commissione.

Il ricorso è consigliato nei casi eclatanti di riconoscimenti di invalidità ridotti senza evidente motivo (ad esempio casi di persone con indennità di accompagnamento a cui viene tolto questo beneficio in sede di revisione in assenza di miglioramenti della situazione o addirittura in presenza di un peggioramento). L'aggravamento, al contrario, è una procedura consigliata qualora si sia in grado di produrre documentazione significativa aggiuntiva rispetto a quella presentata in sede di visita. Inoltre è conveniente portare avanti una procedura di aggravamento piuttosto che di ricorso se il riconoscimento non dà diritto ad alcun arretrato (l'eventuale prestazione economica decorrerà dal mese successivo alla domanda di aggravamento; per lo stato di

handicap comunque vincere un ricorso non comporta la possibilità di beneficiare dei permessi arretrati).

Il ricorso vinto rispetto a una **valutazione di stato di handicap** non ha effetti retroattivi: non potranno essere fruiti permessi relativi a giornate cronologicamente successive alla domanda ma antecedenti al riconoscimento. La possibilità di usufruire dei permessi, una volta concluso il procedimento, è subordinata alla conclusione dell'iter amministrativo. Il ricorso contro un verbale di handicap può essere più complesso di quello contro un verbale di invalidità in quanto essendo la Legge 104 una legge quadro, dunque una legge "cornice", molto generale, è difficile avere elementi certi per la valutazione della possibile vittoria di un ricorso. Il ricorso giudiziario per questo tipo di accertamento è maggiormente consigliato nei casi eclatanti di persone a cui lo stato di handicap grave sia stato prima riconosciuto e poi revocato in maniera illegittima; in tutti gli altri casi è preferibile portare avanti istanza di aggravamento.

Si menziona infine un'altra strada che si può tentare quando si ritiene che la valutazione medico legale sia affetta da vizio (esempio ci si rende conto che la propria situazione è stata sottovalutata e pertanto si intende procurarsi la documentazione specialistica più chiara e completa a corredo della documentazione precedentemente presentata a visita, per certificare meglio le proprie condizioni), ovvero quella di richiedere una **revisione** avvalendosi dello strumento dell'**autotutela** (ai sensi del Regolamento recante disposizioni di autotutela[24]). In questo caso la persona può inviare una lettera (si veda fac-simile a fine libro) alla commissione medica superiore dell'INPS ma l'ente non è obbligato a prenderla in considerazione. Si può comunque tentare come prima strada (dopodiché se non va in porto si può optare per l'aggravamento o il ricorso). Si tenga, infatti presente che la comunicazione di avvio del procedimento di autotutela non arresta né sospende i termini per ricorsi in via amministrativa o giudiziaria considerata la facoltà dell'interessato di agire con tutti i mezzi previsti dalla Legge

5. Quali strade si possono intraprendere per contestare una valutazione...

a tutela dei suoi diritti. Se presa in considerazione, l'istanza di autotutela può produrre l'annullamento, la rettifica, il riesame in sede di precontenzioso o la convalida del provvedimento contestato (quindi anche una rivalutazione dal caso inadeguatamente valutato). I termini entro cui il procedimento in autotutela deve concludersi sono: 60 giorni per l'annullamento e per il riesame, 30 giorni per la rettifica.

Note

21. L'articolo 38 della Legge 111/2011 ha modificato la procedura per fare i ricorsi in materia di invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità, nonché di pensione di inabilità e di assegno di invalidità (la cosiddetta invalidità pensionabile).

22. Disciplinati dalla legge 12 giugno 1984 n. 222.

23. Circolare INPS del 30/12/2011 n. 168.

24. Con la circolare 15.12.2006 n°. 146, avente ad oggetto la Deliberazione n. 275 del 27 settembre 2006, è stato approvato il “Regolamento recante disposizioni in materia di autotutela”. Il Regolamento prevede che inps possa sanare provvedimenti viziati da errori materiali, di calcolo, su dati anagrafici o dovuti alla mancanza di documentazione, successivamente sanata.

6. La valutazione delle condizioni di disabilità per accedere al sistema per l'inserimento lavorativo (Legge n. 68/99)

6.1 Che cosa è

La valutazione della disabilità a fini lavorativi prevista dall'art. 1 della L. 68/69[25] è utile per agevolare l'inserimento mirato e la ricerca di un posto di lavoro più adatto alla singola persona con disabilità, perché funzionale all'iscrizione nelle liste di collocamento mirato. Si tratta della valutazione che si va ad affiancare alla valutazione dell'invalidità (superiore al 45%). All'esito di questa valutazione viene elaborata una diagnosi funzionale della perso-

na disabile, volta ad individuarne la capacità globale per il collocamento lavorativo. La Legge citata “Norme per il diritto al lavoro dei disabili” ha come finalità la promozione dell’inserimento e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato.

Le persone disoccupate che aspirano a una occupazione conforme alle proprie capacità lavorative, che sono in possesso dei requisiti necessari, si possono iscrivere nell’apposito elenco tenuto dagli uffici competenti. Per ogni persona sono annotate in una apposita scheda le capacità lavorative, le abilità, le competenze e le inclinazioni, nonché la natura e il grado della minorazione e le caratteristiche dei posti da assegnare, favorendo l’incontro tra domanda e offerta di lavoro.

Del collocamento mirato possono avvalersi anche le persone che già lavorano; in questo caso se hanno già una invalidità almeno pari a 60% possono passare a “categoria

protetta” nell’ambito dello stesso posto di lavoro o in un altro.

Tra i documenti necessari per poter richiedere l’iscrizione alle liste, vi è un documento rilasciato dalla Commissione Medica ASL contenente la “diagnosi funzionale”.

6.2 Come avviene la valutazione e come si svolge la visita

L’accertamento delle condizioni di disabilità comporta la definizione collegiale della capacità globale attuale e potenziale della persona disabile e l’indicazione delle conseguenze derivanti dalle minorazioni, in relazione all’apprendimento, alla vita di relazione e all’integrazione lavorativa.

Sulla base delle risultanze derivanti dalla valutazione globale, la commissione entro quattro mesi dalla data della prima visita formula la relazione conclusiva, nella quale riporta tra l’altro suggerimenti in ordine ad eventuali forme di

sostegno e strumenti tecnici necessari per l'inserimento o il mantenimento al lavoro della persona disabile.

Il giudizio della Commissione deve quindi favorire il collocamento lavorativo della persona con disabilità, quindi la sola diagnosi di malattia (come la SM) non ha un valore di sé al fine della definizione del giudizio della Commissione che invece avviene attraverso:

- la diagnosi funzionale;
- il profilo socio-lavorativo.

La **diagnosi funzionale** consiste in una valutazione qualitativa e quantitativa, il più possibile oggettiva e riproducibile, di come la persona “funziona”: quali sono le sue condizioni fisiche, la sua autonomia, il suo ruolo sociale, le sue condizioni intellettive ed emotive. È la valutazione globale della posizione della persona disabile nel suo ambiente. Riporta l'eventuale compromissione funzionale dello stato psico fisico sensoriale; si basa sui dati anamnestico-clinici, sulla valutazione della documentazione medica preesisten-

te e su ogni altra notizia utile per individuare la posizione della persona nel suo ambiente, la sua situazione familiare, di scolarità e di lavoro.

Vengono descritte analiticamente le capacità del soggetto nei seguenti aspetti: **cognitivo** (livello di sviluppo raggiunto e capacità di integrazione delle competenze), **affettivo-relazionale** (livello di autostima e rapporto con gli altri), **linguistico** (comprensione, produzione e linguaggi alternativi), **sensoriale** (con particolare riferimento alla vista, all'udito e al tatto), **motorio-prassico** (motricità globale e motricità fine), **neuropsicologico** (memoria, attenzione e organizzazione spazio temporale), **autonomia personale e sociale**. Ad esempio, nella descrizione della capacità vengono specificate le condizioni rispetto ad attività mentali e relazionali, informazione, postura, locomozione, funzionalità degli arti, possibilità di svolgere attività complesse e resistenza fisica ovvero di adattarsi all'organizzazione del lavoro od agli spostamenti.

La diagnosi funzionale è completata dal profilo dinamico-funzionale, che esprime le potenzialità del soggetto, specificando i “punti di forza” ed i “punti di debolezza”.

Il **profilo socio-lavorativo** della persona con disabilità consiste in notizie ed informazioni utili per individuare le sue potenzialità lavorative in relazione al suo ambiente, la sua situazione familiare, di scolarità e di lavoro.

Queste informazioni sono raccolte dalla Commissione su schede che assumono diverse forme a seconda delle Regioni e delle ASL, ma che comunque contengono dati socio-sanitari, una descrizione analitica della capacità (ad esempio, capacità di apprendimento, di comunicazione, motorie, di adattamento all'ambiente) e di eventuali condizioni o rischi da evitare sul posto di lavoro (ad esempio, lavoro in altezza, effettuazione di sforzi fisici, applicazioni visive intense).

6.3 Da chi è composta la commissione ASL di valutazione?

La commissione di valutazione della disabilità a fini lavorativi è la stessa deputata a valutare la L. 104 (si veda a pagina 18). Come nel caso degli accertamenti degli stati di handicap (Legge 104/92), la Commissione Medica per l'accertamento della disabilità (Legge 68/99) è composta da tre medici, da un quarto medico specialista (con riferimento alla patologia principale dell'esaminando), dal rappresentante di categoria e da un operatore sociale.

6.4 Documenti da presentare alla visita

È importante documentare in modo non solo qualitativo, ma anche quantitativo, gli aspetti sanitari e le problematiche funzionali presenti (ad esempio: deficit di forza, vertigini, difetti visivi e così via), in modo simile a quanto si fa nel caso dell'invalidità civile. Anche i sintomi scarsamente obiettabili come la fatica possono essere descritti dagli specialisti curanti.

In questo caso, però, è opportuno valorizzare non tanto le minorazioni quanto le capacità residue, al fine di poter convergere in modo utile le domande dei datori di lavoro con l'offerta lavorativa della parsona con disabilità.

La diagnosi di malattia e gli accertamenti specialistici e strumentali aiutano a descrivere meglio la situazione sanitaria, ma gli aspetti da evidenziare sono quelli che potrebbero emergere in ambiente di lavoro (ad esempio difficoltà negli spostamenti in autonomia). Le conclusioni della Commissione sono comunque spesso orientate ad un approccio cautelativo al fine di evitare rischi per la salute e la sicurezza determinati dall'attività lavorativa.

Le certificazioni di invalidità civile, di handicap o di disabilità devono essere esibite al datore di lavoro? Che conseguenze possono derivarne?

Se l'assunzione avviene attraverso le liste speciali tenute presso i Centri per l'Impiego, quindi ai sensi della L. 68/99,

è evidente che il datore di lavoro avrà a disposizione il relativo documento. Egli però dovrà ricevere soltanto la parte che riguarda il profilo socio-lavorativo e non quella che contiene la diagnosi medica.

In tutti gli altri casi, il dipendente non è tenuto ad esibire o a consegnare le certificazioni, a meno che non desideri ottenere qualcuno dei benefici cui quelle certificazioni danno diritto. Se, ad esempio, un dipendente desidera fruire dei permessi lavorativi di cui alla L. 104/92, dovrà ovviamente esibire il relativo certificato. Anche in questo caso, comunque, può fornire al datore di lavoro la versione di certificato che non contiene la diagnosi medica.

È anche bene sapere che, nel caso in cui un lavoratore sia stato assunto secondo le normali procedure e, nel corso del rapporto di lavoro, gli venga riconosciuta un'invalidità civile non inferiore al 60%, qualora lo comunichi al suo datore di lavoro potrà essere computato nelle quote di riserva, come se fosse stato assunto a partire dalle liste spe-

ciali. Ciò consente al datore di lavoro di ottemperare al suo obbligo e lo induce ad una maggiore tolleranza se la prestazione del dipendente risulta in qualche misura ridotta a causa della menomazione.

25. L'accertamento è eseguito secondo le indicazioni contenute nella scheda per la definizione delle capacità di cui all'allegato 1 al D.P.C.M. 13 gennaio 2000 utilizzando le definizioni medico-scientifiche contenute nell'allegato 2 del medesimo decreto.

7. Il giudizio di idoneità alla mansione (artt. 41-42, T.U. 81/2008)

Gli accertamenti sanitari sui lavoratori trovano la propria disciplina in diverse disposizioni di legge.[26]

Ad esse vanno aggiunte le varie previsioni normative che disciplinano aspetti particolari: sieropositività; tossicodipendenza; malattie mentali; portatori sani di malattie infettive ecc.

Occorre considerare, poi, le visite mediche di idoneità richieste obbligatoriamente per taluni tipi di mansioni e lavorazioni previste da leggi speciali; stesso obbligo è previsto per quei lavori che richiedono particolari tessere, patenti o certificati di idoneità, o per quelle categorie di lavoratori im-

pegnati in attività di lavoro che richiedono particolare efficienza fisica e psichica per la complessità dei compiti e le responsabilità che ne derivano: ferrovie, navigazione, attività portuali, guida di autoveicoli ecc.

7.1 Che cosa è l'idoneità alla mansione

In termini generali, **idoneità è la condizione per la quale una determinata attività può essere svolta da un soggetto senza conseguenze sfavorevoli per la salute e per la sicurezza propria od altrui.** In qualche caso questa esigenza di sicurezza implica anche il possesso di determinati requisiti fisici, psichici e/o sensoriali: si pensi all'idoneità sportiva, all'idoneità alla guida e così via.

Il concetto di idoneità al lavoro non è definito dalla legge, e può assumere significati lievemente diversi a seconda del contesto in cui si opera.

In pratica, si possono individuare due tipi principali di accertamenti per valutare l'idoneità alla mansione:

- a. **la sorveglianza sanitaria**, effettuata da un medico specialista in medicina del lavoro, o dotato di titoli equipollenti, nominato a questo scopo dal datore di lavoro. Può operare come dipendente o collaboratore di una struttura esterna pubblica o privata, convenzionata con l'imprenditore, come libero professionista o come dipendente del datore di lavoro. Il fine della sorveglianza è la tutela della salute e della sicurezza del lavoratore e di eventuali terzi durante il lavoro, con particolare attenzione ai rischi per la salute che possono derivare dalle lavorazioni svolte (ad esempio esposizione a sostanze tossiche, a rumore etc.)
- b. **gli accertamenti di natura medico-legale previsti da leggi speciali**, il cui fine è tutelare la sicurezza dell'interessato e di terzi nello svolgimento di mansioni particolarmente pericolose (ad esempio lavori sotto tensione, guida di mezzi di trasporto, conduzione di caldaie o di impianti a fune e così via).

In questo secondo caso l'idoneità è riferita ai soli compiti specificati dalla norma di riferimento. Questa materia è oggi in evoluzione e tende a sovrapporsi alle visite effettuate dal Medico Competente, cui in molte regioni sono ormai affidate.

Che cosa si intende per idoneità alla mansione specifica

L'idoneità alla mansione specifica consiste nella possibilità di svolgere una specifica mansione in uno specifico contesto lavorativo senza rischi per la salute e per la sicurezza di sé e di terzi.

Questa idoneità è del tutto diversa da altri tipi di valutazione, quali la capacità di lavoro (generica, cioè l'idoneità psico fisica della persona a svolgere qualsiasi attività lavorativa (prendendo in considerazione tutte le attività che il lavoratore per età, esperienze, condizioni potrebbe svolgere) oppure la capacità di lavoro specifica (in questo caso si va-

luta l'idoneità psico fisica della persona nello svolgere attività lavorativa fino al momento dell'insorgenza della disabilità e vengono prese in considerazione anche quelle occupazioni che non presentano una sostanziale differenza rispetto a quelle precedentemente svolte).

Ancora diversa è la valutazione della capacità/abilità lavorativa in un ambito di selezione del personale: il Medico Competente non deve giudicare l'efficienza lavorativa del lavoratore, ma soltanto se sussistano controindicazioni ai fini della salute e della sicurezza.

La presenza di una certificazione di invalidità civile di qualsiasi grado non pregiudica, di per sé, la possibilità di risultare idonei a svolgere una determinata mansione.

7.2 Che cosa è la sorveglianza sanitaria e a che cosa serve?

La sorveglianza sanitaria si effettua in una determinata azienda quando, dopo l'adozione di tutte le misure di pre-

venzione primaria necessarie e possibili, si individuano uno o più rischi residui di entità non trascurabile, per cui le visite mediche sono ritenute una misura utile di ulteriore prevenzione.

Detti rischi possono essere tra quelli espressamente previsti all'interno di norme di legge vigenti (ad esempio rumore, movimentazione manuale di carichi, agenti chimici), oppure sono individuati nell'ambito del processo di valutazione dei rischi che caratterizza ciascuna specifica azienda.

Le finalità generali della sorveglianza sanitaria sono di tipo eminentemente preventivo e sono destinate a verificare, prima dell'avvio al lavoro e poi periodicamente nel tempo, l'adeguatezza del rapporto tra le condizioni di salute dei lavoratori ed il lavoro svolto, sia individualmente che, in seconda istanza, collettivamente. Un'analisi attenta dei dati collettivi può contribuire infatti, insieme agli altri abituali criteri di giudizio, a fornire elementi utili per l'organizzazione del lavoro ed il miglioramento delle sue condizioni.

Più in particolare, l'attività di sorveglianza sanitaria dovrà verificare l'accettabilità dei compiti lavorativi per i singoli soggetti, permettendo l'espressione del giudizio di idoneità; in altre parole, deve permettere di:

- rilevare i soggetti portatori di particolari patologie o costituzionalmente predisposti a determinate malattie, per evitarne l'esposizione a rischi per la salute e la sicurezza;
- monitorare nel tempo lo stato di salute dei lavoratori;
- descrivere lo stato di salute dei lavoratori in funzione delle loro caratteristiche (età, sesso, mansione, anzianità lavorativa e così via).

All'interno di tali finalità generali, si possono individuare anche altri obiettivi:

- **finalità individuali:**
 - a) identificare eventuali condizioni "negative" di salute in uno stadio precoce, al fine di prevenirne, qualora

possibile, l'ulteriore decorso, evitando così danni maggiori all'individuo e all'azienda;

- b) identificare soggetti portatori di condizioni di ipersuscettibilità per i quali vanno previste misure protettive più cautelative di quelle adottate per il resto dei lavoratori;
- **finalità collettive:**
 - c) verificare, attraverso opportuni controlli a distanza di tempo, l'accuratezza della valutazione dei rischi e l'adeguatezza delle misure di prevenzione adottate nei confronti della popolazione lavorativa e dei singoli individui;
 - d) raccogliere dati clinici per operare confronti tra gruppi di lavoratori nel tempo e in contesti lavorativi differenti.

Quando e come viene svolta la sorveglianza sanitaria

La sorveglianza sanitaria si effettua sia in alcuni casi espressamente previsti dalla normativa vigente, sia in pre-

senza di rischi residui per i quali essa sia ritenuta utile al fine di ridurre i pericoli per la salute e la sicurezza.

I principali rischi regolati da norme specifiche sono:

- movimentazione manuale dei carichi
- uso di attrezzature munite di videoterminali
- agenti fisici (rumore, vibrazioni, campi elettromagnetici, radiazioni ottiche artificiali)
- sostanze pericolose (agenti chimici, agenti cancerogeni e mutageni, amianto)
- agenti biologici
- lavoro notturno
- esposizione a radiazioni ionizzanti.

In molti casi i rischi sopra citati devono superare determinate soglie perché la sorveglianza sanitaria sia obbligatoria.

Alcune condizioni soggettive possono richiedere una sorveglianza sanitaria particolare (ad esempio minori). Alcune categorie lavorative, in tema di sorveglianza sanitaria sono

disciplinate direttamente da leggi speciali (ad esempio personale navigante); per altre sono previsti controlli specifici (ad esempio per escludere l'abuso di alcol o stupefacenti). È sempre possibile, come si è detto, che nell'ambito della valutazione dei rischi di una specifica azienda siano individuate situazioni di rischio per le quali si ritenga indicata la sorveglianza sanitaria.

In generale, il datore di lavoro non può richiedere al Medico Competente di effettuare una visita ad un proprio dipendente se essa esula dalle visite preventive e periodiche previste dal piano sanitario aziendale. Qualora debba assicurarsi dell'idoneità al lavoro di un lavoratore che dipenda da lui[27], egli può richiedere ad un Ente di diritto pubblico (generalmente, l'Unità Operativa di Medicina del Lavoro della ASL) di effettuare una visita ai sensi dell'art. 5, 3° comma, della Legge 300/1970 (Statuto dei Lavoratori).

La sorveglianza sanitaria si può svolgere attraverso[28]:

- a. visita medica preventiva intesa a constatare l'assenza di controindicazioni al lavoro cui il lavoratore è destinato al fine di valutare la sua idoneità alla mansione specifica;
- b. visita medica periodica per controllare lo stato di salute dei lavoratori ed esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica (la periodicità di tali accertamenti, qualora non prevista dalla relativa normativa, viene stabilita, di norma, in una volta all'anno. Tale periodicità può assumere cadenza diversa, stabilita dal medico competente in funzione della valutazione del rischio);
- c. visita medica su richiesta del lavoratore, qualora sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi professionali o alle sue condizioni di salute, suscettibili di peggioramento a causa dell'attività lavorativa svolta, al fine di esprimere il giudizio di idoneità alla mansione specifica;
- d. visita medica in occasione del cambio della mansione onde verificare l'idoneità alla mansione specifica;

- e. visita medica alla cessazione del rapporto di lavoro nei casi previsti dalla normativa vigente;
- f. visita medica preventiva in fase preassuntiva;
- g. visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione.

Le visite mediche sopraindicate possono comprendere esami clinici e biologici e indagini diagnostiche mirate a valutare i rischi lavorativi. Gli esiti della visita medica devono essere allegati alla cartella sanitaria e di rischio.

Quando e come viene emesso il giudizio di idoneità da parte del Medico Competente

A conclusione di tutte le visite mediche sopra ricordate il Medico Competente esprime il giudizio d'idoneità (idoneo, parzialmente idoneo temporaneamente o in modo permanente, inidoneo temporaneamente o permanentemente). Si veda la Guida Lavoro e SM.

In tutti i casi il medico competente compila una comunicazione scritta che deve essere consegnata al datore di lavoro ed al lavoratore.

Quali documenti occorre presentare al Medico Competente in occasione delle visite

In termini generali, si potrebbe dire che è opportuno presentare al Medico Competente gli stessi documenti utili per la valutazione effettuata nell'ambito della L. 68/99. La valutazione infatti riguarda la compatibilità tra lo stato di salute ed i rischi che la attività lavorativa svolta, o da svolgersi, comporta. Di per sé, quindi, le informazioni riguardanti la capacità lavorativa (intesa come efficienza produttiva) non sono necessarie, mentre hanno particolare rilievo quelle che evidenziano rischi potenziali (ad esempio la difficoltà a sostenere sforzi fisici o mentali, il rischio di cadere da luoghi sopraelevati e così via).

Il Medico Competente comunque effettua sempre una visita medica piuttosto completa ed accurata; c'è sempre il

tempo di esprimere i propri dubbi e le proprie necessità, così come talvolta il medico stesso può richiedere l'esibizione di accertamenti già effettuati o l'effettuazione di nuovi al fine di emettere un giudizio più meditato. È sempre preferibile, perciò, esibire documentazione dei fatti rilevanti, perché ciò riduce il rischio di valutazioni affrettate e superficiali ed evita conclusioni che non possono essere sostenute nel tempo.

Alcuni esempi concreti

Quando l'assunzione avviene attraverso le liste speciali, la documentazione emessa ai sensi della L. 68/99 circoscrive già all'origine la natura delle potenzialità e delle limitazioni lavorative. Il datore di lavoro pertanto nutre, di solito, delle aspettative grossolanamente congrue e propone mansioni verosimilmente confacenti alla persona.

In questi casi il compito del Medico Competente è soprattutto quello di verificare se le condizioni di salute dell'interessato, nell'immediato e per un ragionevole lasso

di tempo, sono compatibili con le mansioni proposte così come concretamente si svolgono in quella determinata azienda. Questa valutazione potrebbe perciò essere apparentemente più restrittiva rispetto a quanto certificato dalla Commissione, oppure al contrario più permissiva, in relazione alle condizioni oggettive dell'ambiente e del posto di lavoro. In questo giudizio possono rientrare anche l'accessibilità dei luoghi di lavoro, tempi e ritmi, fruibilità di pause di riposo e così via.

Quando invece la patologia insorge nel corso del rapporto di lavoro, costituisce sempre una difficoltà nuova che deve essere affrontata con elasticità e buon senso. Nella maggior parte dei casi alcune restrizioni (in termini di prescrizioni o limitazioni di idoneità) consentono il proseguimento della medesima mansione; in altri casi una sopraggiunta inidoneità, anche se temporanea, impone una ricollocazione che risulta generalmente più facile nelle aziende di grandi dimensioni e ovviamente più problematica in quelle piccole.

La SM, con le sue manifestazioni cliniche variabili nel tempo e talvolta poco “visibili”, mette spesso a dura prova la pazienza del lavoratore che ne è affetto e quella di chi deve decidere la sua collocazione lavorativa. In qualche caso, un’assenza per malattia nei periodi di aggravamento dei sintomi è la soluzione più percorribile (tenendo presente però quale sia, secondo la contrattazione collettiva applicata dalla propria azienda, il periodo massimo di assenza per malattia consentito); in altri è preferibile cercare soluzioni che conducano ad una collocazione ottimale e che possano essere mantenute nel lungo periodo.

Quali tutele di privacy si hanno rispetto ai documenti consegnati al medico competente?

Il Medico Competente è tenuto al rispetto del segreto professionale e della normativa sulla privacy. Nessuna informazione, e a maggior ragione nessun documento, che gli siano disponibili può essere trasmesso a terzi senza il consenso dell’interessato.

Fanno eccezione soltanto pochissimi casi previsti dalla legge o da norme speciali (ad esempio, quando un lavoratore presenta una domanda all'INAIL per il riconoscimento di malattia professionale, l'INAIL generalmente richiede al Medico Competente copia della cartella sanitaria).

La cartella sanitaria è conservata presso il datore di lavoro o presso il Medico Competente; nel primo caso, deve essere in un luogo non accessibile a terzi, preferibilmente in busta chiusa siglata dal medico. Il lavoratore può richiederne copia in qualsiasi momento e ne riceve comunque copia, per sua documentazione, al termine del rapporto di lavoro.

Note

26. L'art. 32 della Costituzione; gli artt. 2087 e 2110 c.c. (riguardanti gli obblighi dell'imprenditore nella tutela delle condizioni di lavoro dei suoi dipendenti e il trattamento economico-normativo da riconoscere al lavoratore in malattia); l'art. 5 della legge 300/1970, concernente il divieto per il datore di compiere accertamenti sanitari diretti sullo stato di salute del lavoratore, salvo alcune eccezioni; il Testo Unico sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (D. Lgs. 81/2008), con le norme sulla sorveglianza sanitaria mediante il cosiddetto "medico competente" (in particolare gli artt. 41 e 42).

27. Come imposto dallo stesso D.Lgs. 81/2008 che individua tra gli obblighi del datore di lavoro "nell'affidare i compiti ai lavoratori, tenere conto delle capacità e delle condizioni degli stessi in rapporto alla loro salute e alla sicurezza"

28. Secondo il Testo Unico in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro (D.Lgs. 81/2008), la sorveglianza sanitaria è effettuata dal medico competente nei casi previsti dalla normativa vigente, nonché dalle indicazioni fornite dalla Commissione con-

sultiva nazionale, oppure qualora il lavoratore ne faccia richiesta e la stessa sia ritenuta dal medico competente correlata ai rischi lavorativi.

8. Trattamenti pensionistici: il pensionamento anticipato per motivi di salute: generalità - (30/12/2011 n. 168)

Le persone con SM ad un certo punto della loro vita lavorativa si possono trovare nella situazione di non riuscire più a sostenere un orario a tempo pieno oppure a non poter più sostenere la propria attività lavorativa, pertanto è prevista la possibilità di accedere, dietro specifico accertamento, ad un pensionamento anticipato per motivi di salute oppure ad un riconoscimento di inabilità parziale che consente di ridurre le ore lavorative potendole però compensare con un assegno mensile ad integrazione del proprio stipendio.

La normativa vigente ha previsto misure previdenziali a favore dei lavoratori dipendenti, autonomi o parasubordinati che si trovino, una volta assunti, in condizioni di disabilità più o meno accentuata e più o meno incidente sulla loro capacità di svolgere le mansioni assegnate o qualsiasi tipo di attività lavorativa. I sistemi previdenziali che garantiscono la corresponsione della pensione al raggiungimento dei prescritti requisiti (vecchiaia, anzianità) prevedono la possibilità di anticipare il trattamento pensionistico per gravi motivi di salute.

I due sistemi principali sono quello dei lavoratori dipendenti e di buona parte dei lavoratori parasubordinati ed autonomi (gestito dall'INPS), e quello dei dipendenti pubblici oggi pure gestito dall'INPS (a seguito della soppressione dell'INPDAP).

Altre casse speciali (ad esempio quelle gestite da Enti professionali come l'ENPAM per i medici) hanno prestazioni analoghe.

Sono trattamenti pensionistici veri e propri per la cui erogazione è prevista la sussistenza di determinati requisiti contributivi oltre che la presenza di patologie, infermità o affezioni che insorgono dopo l'assunzione o che si aggravano nel corso dell'attività lavorativa.

Si differenziano perciò dai trattamenti di invalidità civile (che sono assistenziali, compresa la cosiddetta pensione di invalidità civile, e riguardano tutti i cittadini in quanto tali), di invalidità sul lavoro (per infortunio o malattia professionale, gestiti dall'INAIL), per cause di servizio (erogati in forma di indennizzo direttamente dallo Stato ai dipendenti pubblici).

Queste le principali provvidenze erogate:

per dipendenti di Enti privati

- assegno ordinario di invalidità lavorativa (INPS);
- pensione di inabilità lavorativa (INPS);

per dipendenti di Enti pubblici

- pensione per inabilità assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa (ex-INPDAP);
- pensione per inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro (ex-INPDAP);
- pensione per inabilità assoluta e permanente alle mansioni svolte (ex-INPDAP).

8.1 Per i lavoratori dipendenti di Enti privati (e lavoratori parasubordinati e autonomi)

Qual è la procedura per presentare la richiesta di accertamento per INPS per assegno ordinario e pensione inabilità lavorativa?

Può essere presentata presso le sedi Inps, direttamente o tramite uno degli Enti di patronato riconosciuti dalla legge che assistono gratuitamente i lavoratori esclusivamente per via telematica.

Deve essere redatta su apposito modulo disponibile presso le sedi Inps o gli Enti di patronato o scaricabile dal sito

.....

www.inps.it e corredata da certificazione medica (mod. SS3).

Sia l'assegno ordinario sia la pensione di inabilità decorrono dal 1° giorno nel mese successivo a quello di presentazione della domanda se risultano soddisfatti tutti i requisiti, sia sanitari sia amministrativi, richiesti.

.....

Assegno ordinario di invalidità lavorativa INPS

È una prestazione economica, erogata a domanda, in favore di coloro per i quali la capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle proprie attitudini, sia ridotta a meno di un terzo, in modo permanente, a causa di infermità o difetto fisico o mentale.

Il requisito sanitario per la concessione di questa provvidenza è perciò una elevata difficoltà a svolgere la propria occupazione abituale, od una analoga, a causa di una patologia, menomazione o infermità che raggiunga un'entità percentuale almeno pari al 66%, ma inferiore al 100%.

Questa prestazione è compatibile con lo svolgimento di un'attività lavorativa, che sarà presumibilmente ridotta o comunque meno redditizia di quella cui il soggetto potrebbe aspirare se fosse in buona salute.

Chi ne ha diritto

- dipendenti
- lavoratori autonomi (artigiani, commercianti, coltivatori diretti, coloni e mezzadri);
- iscritti ad alcuni fondi pensioni sostitutivi ed integrativi dell'assicurazione generale obbligatoria.

Sono richiesti

- almeno 260 contributi settimanali (cinque anni di contribuzione e assicurazione) di cui 156 (tre anni di contribuzione e assicurazione) nel quinquennio precedente la data di presentazione della domanda.

Non è richiesta la cessazione dell'attività lavorativa.

Caratteristiche

È compatibile con l'attività lavorativa ed ha validità triennale.

Può essere confermato su domanda presentata dall'interessato entro la data di scadenza.

Dopo tre riconoscimenti consecutivi, l'assegno di invalidità è confermato automaticamente (diventa dunque definitivo). L'assegno ordinario di invalidità, al compimento dell'età pensionabile e in presenza di tutti i requisiti, viene trasformato d'ufficio in pensione di vecchiaia nel rispetto delle cd. "finestre di accesso".

Quale tipo di documenti occorre portare alla visita e quale contenuto devono avere

È utile ogni documento che consenta di precisare le patologie o le menomazioni del richiedente, la loro prognosi a distanza di tempo (non sono prese in considerazione le malattie intercorrenti di breve durata, mentre possono essere considerate quelle la cui durata è prevedibilmente lunga, ad esempio oltre un anno), ed il loro impatto sull'attività la-

vorativa svolta o su attività analoghe. In questo caso non vi è necessità di evidenziare le abilità residue, mentre è bene documentare ogni deficit funzionale che comporta una limitazione sulla idoneità lavorativa specifica.

Come si svolge la visita medica

La visita inizia con l'esame del primo certificato rilasciato dal medico di medicina generale o di Patronato e prosegue con una normale visita medica e l'esame della documentazione sanitaria.

Il lavoro svolto, o quello che può essere svolto, è dedotto sulla base del racconto dell'interessato, con riferimento al suo percorso formativo ed al curriculum lavorativo.

Che tipo di valutazioni mediche vengono fatte in sede di visita

Il criterio per la concessione del beneficio è la riduzione della capacità lavorativa a meno di un terzo, a causa di infermità fisica o mentale, in occupazioni confacenti alle attitudini del soggetto.

La valutazione degli aspetti sanitari è simile a quella che si effettua per il riconoscimento dell'invalidità civile, ma non è riferita ad uno specifico sistema tabellare.

La valutazione conclusiva, inoltre, tiene particolarmente conto delle attitudini lavorative individuali.

Cosa significa che occorre accertare una riduzione della capacità lavorativa a meno di un terzo a causa di infermità o difetto fisico o mentale?

Una riduzione della capacità lavorativa a meno di un terzo corrisponde grosso modo ad un'invalidità non inferiore al 66%. L'accertamento però non segue un criterio tabellare come nell'invalidità civile, anche perché non vi è necessità di determinare un valore percentuale (che infatti non viene indicato), ma è una valutazione complessiva del grado di riduzione della capacità lavorativa, con riguardo al complesso morboso dell'interessato ed al suo impatto sulle possibili occupazioni confacenti alle sue attitudini. Acquistano pertanto rilievo sia le malattie grossolanamente intese, sia sin-

gole limitazioni anatomico-funzionali, ivi compresi i disturbi neuropsichici.

Pensione di inabilità lavorativa INPS

È una prestazione economica, erogata a domanda, in favore dei lavoratori per i quali viene accertata l'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

Questa prestazione è incompatibile con lo svolgimento di un'attività lavorativa.

Chi ne ha diritto

- dipendenti;
- autonomi (artigiani, commercianti, coltivatori diretti, coloni e mezzadri);
- iscritti ai fondi pensioni sostitutivi ed integrativi dell'Associazione Generale Obbligatoria.

Sono necessari

- assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa a causa di infermità o difetto fisico o mentale;
- almeno 260 contributi settimanali (cinque anni di contribuzione e assicurazione) di cui 156 (tre anni di contribuzione e assicurazione) nel quinquennio precedente la data di presentazione della domanda.

È, inoltre, richiesta

- la cessazione di qualsiasi tipo di attività lavorativa;
- la cancellazione dagli elenchi di categoria dei lavoratori;
- la cancellazione dagli albi professionali;
- la rinuncia ai trattamenti a carico dell'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione ed a ogni altro trattamento sostitutivo o integrativo della retribuzione.

Caratteristiche

La pensione di inabilità può essere soggetta a revisione[29]. Non è compatibile con un'attività lavorativa. Prima di presentare domanda di inabilità sarebbe opportuno che la persona si rivolgesse ad un patronato o consulente del lavoro per verificare attentamente i requisiti con i quali verrà eventualmente collocato in prepensionamento per inabilità, per avere evidenza dell'ammontare della relativa pensione e valutare attentamente se sia il momento opportuno per presentare questa domanda oppure se sia il caso di attendere ancora qualche tempo per maturare i contributi necessari ad ottenere una congrua pensione.

Quale tipo di documenti occorre portare a visita e quale contenuto devono avere

È utile ogni documento che consenta di precisare le patologie del richiedente, la loro prognosi a distanza di tempo (non sono prese in considerazione le malattie intercorrenti di qualsiasi durata), ed il loro impatto sulla capacità lavorativa.

I criteri utilizzati sono piuttosto restrittivi: non devono essere presenti capacità residue utilizzabili per lavorare utilmente, ed è bene documentare la presenza di patologie gravi e croniche o progressive tali da escludere la possibilità di un futuro reimpiego.

La presenza di un rapporto di lavoro residuale al momento della visita (che diventerà incompatibile in caso di concessione della pensione di inabilità) non esclude la concessione del beneficio se l'attività è svolta in usura, cioè con importante ulteriore pregiudizio per lo stato di salute. La perdita recente del lavoro per motivi di salute invece è, quando presente, un suggestivo indicatore indiretto dell'esistenza della condizione richiesta.

Come si svolge la visita medica

La visita inizia con l'esame del primo certificato rilasciato dal medico di medicina generale o di Patronato e prosegue con una normale visita medica e l'esame della documentazione sanitaria.

Qualora lo stato di salute non sia così critico come previsto dalla normativa, talvolta la visita si conclude negando la pensione di inabilità, ma concedendo l'assegno di invalidità. In questo caso, può essere opportuno completare la presentazione della propria condizione con informazioni sul lavoro svolto, o che potrebbe essere svolto, al fine di documentare il diritto alla prestazione subordinata dell'assegno.

Che tipo di valutazioni mediche vengono fatte in sede di visita

La valutazione medico-legale è una valutazione globale dello stato di salute, orientata ad evidenziare che il soggetto non è più in grado di svolgere alcuna attività lavorativa ragionevolmente utile.

Pertanto singoli deficit hanno scarsa rilevanza, mentre acquistano importanza descrizioni di tipo clinico (ad esempio lettere di dimissione da ricoveri ospedalieri) e valutazioni funzionali sintetiche quali le valutazioni dell'autosufficienza e simili (ad esempio l'EDSS).

8.2 Per i lavoratori dipendenti di Enti pubblici (ex INPDAP)

Qual è la procedura per presentare la richiesta per i vari tipi di pensione di inabilità previsti per i dipendenti di enti pubblici

La domanda di pensione va inoltrata, tramite il datore di lavoro, all'INPS, Gestione ex INPDAP allegando un certificato rilasciato dal medico curante attestante la permanente ed assoluta inabilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa. Le condizioni sanitarie vengono valutate dalle Commissioni Mediche Ospedaliere Militari.

Quali documenti occorre portare a visita e quale contenuto devono avere

È utile ogni documento che consenta di precisare le patologie del richiedente, la loro prognosi a distanza di tempo (non sono prese in considerazione le malattie intercorrenti

di qualsiasi durata), ed il loro impatto sulla capacità lavorativa.

I criteri utilizzati sono piuttosto restrittivi: non devono essere presenti capacità residue utilizzabili per lavorare utilmente, ed è bene documentare la presenza di patologie gravi e croniche o progressive tali da escludere la possibilità di un futuro reimpiego.

In genere all'atto della visita è presente un rapporto di lavoro, per lo più ormai senza effettiva prestazione utile (che diventerà incompatibile in caso di concessione della pensione di inabilità); ciò non esclude la concessione del beneficio se l'attività è svolta in usura, cioè con importante ulteriore pregiudizio per lo stato di salute.

Come si svolge la visita medica

La visita inizia con l'esame della certificazione rilasciata dai medici curanti o di Patronato e prosegue con una normale visita medica e l'esame della documentazione sanitaria. È possibile esibire documenti di tipo amministrativo se perti-

menti; l'amministrazione di provenienza talvolta produce a sua volta propri documenti (lettere, rapporti e simili). I dati della visita medica e della documentazione esaminata sono riportati sinteticamente sul verbale.

Che tipo di valutazioni mediche vengono fatte in sede di visita

La valutazione medico-legale è una valutazione globale dello stato di salute, orientata ad evidenziare che il soggetto non è più in grado di svolgere alcuna attività lavorativa ragionevolmente utile. Pertanto singoli deficit hanno scarsa rilevanza, mentre acquistano importanza descrizioni di tipo clinico (ad esempio lettere di dimissione da ricoveri ospedalieri) e valutazioni funzionali sintetiche quali le valutazioni dell'autosufficienza e simili (ad esempio l'EDSS).

Pensione per inabilità assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa

Chi ne ha diritto

I dipendenti pubblici a cui sia stata accertata una incapacità totale a svolgere qualsiasi attività lavorativa, per infermità fisiche o mentali che non derivino da cause di servizio, con un'anzianità contributiva pari ad almeno cinque anni, dei quali almeno tre anni siano stati versati nel quinquennio precedente la cessazione dell'attività lavorativa.

Caratteristiche

La pensione viene calcolata aggiungendo all'anzianità contributiva maturata, contributi sufficienti a coprire il periodo mancante al raggiungimento dell'età pensionabile, fino ad un massimo di 40 anni di contributi totali. Non può inoltre superare l'importo della pensione che sarebbe erogata nel caso di invalidità derivante da cause di servizio.

Il godimento della pensione è incompatibile con lo svolgimento di qualsiasi attività lavorativa dipendente o autonoma.

Pensione per inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro

Chi ne ha diritto

I dipendenti pubblici a cui sia stata accertata una incapacità derivante da infermità fisiche o mentali che impediscano una collocazione lavorativa continuativa e remunerativa. Si tratta di una condizione meno invalidante di quella prevista per la pensione per inabilità assoluta e permanente a qualsiasi attività.

I requisiti retributivi richiesti sono, infatti, più impegnativi: questa pensione viene erogata se il lavoratore è in possesso di un'anzianità contributiva di almeno 14 anni, 11 mesi e 16 giorni di servizio utile, anche non continuativo sia per i dipendenti dello Stato sia per i dipendenti degli enti locali. È necessaria la risoluzione del rapporto di lavoro per dispensa dal servizio per inabilità permanente a proficuo lavoro.

Caratteristiche

La pensione per inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro è calcolata sulla base della effettiva anzianità.

nità contributiva maturata. Non viene prevista alcuna maggiorazione.

Pensione per inabilità assoluta e permanente alle mansioni svolte

Chi ne ha diritto

I dipendenti pubblici (in modo differente fra dipendenti statali e quegli degli enti locali) possono richiedere il “pre-pensionamento” nel caso abbiamo un’infermità permanente, fisica o mentale che incide sulle mansioni lavorative assegnate.

Accertata questa condizione, l’amministrazione deve tentare di collocare il lavoratore in un’altra mansione dello stesso livello, anche retributivo.

Se non viene trovata un’altra mansione idonea, il lavoratore viene dispensato dal servizio o collocato a riposo.

La relativa pensione viene erogata solo se sussistono determinati requisiti contributivi.

I dipendenti degli enti locali devono contare su contributi almeno pari a 19 anni, 11 mesi e 16 giorni di contribuzione.

I dipendenti delle amministrazioni statali devono contare su contributi almeno pari a 14 anni, 11 mesi e 16 giorni. In entrambi i casi si prescinde dall'età anagrafica.

I Progetti AISM: linee guida per il miglioramento delle valutazioni medico legali della disabilità nella sclerosi multipla

In risposta alle problematiche evidenziate in questa guida, dal 2008 AISM ha promosso un progetto denominato “linee guida per la valutazione medico-legale della disabilità nella sclerosi multipla”, che ha portato a specifici incontri, confronti e percorsi formativi per addetti ai lavori (in primis neurologi e membri delle commissioni di valutazione) e all'elaborazione di alcune guide:

- **Guida per le valutazioni medico legali della SM**, rivolta ai componenti delle commissioni mediche allo scopo di favorire una migliore conoscenza della malattia e del suo
-

impatto sulla vita quotidiana, per facilitare il percorso di riconoscimento della disabilità per le persone con Sclerosi Multipla.

- **Guida per neurologi**, patrocinata dalle società scientifiche SIN (Società Italiana di Neurologia) e SNO (Scienze Neurologiche Ospedaliere), con annesso **prototipo di certificazione neurologica** ad uso dei Neurologi dei Centri Clinici che si occupano di sclerosi multipla, come strumenti per assicurare la corretta e completa certificazione delle condizioni della persona con SM da presentare alle Commissioni medico-legali.
 - **Guida idoneità alla mansione e sclerosi multipla.** Orientamenti per i medici del lavoro - competenti rivolta ai medici del lavoro per assicurare una corretta valutazione dell'idoneità alla mansione nella SM.
-

Le guide e il modello di certificazione sono scaricabili dal sito www.aism.it (alla voce libreria multimediale/collana biblioteca dell'osservatorio AISM). Il modello di certificazione è scaricabile sul sito alla voce prototipo di certificazioni e può essere consegnato al proprio neurologo per la redazione della certificazione utile alla visita medico-legale cui la persona verrà sottoposta.

AISM ha inoltre partecipato con ruolo incisivo ai lavori della Consulta per le malattie neuromuscolari e in particolare alla redazione di una proposta di valutazione dell'invalidità civile per il comparto delle malattie a interessamento neuromuscolare (la proposta e la tabella di riferimento, riconosciute con accordo Stato Regioni del 25 maggio, sono disponibili sul sito del Ministero della Salute).

Infine AISM, grazie a una collaborazione instaurata con l'INPS nazionale finalizzata a migliorare la qualità ed a favorire la omogeneità di valutazione della SM da parte anche dei medici INPS è arrivata a contribuire ai contenuti

delle **“Linee guida per la valutazione degli stati invalidanti”** di INPS ed alla pubblicazione, da parte di INPS stessa, di una **“Comunicazione tecnico scientifica per l’accertamento degli stati invalidanti correlati alla sclerosi multipla”**, redatta insieme alla stessa Associazione, che nel dicembre 2012 è stata inviata dalla Segreteria della Commissione medica superiore INPS a tutte le proprie UOC (Unità Operative Complesse) ed alle UOST (Unità Operative Semplici Territoriali).

Note

29. Ai sensi dell'art. 9 della L. 222 del 12/06/1984 è possibile la revisione da parte dell'INPS ma anche la richiesta di revisione da parte del diretto interessato in caso di mutamento delle condizioni che hanno dato luogo al trattamento. Quando, a seguito della revisione, risulti che l'interessato non può ulteriormente essere considerato invalido o inabile, la prestazione è revocata, ovvero, qualora si tratti di pensione di inabilità e sia accertato il recupero di parte della validità dell'assicurato, è attribuito l'assegno di invalidità.

8. Trattamenti pensionistici: il pensionamento anticipato...



Il numero verde AISM 800.803028 è a disposizione per informazioni su quanto illustrato in questa guida e suggerimenti per la preparazione della documentazione utile alle visite di accertamento descritte.

**Estratto delle linee guida INPS per
l'accertamento degli stati invalidanti
(parte riguardante la sclerosi multipla)**

9. Apparato neurologico

Criteria per la valutazione dei deficit funzionali

La varietà delle manifestazioni clinico - disfunzionali delle patologie neurologiche non consente di definire per esse un criterio valutativo unico. Pertanto si riportano di seguito le indicazioni valutative per le patologie di più frequente riscontro nonché per alcune meno frequenti ma di particolare complessità valutativa.

Sclerosi Multipla

La valutazione deve essere effettuata con riferimento a 5 classi funzionali elaborate sulla scorta della scala clinica

EDSS (Expanded Disability Status Scale), proposta da Kurtzke nel 1983 e di largo impiego clinico.

La valutazione EDSS parte dall'assegnazione di punteggi da 0 a 6 ai diversi sistemi funzionali.

9. Apparato neurologico

| Sistemi Funzionali | | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | X |
|-------------------------------------|---------------|--|---|--|--|--|--|---|---|
| Funzioni piramidali | Normale | Segni anormali senza disabilità | Disabilità minima | Lieve o moderata paraparesi o emiparesi | Marcata paraparesi o emiparesi; moderata | Paraplegia, emiplegia o marcata tetraparesi | Tetraplegia | | |
| Funzioni cerebellari | Normale | Segni anormali senza disabilità | Lieve atassia | Moderata atassia del tronco o degli arti | Severa atassia in tutti gli arti | Incapacità di eseguire movimenti coordinati per l'atassia | | | Si mette dopo ciascun numero quando l'ipostenia (grado 3 o più del sistema) |
| Funzioni del tronco encefalo | Normale | Solo segni | Moderato nistagmo o altra disabilità lieve | Severo nistagmo, marcata ipostenia della muscolatura oculare estrinseca o modesta disabilità di altri nervi cranici | Marcata disartria o altra marcata disabilità | Incapacità a deglutire o a parlare | | | |
| Funzioni sensitive | Normale | Lieve ipopallestesi a in 1 o 2 arti | Lieve deficit delle sensibilità superficiali e/o statochinestesi ca e/o pallestesia, con o senza moderata ipopallestesi a in 1 o 2 arti; oppure ipopallestesi a in 3-4 arti | Moderato deficit delle sensibilità superficiali e/o pallestesia, e/o statochinestesi ca, in 1-2 arti; oppure lieve deficit delle sensibilità superficiali e/o statochinestesi ca in 3-4 arti | Marcata ipoestesia superficiale e/o perdita delle sensibilità propriocettive in 1-2 arti; oppure moderata ipoestesia superficiale e/o marcato deficit delle sensibilità profonde in più di due arti | Perdita delle sensibilità superficiali e profonde in 1-2 arti; oppure moderata ipoestesia superficiale e/o perdita delle sensibilità profonde dalla testa in giù | Perdita delle sensibilità superficiali e profonde dalla testa in giù | | |
| Funzioni sfinteriche | Normale | Lieve difficoltà ad iniziare il mito o ritenzione o urgenza minzionale | Moderata difficoltà ad iniziare il mito o ad evacuare; oppure urgenza nella minzione o nella evacuazione; rara incontinenza urinaria | Frequente incontinenza urinaria | Quasi costante caterizzazione | Perdita della funzione vescicale | Perdita di entrambe le funzioni sfinteriche | | |
| Funzioni visive | Visus normale | Visus (corretto) superiore a 7/10; presenza di scotoma | Visus pari a 4-6/10. L'unico difetto campimetrico eventualmente presente deve essere uno scotoma | Visus pari a 2-3/10 (eventuale presenza di scotoma). Deficit campimetrici mono o bilaterali diversi dallo scotoma | L'occhio peggiore presenta un marcato deficit del campo visivo e/o la massima acuità visiva è di 1/10, oppure ha una massima acuità visiva di 2-3/10 con l'occhio migliore con acuità visiva di 4-6/10 | L'occhio peggiore ha un'acuità visiva di 1/10 e l'occhio migliore di 4-6/10 o meno | Acuità visiva pari a 1/10 bilateralmente | | Si aggiunge ai gradi da 0 a 6 in caso di pallore temporale |

| Sistemi Funzionali | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | X |
|-------------------------|---------|--|-------------------------|---|--|---------|---|---|
| Funzioni mentali | Normale | Modeste alterazioni del tono dell'umore (non modifica il punteggio all'EDSS) | Lieve deficit cognitive | Moderato deficit delle funzioni cognitive | Marcato deficit delle funzioni cognitive | Demenza | | |
| Altre funzioni | Niente | Qualsiasi altro segno attribuito alla SM | | | | | | |

Lo score finale si ottiene combinando i diversi punteggi ottenuti nei singoli sistemi funzionali:

| | |
|-------------------|--|
| EDSS = 0 | Esame neurologico normale (tutti i sistemi funzionali [SF] di grado 0; è compreso il grado 1 del SF mentale) |
| EDSS = 1 | Non c'è disabilità, segni minimi in un SF (escluso il SF mentale di grado 1) |
| EDSS = 1,5 | Non c'è disabilità, segni minimi in più di un SF (più SF di grado 1; eccetto il mentale di grado 1) |
| EDSS = 2,0 | Disabilità minima in un SF (un SF di grado 2, gli altri di grado 0 o 1) |
| EDSS = 2,5 | Disabilità minima in un SF (due SF di grado 2, gli altri di grado 0 o 1) |
| EDSS = 3,0 | Disabilità moderata in un SF (uno di grado 3, gli altri di grado 0 o 1), o disabilità lieve in tre o quattro SF (tre o quattro di grado 2, gli altri di grado 0 o 1), il paziente è del tutto autonomo |
| EDSS = 3,5 | Il paziente è del tutto autonomo ma ha una disabilità moderata in un SF (di grado 3) e uno o due SF di grado 2; oppure due SF di grado 3; oppure cinque SF di grado 2 (altri di grado 0 o 1) |

| | |
|---------------|--|
| EDSS = 4,0 | Il paziente è del tutto autonomo senza aiuto, autosufficiente, anche per 12 ore al giorno nonostante una disabilità relativamente marcata consistente in un SF di grado 4 (altri di grado 0 o 1), o combinazioni di gradi inferiori che superano i limiti precedenti; il paziente è in grado di camminare senza aiuto o senza fermarsi per circa 500 metri |
| EDSS = 4,5 | Il paziente è del tutto autonomo senza aiuto, in grado di lavorare tutto il giorno, ma può avere qualche limitazione per un'attività completa e richiedere un minimo di assistenza; si caratterizza per una disabilità relativamente marcata consistente in un SF di grado 4 (altri di grado 0 e 1) o combinazioni di gradi inferiori che superano i punteggi precedenti; è in grado di camminare senza aiuto o senza fermarsi per circa 300 metri |
| EDSS = 5,0 | Il paziente è in grado di camminare senza aiuto e senza fermarsi per circa 200 metri; la disabilità è sufficientemente marcata da intralciare una completa attività quotidiana (per esempio lavorare tutto il giorno senza provvedimenti particolari) |
| EDSS = 5,5 | Il paziente è in grado di camminare senza aiuto o senza fermarsi per circa 100 metri; la disabilità è sufficientemente marcata da impedire una completa attività quotidiana |
| EDSS = 6,0 | Il paziente necessita di appoggio saltuario o costante da un lato (bastone, grucciona, cinghia) per camminare per circa 100 metri con o senza fermarsi |
| EDSS = 6,5 | Il paziente necessita di appoggio bilaterale costante (bastoni, grucce, cinghie) per camminare per circa 20 metri senza fermarsi |
| EDSS = 7,0 | Il paziente è incapace di camminare per oltre 5 metri anche con aiuto, ed è essenzialmente obbligato su una sedia a rotelle; è in grado di spostarsi da solo sulla sedia a rotelle e di trasferirsi da essa ad altra sede (letto, poltrona); passa in carrozzella circa 12 ore al giorno |
| EDSS = 7,5 | Il paziente è incapace di fare più di qualche passo, è obbligato sulla sedia a rotelle; può aver bisogno di aiuto per trasferirsi dalla sedia ad altra sede; si sposta da solo sulla carrozzella standard per un giorno intero. Può aver bisogno di una carrozzella a motore |

| | |
|---------------|---|
| EDSS = 8,0 | Il paziente è essenzialmente obbligato a letto o su una sedia a rotelle o viene trasportato sulla carrozzella, ma può stare fuori dal letto per gran parte del giorno; ha generalmente un uso efficace degli arti superiori |
| EDSS = 8,5 | Il paziente è essenzialmente obbligato al letto per buona parte del giorno. Ha un qualche uso efficace degli arti superiori |
| EDSS = 9,0 | Paziente obbligato a letto e dipendente. Può solo comunicare e mangiare (viene alimentato) |
| EDSS = 9,5 | Paziente obbligato a letto, totalmente dipendente; incapace di comunicare efficacemente o di mangiare/deglutire |
| EDSS = 10 | Decesso dovuto a SM |

Occorre tener presente che la scala EDSS tende ad enfatizzare le ripercussioni sulla deambulazione e a sottovalutare i disturbi cognitivi e la funzionalità degli arti superiori. Di ciò è opportuno tener conto in presenza di documentati e rilevanti disturbi funzionali in questi ambiti, calibrando opportunamente la valutazione nei limiti dell'intervallo tra il minimo e il massimo del range previsto in tabella.

La stessa variabilità garantirà la possibilità di un'adeguata valutazione degli eventuali effetti collaterali dovuti al trattamento farmacologico.

Va sottolineato che nelle forme remittenti-ricidivanti lo score EDSS misurato in fase di acuzie non potrà avere significato valutativo per l'ovvia carenza del requisito della permanenza; sarà necessario pertanto procedere o tener conto di valutazioni condotte in fase di remissione.

Tabella delle percentuali di invalidità

| ICD9-CM | Classe Funzionale | Apparato neurologico CONDIZIONE CLINICA | Min.MaxFisso | | |
|---------|-------------------|---|--------------|----|-----|
| 340 | 1 | Sclerosi multipla EDSS 1-2 | 34 | 40 | |
| 340 | 2 | Sclerosi multipla EDSS 2,5-3,5 | 41 | 60 | |
| 340 | 3 | Sclerosi multipla EDSS 4-5 | 61 | 80 | |
| 340 | 4 | Sclerosi multipla EDSS 5,5 | 81 | 90 | |
| 340 | 5 | Sclerosi multipla EDSS pari o superiore a 6 | | | 100 |

FAC-SIMILE RICHIESTA RIESAME TRAMITE ISTANZA AUTOTUTELA

Spett.le Commissione Medica Superiore
Via Chopin 12/14
00144 Roma

Oggetto: richiesta riesame provvedimento di mancato riconoscimento/revoca dell'invalidità/stato di handicap

Con la presente io sottoscritto/a
.
., nato/a a il
. e residente in via città .
. riconosciuto invalido/portatore di handicap (specificare percentuale invalidità/handicap o mancato riconoscimento), chiedo, ai sensi del Regolamento recan-

te disposizioni di autotutela, il riesame del provvedimento adottato a seguito di visita per il riconoscimento/la revisione dell'invalidità/stato di handicap del (inserire data), a seguito della quale non mi è stato riconosciuto/mi è stato revocato lo stato di handicap grave/la percentuale di invalidità civile.

Dal momento che, come risultante dalla documentazione che allego, la mia situazione socio-sanitaria non ha avuto alcun miglioramento (specificare anzi se c'è stato aggravamento o nel caso si tratti di prima domanda specificare aspetti che facciano comprendere come la situazione sia più grave di quanto riconosciuto) e che (specificare i mancati benefici/diritti a seguito del mancato riconoscimento e come questi benefici potrebbero invece migliorare la qualità della vita) chiedo che la mia situazione venga rivalutata al fine del riconoscimento/ripristino del riconoscimento dello stato di handicap grave ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92/invalidità civile (specificare)

Allego a tal fine:

- verbale di riconoscimento dell'invalidità civile del .

.....;

- verbale di riconoscimento dello stato di handicap
del

- Certificazione neurologica e/o specialistica di fisia-
tra, urologo, ecc.

Restando in attesa di un sollecito riscontro colgo
l'occasione per inviare i miei migliori saluti

Città e data

IN FEDE(FIRMA)

**CERTIFICATO MEDICO PER LA RICHIESTA DI
ESONERO DALLE REVISIONI DI INVALIDITA' CIVILE E
STATO DI HANDICAP**

**Ai sensi della L.80 del 9/03/2006 e del D.M. 2 agosto
2007**

Si certifica che il Sig
.

nato a
. il

affetto da[30]
.
.
.

con diagnosi risalente al

presenta all'esame clinico e strumentale le seguenti menomazioni, ascrivibili al DM 2/8/07 punto

.

.

.

.

.

.

.

.

Si richiede pertanto l'esonero da ogni visita medica finalizzata all'accertamento della permanenza della minorazione civile o dell'handicap

Data _____

Timbro e firma del Medico _____

Note

30. Indicare il tipo di percorso clinico della malattia