

Proposta d'integrazione e aggiornamento della Tabella Invalidità Civile (DM 05/02/1992).

Onorevoli. - Il presente disegno di legge e i principi che lo ispirano sono l'esito di una riflessione e di uno studio del gruppo di lavoro della Fondazione ISAL, promosso dal Presidente Prof. Wiliam Raffaelli e dall'Avv. Francesca Sassano. Alla riflessione e ai lavori hanno preso parte, con diverse competenze giuristi, professionisti e sanitari e di ciò si trova documentazione di attività nel sito della Fondazione ISAL www.fondazioneisal.it

Il DM 05/02/1992 è la sola ed unica tabella valida ai fini della valutazione del grado di invalidità in ambito di "invalidità civile" e da allora non è stata fatta alcuna modifica o aggiornamento.

Il Decreto suddivide le patologie per gruppi anatomico-funzionali, ad ogni menomazione è assegnato un codice e per ciascuna menomazione è indicata in alternativa o una percentuale fissa oppure due valori di riferimento- minimo e massimo- ed il valore fisso spesso rappresenta esso stesso un valore di riferimento che può essere ridotto o aumentato in rapporto alla condizione specifica del soggetto in esame.

La metodica del calcolo della percentuale d'invalidità in caso di più menomazioni è della somma delle percentuali che non la risultante del normale sistema matematico, ma segue il cosiddetto "metodo a scalare"; in questo modo, se sono riconosciute due menomazioni valutabili rispettivamente il 50% ed il 40%, la somma non sarà 90% ma 70%: $50 + \text{il } 40\% \text{ di ciò che resta} \Rightarrow [50 + (50:100 \times 40)] = 70$. Per una terza o quarta menomazione si procede allo stesso modo, quindi aggiungendo la percentuale della differenza tra 100 e la percentuale già ottenuta precedentemente.

La tabella elenca sia infermità individuate specificamente, cui è attribuita una determinata percentuale "fissa", sia infermità il cui danno funzionale permanente viene riferito a fasce percentuali di perdita della capacità lavorativa di dieci punti, utilizzate prevalentemente nei casi di più difficile codificazione.

Molte altre infermità non sono tabellate ma pur in ragione della loro natura e gravità, non sempre è possibile valutarne il danno, con criterio analogico rispetto a quelle tabellate.

Esistono altre tabelle medico-legali più recenti, ma sono utilizzabili esclusivamente nei loro ambiti, vista la logica profondamente diversa che sta alla base della loro compilazione.

Nel DM 05/02/1992, oltre alla tabella, vi sono due sezioni, contenenti istruzioni sulle modalità di valutazione. In particolare, nella seconda sezione, denominata "indicazioni per le valutazioni funzionali", sono precisate le modalità d'inquadramento delle infermità per ciò che riguarda le cosiddette "classi funzionali", ampiamente utilizzate nella tabella.

Nel corso di questi decenni, il DM 05/02/1992 ha recepito solo le rettifiche introdotte dal DM 14 giugno 1994 (di correzione di errori materiali!) e successivamente a quella data nessuna modifica sostanziale è stata mai ad esso apportata.

Infatti, non vi è nelle tabelle alcuna considerazione delle patologie c.d. rare e neanche della c.d. patologia "dolore", introdotta dalla legge 38 del 2010 che ha imposto un obbligo specifico presso le strutture sanitarie nazionali di rilevazione in cartella clinica " del dolore", ai fini di una corretta diagnosi e diminuzione del rischio di autonoma patologia cronica, in assenza di adeguata terapia, con ricaduta di costi rilevanti sul sistema sanitario nazionale.

All'interno della cartella clinica, nelle sezioni medica ed infermieristica, in uso presso tutte le strutture sanitarie, dal 2010 devono essere riportati le caratteristiche del dolore rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito. In ottemperanza alle linee guida del progetto « Ospedale senza dolore », previste dall'accordo tra il Ministro della sanità, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in data 24 maggio 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 149 del 29 giugno 2001, le strutture sanitarie hanno facoltà di scegliere gli strumenti più adeguati, tra quelli validati, per la valutazione e la rilevazione del dolore da riportare all'interno della cartella clinica (art 7 comma 1 L.38/10) . Esistono, quindi, malati che avendo un riconoscimento di status e in possesso di requisiti diagnostici, non possono

accedere ad alcun riconoscimento di provvidenze sociali, esistenti nello Stato e fruibili da altri cittadini, in pari dignità di sofferenza.

Questi soggetti, pur essendo in una situazione di patologie conclamate, non hanno in sede di visita presso la Commissione preposta, un adeguato accertamento della loro percentuale d'invalidità, non esistendo parametri certi e corretti di rilevazione, troppo spesso il loro disagio e la loro sofferenza non emerge neanche per analogia, tra quelle indicate nelle tabelle esistenti.

Una simile realtà oltre ad essere non costituzionalmente orientata, crea ricadute di sfiducia sulla socialità dello Stato e del suo impegno a favore delle fasce c.d. deboli del Paese ed aumenta in maniera non soddisfacente il contenzioso giudiziario, con danno per la collettività, essendo la richiesta di tutela insoddisfatta in prima istanza, poi oggetto di ricorsi amministrativi e di percorsi giudiziari.

Non esiste questione giuridica che possa essere risolta correttamente senza tenere conto della verità del rapporto esistente, sul piano medico, psicologico, tecnico e organizzativo.

Ogni relazione di cura diventa capace di applicazione se i valori che si affermano nelle norme non siano una mera astrazione.

Una delle condizioni di effettività di una legge è garantire giusti parametri per la sua applicazione, offrire al medico una certezza su quanto si chiede ma soprattutto su quanto egli può e deve riconoscere in ambito di reale percentuale d'invalidità.

Giusta certezza significa esonerare il medico dal problema della valutazione e della responsabilità, ma soprattutto riconoscere un'adeguata percentuale d'invalidità al soggetto che soffre di patologie, per le quali le norme vigenti hanno già affermato esistenza e protocolli di rilevazione, ne è esempio proprio la Legge 38 del 2010.

Questa bilateralità necessaria è una modalità del curare che va perseguita unitamente agli obiettivi del giusto riconoscimento di un sostegno sociale, già codificato, ma non correttamente tipicizzato ed indirizzato a tutti i soggetto possibili beneficiari.

Occorre uno sforzo d'individuazione, di definizione dei modelli emergenti di patologie, la codificazione di una percentuale d'invalidità definita e la certezza di un'applicazione del riconoscimento per il soggetto necessitante

che la presente proposta di legge può indicare come percorso e risolvere con utilità sociale.

Il ruolo del diritto non è negare la realtà e i bisogni di cui abbiamo dolorosa esperienza, piuttosto disciplinarli trovando categorie e forme per la loro concreta applicazione, capaci di garanzie rispetto alla reale esperienza e ai valori in campo.

La presente proposta di legge si articola in tre capi, relativi al diritto alla salute, al riconoscimento dell'invalidità "sostenuta" e all'integrazione delle tabelle del DM 5/2/1992, attraverso la creazione di un'apposita Commissione di studio interdisciplinare, avente finalità di verifica e di inclusione del c.d. "dolore cronico severo", tra le patologie esistenti nelle tabelle del Decreto Ministeriale, vigente ed unico, in applicazione del riconoscimento della giusta percentuale di invalidità.

Il progetto intende valorizzare e tradurre in norme alcune linee già emerse nella giurisprudenza e nella legislazione, integrandole con le soluzioni idonee e applicabili nell'ambito di un più equo riconoscimento di nuove percentuali invalidanti.

DISEGNO DI LEGGE

Capo I

Diritto alla salute

Art.1

Ciascuno ha diritto al proprio benessere fisico, psichico e relazionale, secondo la propria personale esperienza e concezione di vita e a ricevere a tal fine le prestazioni sanitarie adeguate.

Capo II

Riconoscimento dell'invalidità "sostenuta"

Art.2.

Ciascuno ha diritto al riconoscimento delle condizioni d'invalidità derivanti da patologie accertate e conclamate e a ricevere tutte le prestazioni di assistenza e di provvidenza previste dalla Legislazione vigente dello Stato.

Capo III

Integrazione delle tabelle del DM 5/2/1992,

Art.3

Le minorazioni congenite od acquisite comprendono gli esiti permanenti delle infermità fisiche e/o psichiche e sensoriali che comportano un danno funzionale permanente. Ai fini della valutazione della riduzione della capacità lavorativa, le infermità devono essere accertate da apposite indagini cliniche, strumentali e di laboratorio, allo scopo di determinare la entità delle conseguenze e delle complicanze anatomo-funzionali permanenti ed invalidanti in atto.

Art.4

La dizione diagnostica deve essere espressa con chiarezza e precisione in modo da consentire l'individuazione delle minorazioni ed infermità che, per la loro particolare gravità, determinano la totale incapacità lavorativa, o che, per la loro media o minore entità, determinano invece la riduzione di tale capacità. L'accertamento diagnostico deve essere effettuato dalle strutture periferiche del Servizio sanitario nazionale o da quelle della sanità militare.

Art.5

La determinazione della percentuale di riduzione della capacità lavorativa deve basarsi: a) sull'entità della perdita anatomica o funzionale, totale o parziale, di organi od apparati; b) sulla possibilità o meno dell'applicazione di apparecchi protesici che garantiscano in modo totale o parziale il ripristino funzionale degli organi ed apparati lesi; c) sull'importanza che riveste, in attività lavorative, l'organo o l'apparato sede del danno anatomico o funzionale.

Art.6

La legge 15 marzo 2010 n. 38 ha definito , nel suo ambito di applicazione il « malato », quale "persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della

malattia o di un prolungamento significativo della vita, nonché la persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa" ed ha sancito che nel rispetto delle disposizioni sul riparto delle competenze in materia tra Stato e regione, il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, definisce le linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali negli ambiti individuati dalla presente legge, previo parere del Consiglio superiore di sanità, tenuto conto anche dell'accordo tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in materia di cure palliative pediatriche sottoscritto il 27 giugno 2007 e del documento tecnico sulle cure palliative pediatriche approvato il 20 marzo 2008 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Art. 7

La tabella vigente è indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti ed è articolata in cinque parti, sulla base della classificazione internazionale delle menomazioni elaborata dall'Organizzazione mondiale della sanità. Essa non contiene la valutazione del dolore quale patologia cronica, neanche nella sua espressione severa

Art.8

Il Ministro della Salute può apportare eventuali modifiche e variazioni e quindi procedere ad una inclusione nell'elenco una percentuale che dia dignità di valutazione percentuale, se invalidante, alla patologia "dolore cronico" severo. L'inclusione in ragione della sua autonomia di allocazione deve essere realizzata con codice autonomo e non inserita in altra tipologia di malattia invalidante, ciò al fine di non alterare il rapporto percentuale esistente tra le patologie già tabellarmente indicate.

Art. 9

Ai fini della migliore inclusione e valutazione della percentuale idonea in base ai criteri esistenti (tra minimo e massimo o fissa) è opportuna la istituzione di una Commissione di Studio interdisciplinare, che mantenendo i codici delle patologie e ricavando adeguati parametri di

valutazione tra le patologie invalidanti e gli indici riconosciuti, possa nel rispetto del principio costituzionale del diritto all'uguaglianza e alla salute, correttamente includere la patologia e la scelta della percentuale più idonea per l'incidenza delle infermità invalidanti, sulla capacità lavorativa secondo i criteri della normativa vigenti. Pertanto, anche e soprattutto per l'inclusione di patologia "nuova", richiede l'analisi e la misura percentuale di ciascuna menomazione anatomo-funzionale e dei suoi riflessi negativi sulla capacità lavorativa.