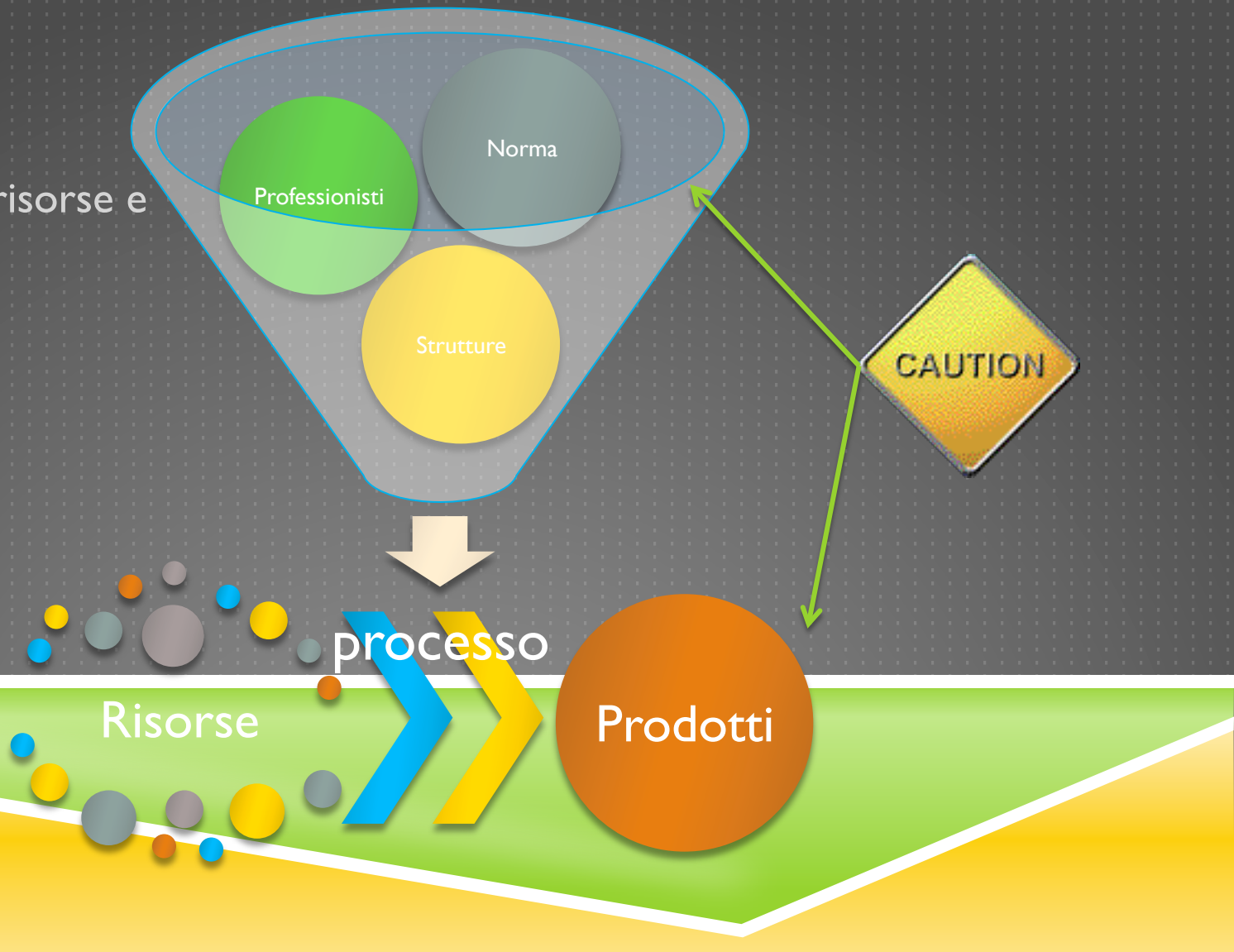
TUTELA DELLA DISABILITÀ TRA ASPETTI BIOLOGICI E SOCIOAMBIENTALI

Efficienza allocativa corrisponde al rapporto costi/esiti e al concetto di "costo-efficacia" di un processo.

Allocazione delle risorse e corretto utilizzo



LA "STRATIFICAZIONE" NORMATIVA:

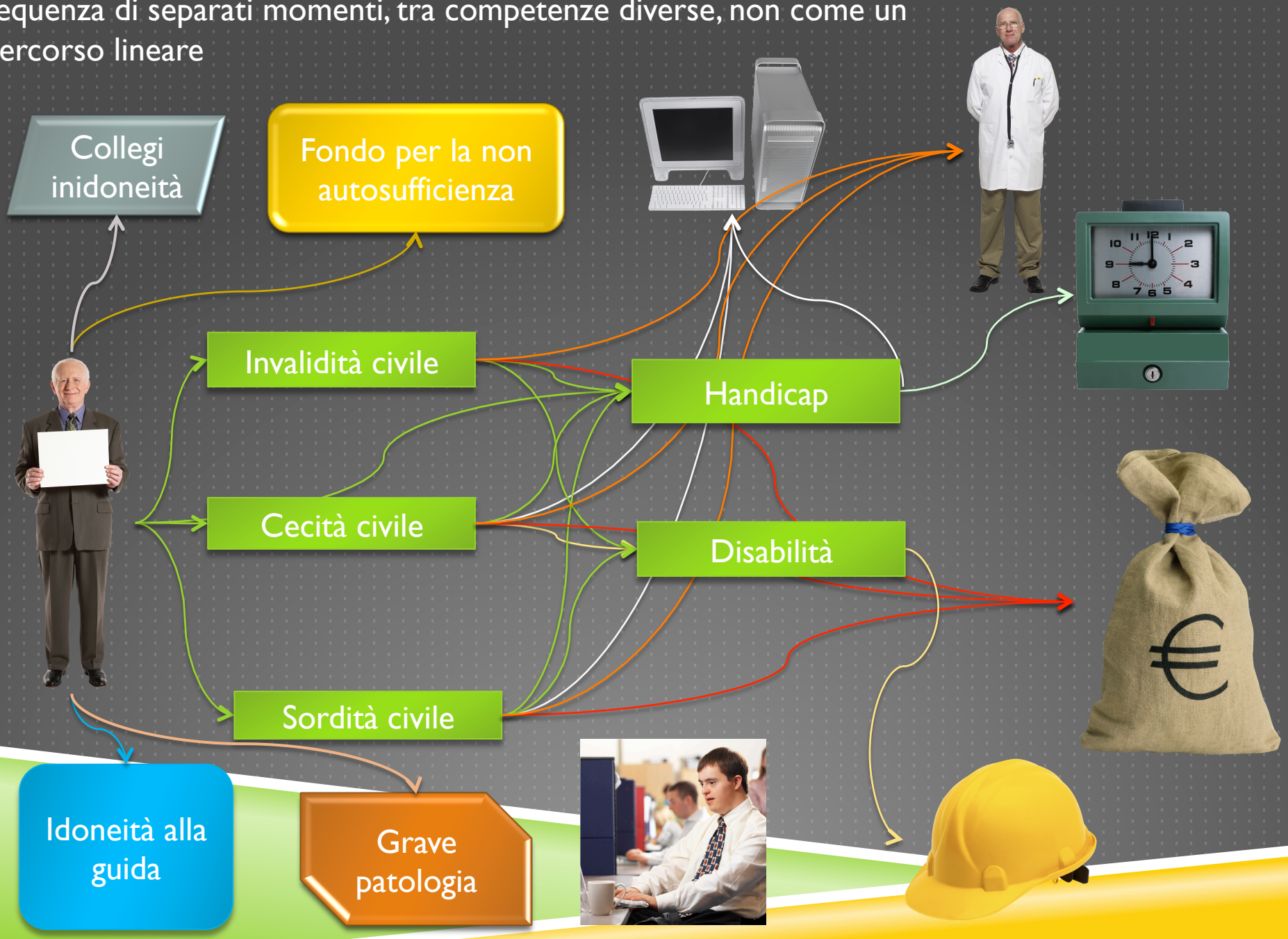
- plurimi interventi legislativi caratterizzati da parzialità o focalità, poco o male coordinati tra di loro
- intercorrenti provvedimenti normativi, di correzione o integrazione, attuati in maniera estemporanea, generalmente inserendo mirati articoli in provvedimenti d'urgenza o manovre finanziarie, rivolti in maggior parte a soddisfare esigenze parziali o peculiari interessi;
- intercorrenti circolari, note, disposizioni interpretative dei precedenti
- lettura dell'intero settore improntata a logiche di tipo prevalentemente giuridico-amministrativo più che a logiche sanitarie e assitenziali.

LA "STRATIFICAZIONE" NORMATIVA:

- Legge 5 ottobre 1962, n. 1539: Provvedimenti in favore dei mutilati e invalidi civili
- Legge 30 marzo 1971 n. 118
- Legge 23 dicembre 1978 n. 833 - Art. 26:
- Legge 11 febbraio 1980, n. 18
- D.M. 25 luglio 1980 Min. della Sanità
- Circolare Min. della Sanità 27 gennaio 1986 n. 500. 6/ AG. 1198/2660
- Legge 26 luglio 1988 n. 291 (D.L. 30 maggio 1988 n. 173)
- Legge 21 novembre 1988 n. 508
- D. Lgs. 23 novembre 1988 n. 509
- D.M. Sanità 20 dicembre 1988
- D.M. del Min. del Tesoro 20 luglio 1989 n. 292 e n. 293
- Legge 25 gennaio 1990 n. 8
- Legge 5 ottobre 1990 n. 295
- Legge 11 ottobre 1990 n. 289
- D.M. Sanità 9 novembre 1990
- D.M. Sanità 5 febbraio 1992
- Legge 5 febbraio 1992 n. 104:
- D.P.R. 21 settembre 1994, n. 698
- Legge 6 marzo 1998 n. 40, art. 39:
- D. Lgs. 31 marzo 1998 n. 112

- Legge 12 marzo 1999 n. 68
- D.P.C.M 13 gennaio 2000
- D.P.C.M. 26 maggio 2000
- Legge Regione Lombardia n. 1/2000 art. 4 comma 57 e DGR 22 dicembre 2000 n. 7/2856
- Circolare Regione Lombardia 26 gennaio 2001 n. 5
- Circolare Regione Lombardia n. 43 e n. 11 del 26 luglio 2001
- Decreto Regione Lombardia n. 25391 del 18 dicembre 2002
- Legge 2 dicembre 2005, n. 248; "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 settembre 2005, n. 203, recante misure di contrasto all'evasione fiscale e disposizioni urgenti in materia tributaria e finanziaria"
- Legge 9 marzo 2006, n. 80 : Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 4, recante misure urgenti in materia di organizzazione e funzionamento della pubblica amministrazione.
- Circolare Ministero dell'Economia e delle Finanze n. 759 del 29 marzo 2007
- D.M. 2 agosto 2007 'Individuazione delle patologie rispetto alle quali sono escluse visite di controllo sulla permanenza dello stato invalidante'
- Legge 18 giugno 2009, n. 69 "Disposizioni per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività nonché in materia di processo civile."
- Circolare INPS – Dir. Centrale Pensioni – Dir. Centrale Organizzazione – Dir. Centrale Sistemi Informativi e Tecnologici - Coordinamento Generale Medico Legale - Coordinamento Generale Legale, 6 agosto 2009, n. 97
- Legge 3 agosto 2009, n. 102 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, recante provvedimenti anticrisi, nonché proroga di termini e della partecipazione italiana a missioni internazionali"
- D.L. 24 giugno 2014, n. 90 convertito in Legge 11 agosto 2014, n. 114

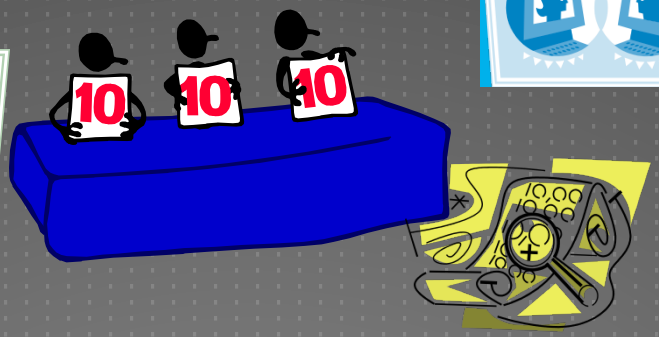
riconoscimento di status ed erogazione dei benefici concepiti come sequenza di separati momenti, tra competenze diverse, non come un percorso lineare



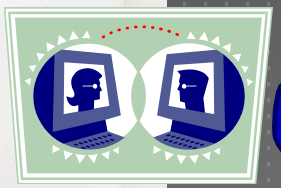
RIDONDANTE GAMMA DI MOMENTI ACCERTATIVI, RIPETIZIONE DI VISITE DI ACCERTAMENTO E DI SUCCESSIVI CONTROLLI SULLE STESSE

INPS II livello

CML INPS



ASL



Quante risorse umane servono per una valutazione medico-legale?

Quanto tempo viene dedicato alla "visita"?

QUANTE RISORSE RICHIEDE UNA VALUTAZIONE?

Cittadino

- Certificato medico curante
- Patronato / associazione di categoria
- Visita (con medico di fiducia)
- Eventuali approfondimenti
- Nuova visita
- Eventuale visita verifica

ASL

- Istruttoria sedute
- Sedute (3 + 1 medici)
- Riesame casi sospesi in seduta(3 + 1 medici)
- Visita a domicilio (1-2 medici)
- Trasmissione INPS
- Allineamento archivi con altri esiti INPS

INPS

- Verifica (1 medico) o partecipazione sedute ASL (1 medico)
- Verifica con visita (3 medici)
- Verifica 2° livello (1 medico)

ESITI

- Sistema basato su sfumate (interpretabili) graduazioni di livello (soglie) per accesso a benefici economici genera ripetute richieste
- Lo "status" di invalido non descrive esattamente quali siano i bisogni della persona e i servizi sono "costretti" ad effettuare ulteriori specifiche valutazioni
- Ogni momento valutativo ha propri indicatori e proprie valutazioni non comparabili fra loro e un linguaggio non omogeneo non solo in relazione le definizioni della convenzione Onu, ma tra gli stessi diversi momenti valutativi.

TECNICA DEI "BENEFIT"

- (spesso per corporazioni) con aggancio della condizione "sanitaria" (non menomativa!) a benefici predefiniti invece di riconoscimento dei benefici in relazione al bisogno.

Condizione	Economici	Lavoro	Ticket	Protesi ed ausili	Alloggi popolari	Fiscale	Sussidi tecnici / informatici	Trasporti	Veicoli	Pene detentive
> 33%			*	*						
> 45%		*								
> 49%		*								
> 59%		*								
> 60%					*					
> 66%			*		*			*		
> 66% + Handicap		*								
> 66% e < 80%		*								
> 70%										*
> 73%	*									
> 74 %		*								
> 79%		*								
> 79% + Handicap		*								
100%	*		*					*		
Accompagnamento (05)	*		*					*		
Assistenza personale continuativa (codice 06)	*		*							
Assistenza personale continuativa (codice 06) e disabilità psichica								*		
Cecità assoluta	*	*	*	*			*	*	*	
Cecità parziale	*	*	*	*			*	*	*	
Disabilità psichica		*								

Condizione	Economici	Lavoro	Ticket	Protesi ed ausili	Alloggi popolari	Fiscale	Sussidi tecnici / informatici	Trasporti	Veicoli	Pene detentive
Grave limitazione della capacità di deambulazione o affetti da pluriamputazioni									*	
Handicap	*					*				
Handicap grave		*								
Handicap grave + grave limitazione della capacità di deambulazione (o pluriamputazioni)									*	
Handicap intellettivo o psichico (da RC)		*								
Handicap o disabili ad essi equiparati							*			
Handicap psichico o mentale + indennità di accompagnamento									*	
Indennità di frequenza	*		*					*		
invalidità civile e capacità di deambulazione sensibilmente ridotta								*		
Ipovedenti gravi		*		*			*	*	*	
Ridotte o impedite capacità motorie permanenti									*	
Sordomutismo	*	*	*	*			*	*	*	

A PARITA' DI CONDIZIONE DIVERSI BENEFICI

Invalidità del lavoro

(danno biologico): 28%; Decreto Legislativo n. 38/2000;

Rendita vitalizia

Invalidità civile

(capacità lavorativa generica): 30% (+/- 5%) D.M. Sanità 5 febbraio 1992;

Protesi?

Pensionistica di guerra

(capacità lavorativa generica): 5^ categoria; D.P.R. n. 934/1981 e successive modifiche;

Rendita vitalizia

Collocamento mirato

Pensionistica di privilegio:

(capacità lavorativa generica): 5^ categoria; D.P.R. n. 934/1981 e successive modifiche.

Rendita vitalizia

Collocamento mirato

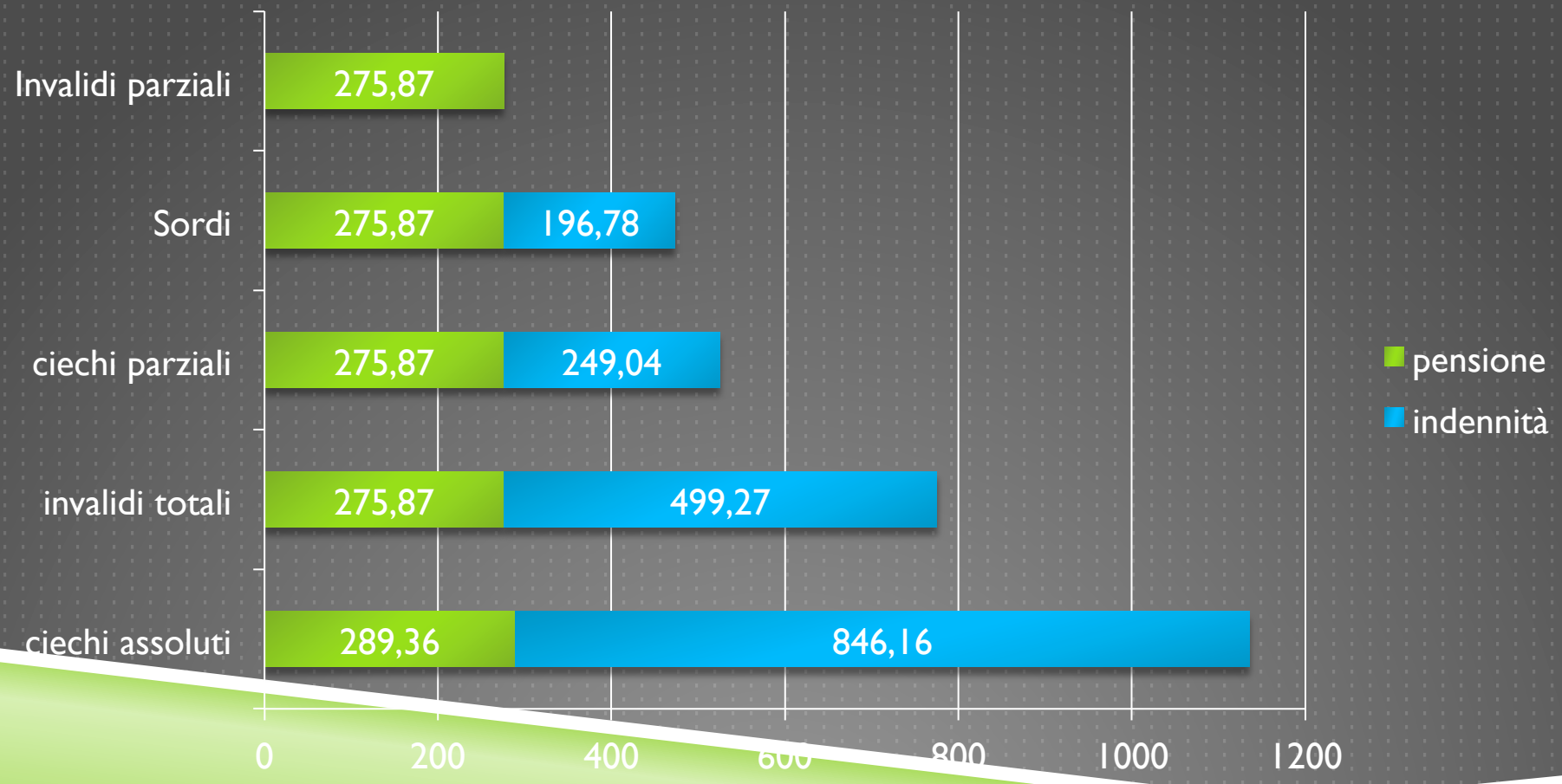
perdita (anatomica o funzionale) di un occhio con l'occhio superstite integro

STESSO BENEFICIO: DIVERSE SOGLIE

Invalidi civili	minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e portatori di handicap intellettivo con riduzione della capacità lavorativa superiore al 45%
non vedenti	residuo visivo non superiore a 1/10 in entrambi gli occhi
sordomuti	sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata
inv. del lavoro	invalidità INAIL > 33%
inv. di guerra, inv. civili di guerra, per servizio	I - VIII cat.

Collocamento mirato (art. 1 L. 68/99)

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE: BENEFICI



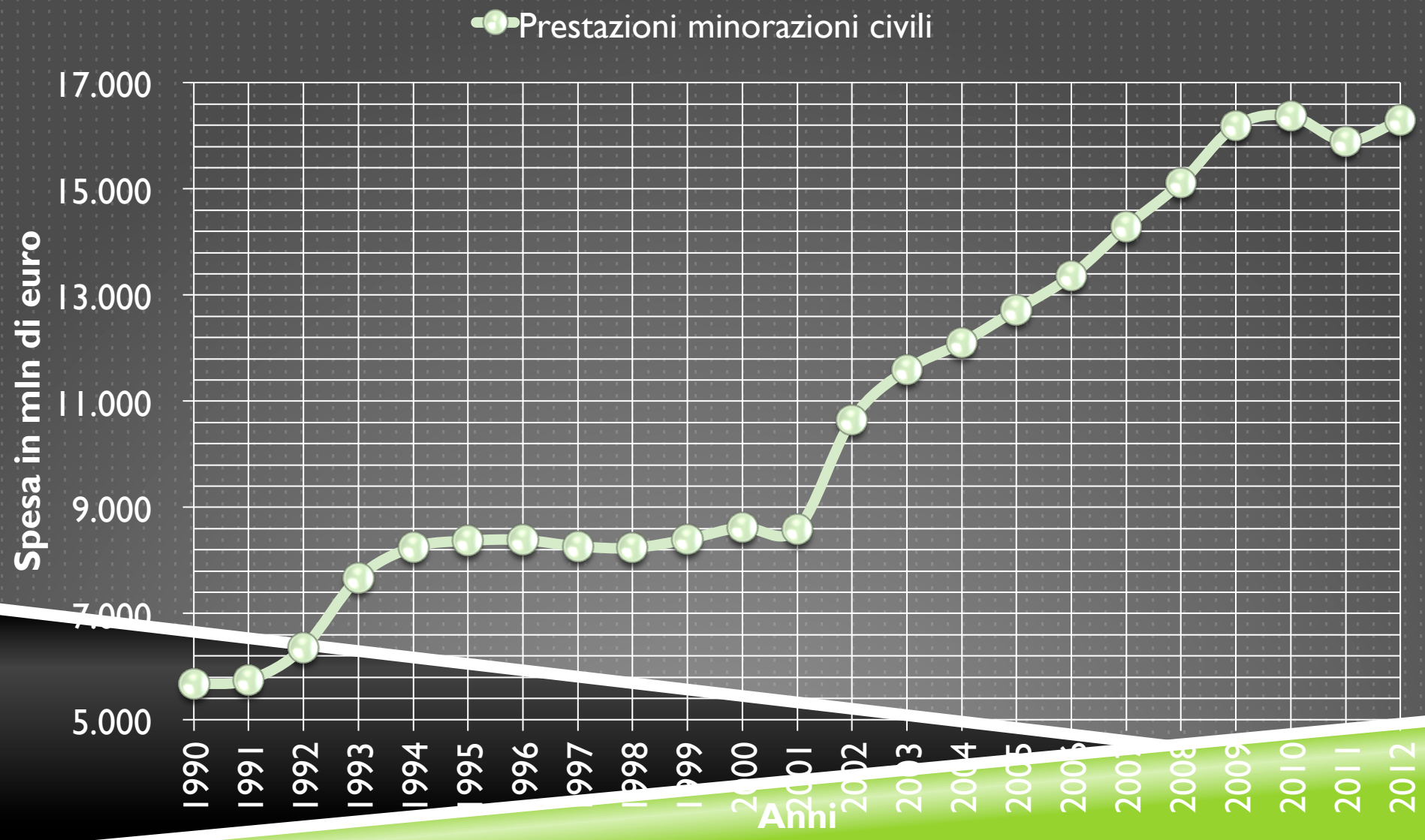
La situazione attuale nella cooperazione ASL - INPS

il cui esito non sono informazioni utili alla lettura della disabilità come definita dall'ONU;

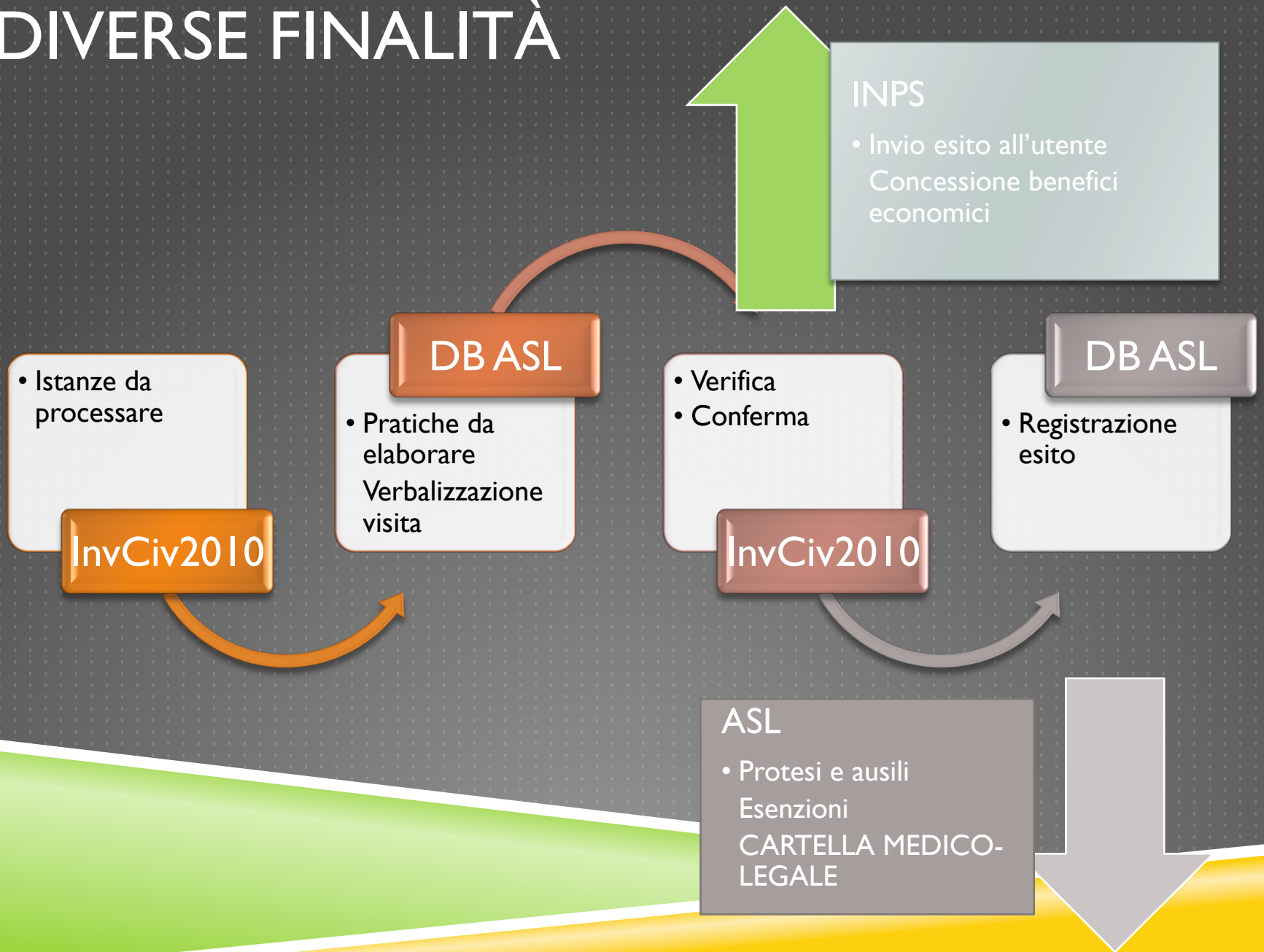
NOVEMBRE 2013 - CORTE DEI CONTI:
DETERMINAZIONE E RELAZIONE DELLA SEZIONE DEL CONTROLLO SUGLI ENTI SUL RISULTATO DEL CONTROLLO ESEGUITO SULLA GESTIONE FINANZIARIA DELL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE (INPS) PER L'ESERCIZIO 2012

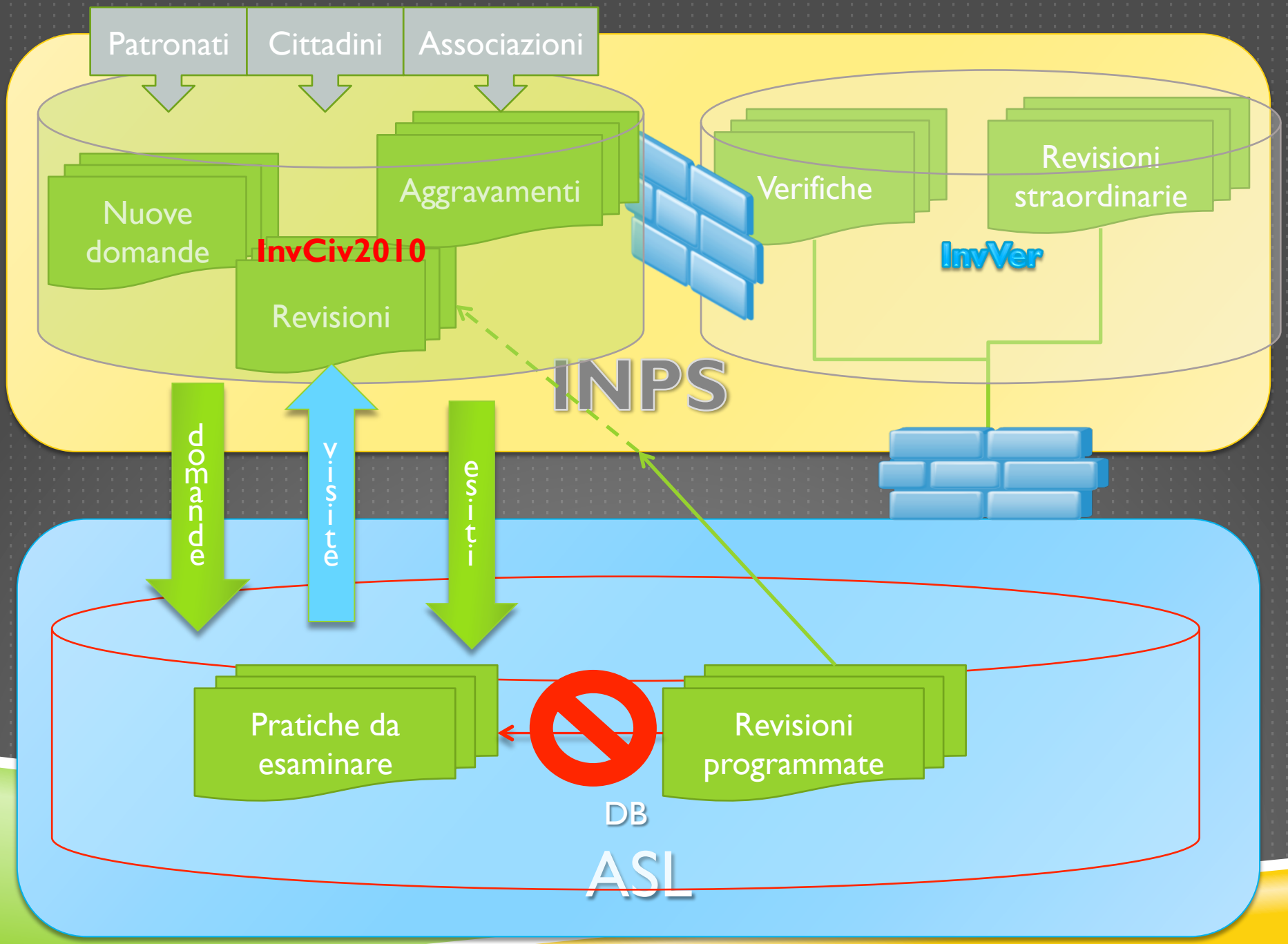
- la perdurante criticità dell'invalidità civile ha ampiamente confermato l'improrogabilità di un intervento legislativo volto a completare il trasferimento delle competenze dell'intero procedimento in capo all'INPS, nella constatata inefficacia delle scelte procedurali operate e del massiccio ricorso a medici esterni convenzionati, che mette a rischio le capacità di governo del settore da parte dell'Ente;

L'ANDAMENTO DELLA SPESA NEL SETTORE INVALIDITÀ (FONTE DATI: ISTAT)



DIVERSE FINALITÀ




Patronati
Cittadini
Associazioni
Nuove domande
Aggravamenti
InvCiv2010
Revisioni
Verifiche
Revisioni straordinarie
InvVer
INPS
domande
visite
esiti
Pratiche da esaminare
Revisioni programmate
DB
ASL

MODIFICHE DELLO "STATUS DI INVALIDITÀ" E AGGIORNAMENTO DELLE ANAGRAFI

PROCEDURA PER GESTIONE MODIFICHE STATUS INVALIDITÀ A SEGUITO DI SENTENZA

Gli utenti interessati presentano domanda all'INPS

- INPS notifica alla ASL le sentenze, esito di ricorso.

ASL verifica la posizione e lo storico relativo all'invalido e notifica ad INPS il caso quale "revisione per presa atto sentenza", correlando la comunicazione con le eventuali altre posizioni (handicap e/o disabilità quando presenti preesistenti giudizi) da revisionare.

Il Centro Medico-Legale INPS, ricevuta la comunicazione, inserisce il caso in cooperazione applicativa.

Il caso, acquisito nel sistema informatico ASL, sarà valutato, possibilmente sulla base della sola documentazione agli atti, in una apposita commissione di invalidità (integrata ai sensi della Legge 68/99) presso il Servizio di Medicina Legale.

I nuovi giudizi saranno trasmessi mediante cooperazione applicativa all'INPS segnalandoli contestualmente con specifico avviso mediante posta elettronica.

IN SINTESI: AD OGGI LE RISORSE SONO AMPIAMENTE SPRECATE CON

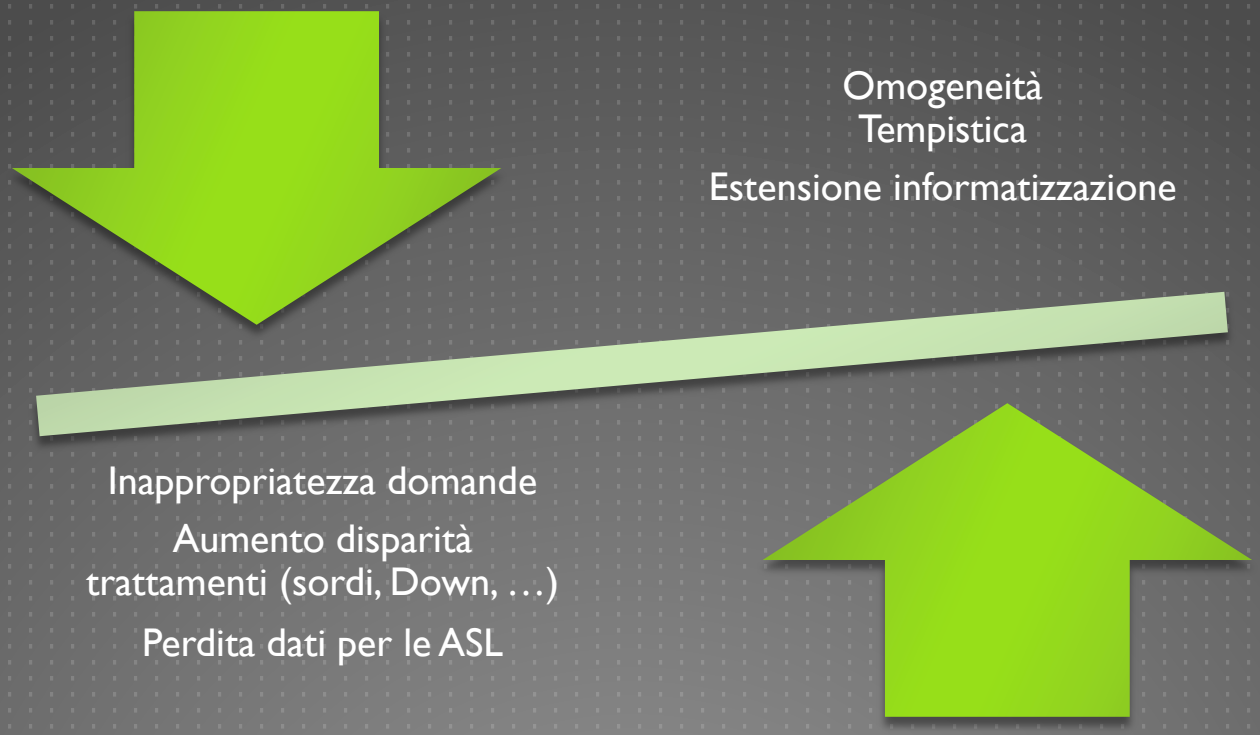
Sistemi di misurazione inadeguati

Tempi?

Ripetute verifiche

Eterogeneità di benefici

Risultati casuali


Omogeneità
Tempistica
Estensione informatizzazione
Inappropriatezza domande
Aumento disparità
trattamenti (sordi, Down, …)
Perdita dati per le ASL

SIAMO FORSE IN UN VIDEOGIOCO?

IN ATTESA DEL TESTO UNICO…

- Restituzione del significato "assistenza sociale" al sistema: disabile affidato ad un "servizio socio-sanitario" che ne semplifica il percorso
- Separazione netta fra controllo/erogazione e accertamento
- Superamento del vincolo della collegialità della valutazione con riconoscimento della competenza specialistica in forma monocratica (in analogia agli altri settori della medicina sociale);
- Previsione di un un secondo grado tecnico di giudizio valutativo (collegiale) qiuale strumento per riduzione del contenzioso giurisdizionale e degli "aggravamenti" inappropriati;
- Affidamento del governo ai Servizi di Medicina Legale con certificazione di qualità dei processi