

Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità

**Percorsi per la revisione del sistema di accesso, valutazione
e certificazione della condizione di disabilità**



*Ministero del Lavoro
e delle Politiche Sociali*

Direzione Generale per l'Inclusione e le
Politiche Sociali

L'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, istituito dalla legge n. 18 del 3 marzo 2009 di ratifica ed esecuzione della Convenzione ONU sulla disabilità, rientra nell'ambito del c.d. "meccanismo di coordinamento" che gli Stati parti hanno l'obbligo di designare al fine di promuovere e monitorare l'attuazione della Convenzione ai sensi dell'art. 33, par.1.

L'Osservatorio presieduto dal Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, o dal Sottosegretario delegato opera in ordine:

- alla promozione dell'attuazione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, siglata a New York il 13 dicembre 2006;
- alla predisposizione di un programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, in attuazione della legislazione nazionale e internazionale;
- alla promozione della raccolta di dati statistici e della realizzazione di studi e ricerche sul tema;
- alla predisposizione della relazione sullo stato di attuazione delle politiche sulla disabilità.

Nell'ambito dell'Osservatorio è istituito un Comitato tecnico scientifico con finalità di analisi e di indirizzo scientifico al cui interno operano otto Gruppi di lavoro con il compito di approfondire particolari tematiche che vanno a coprire tutti i principali ambiti di riferimento indicati dalla Convenzione ONU.

In particolare, questo lavoro è frutto dell'attività svolta dal **Gruppo di lavoro 1: Riconoscimento della condizione di disabilità e valutazione multidimensionale finalizzata a sostenere il sistema di accesso e la progettazione personalizzata.**

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
Direzione Generale per l'inclusione e le Politiche Sociali
Via Fornovo, 8 – 00192 Roma
Tel. (+39) 0646834132
Segreteria.ond@lavoro.gov.it

ISFOL
Corso d'Italia, 33
00198 Roma
Tel. (+39) 06854471
Fax (+39) 0685447334
Segreteria.ond@isfol.it

Percorsi per la revisione del sistema di accesso, valutazione e certificazione della condizione di disabilità

Giugno 2016

Sommario

Introduzione	4
La sintesi delle criticità	5
Gli assi di intervento e risultati attesi	8
I percorsi	11
Nuovo procedimento: sintesi delle competenze	23
Valutazione di base monocratica per la disabilità: schema di flusso.....	25
Valutazione di base collegiale per la disabilità: schema di flusso.....	25

INTRODUZIONE

Il documento riprende le analisi, le premesse e le indicazioni generali espresse nel Capitolo 3 – Linea di intervento 1 “Revisione del sistema di accesso, riconoscimento/certificazione della condizione di disabilità e modello di intervento del sistema socio-sanitario” del Decreto del Presidente della Repubblica 4 ottobre 2013 recante “Adozione del programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l’integrazione delle persone con disabilità.”

L’intento è quello di ridisegnare un percorso che sia sostenibile ed efficace/efficiente nell’interesse dei diritti della generalità dei cittadini, ma anche della qualità del sistema di protezione sociale attuale e futuro, capace di promuovere e migliorare l’equità e la trasparenza delle valutazioni.

Perseguire tale intento comporta evidenziare le attuali criticità (ma in modo volutamente sintetico), e da queste profilare soluzioni che incidano radicalmente sul sistema e sui processi, anche con effetti sui costi di gestione del sistema attualmente notevolmente sovradimensionati.

Tali azioni, per poter puntare al successo, comportano una convergenza di azione di diversi attori (Ministero, Regioni, INPS) ma anche la intrinseca collaborazione di diversi sistemi (sociale, sanitario, scolastico, servizi per l’impiego) oltre al confronto con le associazioni delle persone con disabilità e con le competenze ed esperienze dei patronati sindacali.

Non va dimenticato che attualmente il riconoscimento dei diversi status di “minorati” civili e di persone con *handicap* (L. 104/1992), di disabili ai fini lavorativi (L. 68/1999), di alunno con *handicap*, generano – in maniera spesso confusa – benefici diversi da quelli della mera erogazione di provvidenze monetarie assistenziali, quali, ad esempio, l’accesso ad agevolazioni fiscali e ad agevolazioni lavorative oppure all’attivazione di specifici servizi o prestazioni.

Parallelamente alla costruzione di nuovi modelli di valutazione, quindi, è da redigere una regolamentazione che renda omogenee la nuova criteriologia con l’accesso a tali benefici.

Parimenti – per concludere le premesse generali – il nuovo sistema di valutazione deve essere in grado di graduare la condizione di disabilità e/o definire criteri per l’accesso a servizi e benefici (soglie) sulla base di limitazioni nella attività in aree specifiche di funzionamento (ad esempio necessità di assistenza per le limitazioni nello svolgimento degli “atti quotidiani delle vita”).

LA SINTESI DELLE CRITICITÀ

Iniziamo quindi dall'elenco sintetico delle *criticità*, alcune delle quali sono, ovviamente fra loro connesse e pertanto la loro suddivisione ha il solo scopo di offrire maggiore scorrevolezza nella lettura.

Frammentazione e separazione degli status:

di fatto in Italia sussistono due modalità e due percorsi di accertamento ("*handicap*" e invalidità, sordità e cecità civile) la cui superflua sovrapposizione è rimarcata da anni (già la legge 335/1995 ne prevedeva la "fusione"). A tali percorsi se ne aggiungono altri quali quello relativo alla legge 68/1999, quello richiesto per la condizione di alunno con *handicap* (premessa alla successiva definizione del PEI), quello attivati a livello regionale per la "non autosufficienza".

A questo si aggiungano le situazioni invalidanti indicate dalla Legge 222/1984, quelle per causa di servizio, quelle di lavoro: i relativi status comportano in taluni frequenti casi un ulteriore passaggio per l'accertamento ora dell'invalidità civile ora dell'*handicap*.

Modalità di valutazione/accertamento superate:

molto si è espresso in termini critici della attuali modalità "tabellari" di valutazione delle minorazioni civili, che trovano il loro fondamento sulla inabilità lavorativa generica, sugli output percentualistici poco spendibili in termini di progettazione e, per quanto finalizzati al *cut off* per l'accesso o meno a determinate prestazioni, spesso molto dubbi in termini di equità ed effettiva rappresentazione della condizione della persona anche e soprattutto in termini di capacità lavorativa. Di fatto – scientifica o meno che la si possa ritenere – la modalità è poco funzionale alla elaborazione di politiche e servizi, alla individuazione delle particolari necessità di supporto o di presa in carico o di progettazione individualizzata, alla calibrazione e alla ponderazione degli interventi, alla costruzione di politiche di *long term care* o, ultimo ma non ultimo, alla realizzazione di interventi inclusivi.

E mentre per le minorazioni civili è previsto un articolato sistema di valutazione tabellare, per la condizione di *handicap* è del tutto assente una criteriologia condivisa che consenta con nettezza di individuare la condizione cosiddetta di "*gravità*".

Inefficacia in termini progettuali:

il complesso sistema di gestione degli accertamenti e i suoi esiti sono inefficaci e superflui ai fini della progettazione individuale, ma anche, più banalmente, per l'accesso a prestazioni garantite a livello regionale (si pensi agli assegni di cura, ma solo a mo' di esempio). Ciò ha generato ambiti di valutazione supplementare a quelli della minorazione civile e dell'*handicap* realizzati a livello regionale (Unità di valutazione multidisciplinare) che hanno a loro volta adottato criteri di valutazione propri non omogenei o sovrapponibili.

Una scelta questa resa necessaria dalla inadeguatezza dei sistemi di valutazione legati alle normative nazionali ma che aumenta gli oneri a carico del cittadino e la spesa pubblica, in uno scenario in cui due momenti di valutazione/accertamento non comunicano fra loro.

Costi di gestione:

Nonostante il cambiamento attivato con l'art. 18 c. 22 D.L.6 luglio 2011 n. 98, convertito nella Legge 15 luglio 2011 n. 111, che consente alle Regioni di demandare ad Inps, attraverso convenzioni, le procedure per l'accertamento, i verbali di invalidità e di *handicap* sono ancora in parte emessi in prima istanza dalle Commissioni ASL, integrate dal medico Inps (5/6 componenti) e poi verificati da omogenee Commissioni INPS.

Le revisioni sono in capo alle Commissioni INPS. Va detto che in molte delle regioni i componenti medici delle Commissioni ASL percepiscono un “incentivo” o un “gettone” variamente disciplinato. Vi sono poi da imputare tutti i costi amministrativi in capo all’INPS e in capo alle ASL. In termini di spesa complessiva e di impegno di risorse professionali il sistema rappresenta un costo decisamente sproporzionato rispetto agli output prodotti. A questi costi si aggiungono quelli delle verifiche a campione e dei piani straordinari (1.250.000 verifiche fra il 2009 e il 2015). Anche in questo caso, oltre ai costi per il personale medico, vanno computati i costi amministrativi e quelli legati ad un imponente contenzioso. Il fatto stesso che si sia ritenuto di dover reiterare piani straordinari di verifica dimostra con tutta evidenza che si ritiene – implicitamente – il sistema di valutazione e accertamento poco affidabile nonostante la mole di personale coinvolto.

Tempi di attesa:

nonostante recenti interventi di semplificazione amministrativa, rimane cronica la questione dei tempi medi di attesa per l’accertamento e per la successiva eventuale concessione delle provvidenze economiche. Senza aprire il tema della criticità di sistema, va rammentato che il percorso vede il coinvolgimento da un lato delle ASL e dall’altro di INPS. Alcune recenti sperimentazioni territoriali che vedono l’affidamento dell’intero iter ad INPS sembrano produrre buoni risultati sulla riduzione dei tempi di attesa.

Ulteriori tempi dilazionati vanno considerati per l’aspetto del contenzioso in giudizio che, peraltro, è un fenomeno numericamente imponente e dai costi (siano essi a carico del cittadino o della collettività) di dimensioni enormi - di cause pendenti o nuove – per centinaia di migliaia di cause civili ogni anno.

Dispersione delle responsabilità:

la scelta “collegiale” nella individuazione della percentuale di invalidità o graduazione dell’*handicap*, se da un lato dovrebbe comportare una competenza multidisciplinare, dall’altro rende molto più rarefatta l’individuazione delle responsabilità, l’imputabilità dei risultati operativi, il monitoraggio sugli esiti operativi e il conseguente uso di indicatori. Rimane il dubbio insoluto se la scelta di giudizio collegiale sia sempre così necessaria ed efficiente a prescindere dalla casistica o possa, invece, ritenersi sovradimensionata in molte situazioni di assoluta evidenza clinica e non sia invece sottovalutata l’esigenza di una più accentuata specializzazione in sede di valutazione delle specifiche “patologie o affezioni o menomazioni”.

Sottovalutazione epidemiologica/anagrafica:

i dati derivanti dal Bilancio sociale INPS e dalle elaborazioni ISTAT indicano che circa il 50% dei titolari di indennità di accompagnamento sono persone con più di 80 anni. La percentuale sfiora il 75% se si abbassa la soglia di osservazione ai 65 anni di età. Va ricordato che nel caso degli ultra65enni le Commissioni sono chiamate a stabilire se sussistano o meno le condizioni per la concessione dell’indennità di accompagnamento oppure – solo ai fini di eventuali prestazioni di natura sanitaria – se ci siano persistenti difficoltà a svolgere gli atti quotidiani della vita. È da ritenere – prudenzialmente – che almeno il 60% delle sedute di valutazione riguardino persone con più di 80 anni con una netta ed evidente prevalenza di patologie tipiche della terza età.

In realtà il sistema non tiene in considerazione tale evidenza epidemiologica e, non separando i percorsi, non coglie l’opportunità di rendere più efficiente la valutazione prevedendo il coinvolgimento dei servizi territoriali. Da ciò derivano probabili dispersioni di risorse economiche ed umane ed un appesantimento dell’intero sistema.

Il percorso (e le commissioni) è il medesimo per i minori, gli adulti, gli anziani senza distinzioni che differenzino le peculiarità, valorizzino le specifiche competenze, rendano più agile l’intero sistema,

consentano formazione specifica dei singoli operatori a favore della omogeneità e trasparenza valutativa. La stessa presenza di un medico specialista nella “patologia da esaminare” è condizione pur prevista dalla normativa vigente ma, come quotidianamente riportato dalle persone, spesso disattesa.

Qualità e trasparenza dei processi:

L’attuale sistema di accertamento non garantisce una globale trasparenza dei processi e l’adozione di comuni criteri di qualità di esito, di attività dei singoli operatori coinvolti: medici, patronati, associazioni, commissioni, apparato amministrativo. La profonda disomogeneità territoriale e le diversissime esperienze riportate soprattutto dai cittadini ne sono la riprova. L’assenza di criteri - trasversali e per fasi - di qualità impedisce, oltre all’adozione di un adeguato sistema di indicatori, anche la messa a regime di soluzioni volte alla verifica, alla formazione, all’aggiornamento delle professionalità coinvolte e dei servizi a vario titolo attivati inclusi quelli dei patronati e delle associazioni. Conseguentemente convivono risposte di eccellenza e scadenti prestazioni.

Fonti statistiche insufficienti e inadeguate:

L’attuale frammentato sistema di accertamento delle diverse invalidità, dell’*handicap*, della disabilità, nonostante l’ingente impegno di risorse non è strutturato per restituire agilmente e con prerequisiti di comparabilità elementi sufficienti e utili al Sistema Statistico Nazionale e in particolare ISTAT. L’impegno di ISTAT, che sugli aspetti quantitativi si basa su dati in possesso di INPS (non quindi completi), non può che produrre esiti conseguenti alla tipologia delle fonti, rimanendo lontano dalle sfide di analisi statistica previste dalla Convenzione ONU o, comunque, ottenendo risultati inferiori a quelli che potenzialmente potrebbe ottenere.

Superfluo sottolineare che l’attività del sistema statistico è strettamente necessaria all’analisi di impatto preventiva e successiva all’adozione di norme e quindi politiche e servizi.

GLI ASSI DI INTERVENTO E RISULTATI ATTESI

Asse 1

Il primo asse è, innanzitutto, quello dell'*unificazione di tutti i momenti valutativi di base* attuali (invalidità, sordità e cecità civile /*handicap*) ricomponendo le valutazioni di base in un unico percorso con una sola criteriologia e con esiti (classi, fasce, livelli, che dir si voglia) unificati. Ma è anche quello della semplificazione dei processi, dell'abbreviazione dei tempi di attesa. L'unificazione non comprende solo l'invalidità/sordità cecità civile e l'*handicap*, ma include anche la valutazione di base ai fini della legge 68/1999 e quella di alunno con *handicap* (la successiva redazione di progetti individualizzati viene, comunque, effettuata in ambiti diversi e multidisciplinari).

L'impatto atteso è rispetto ai tempi e agli oneri del cittadino, ma anche nella diminuzione di costi e degli oneri a carico dell'Erario e della Pubblica amministrazione, oltre che in una semplificazione nella lettura stessa dei verbali prodotti.

Asse 2

Il secondo asse mira a disgiungere la *valutazione di base* (cui ci si riferisce al punto precedente) cioè quella strettamente necessaria ad individuare uno status che dà diritto a prestazioni di servizi o monetarie di rilievo nazionale ed a benefici fiscali o lavorativi (es. permessi ex art. 33 legge 104) dalla *valutazione multidimensionale*, propedeutica alla redazione ai progetti individuali o all'accesso a prestazioni più strettamente regionali.

Ciò consente di specificare e specializzare la valutazione multidimensionale a seconda anche dei servizi regionali specifici, rendendola inoltre un livello essenziale nazionale. Ciò è reso più efficace anche usando le risorse liberate dalla valutazione di base.

Asse 3

Il terzo asse punta a qualificare, *responsabilizzare, monitorare le competenze valutative di base*. Tale valutazione, sia essa collegiale o monocratica, dovrà avere l'avvertenza di disciplinare ed orientare l'uso degli strumenti valutativi, di valorizzare le relazioni con i servizi specialistici del territorio, di potenziare la tracciabilità della documentazione clinica e sanitaria, di uniformare, almeno per le patologie e minorazioni più frequenti, i test o le batterie di test o scale obbligatoriamente da usare.

La valutazione multidimensionale rimane incardinata nel territorio di riferimento, ma vanno previsti criteri e indicatori unificati che consentano una ampia, omogenea ed efficace considerazione delle limitazioni delle attività e della partecipazione, oltre che dei fattori personali ed ambientali.

È auspicabile – anche in chiave di ottimizzazione delle risorse, l'adozione di strumenti adeguati che, nella logica sopra indicata, consentano la trasparenza dello scambio informativo e la piena interoperabilità, non solo semantica, delle informazioni raccolte.

Per inciso non va considerato come marginale l'abbattimento drastico dei costi che deriva dall'adozione di queste scelte.

La qualificazione dei servizi investe anche le attività dei patronati sindacali – già in larga misura oggetto di disciplina vigente - e delle associazioni coinvolte nel processo, puntando a riconoscere e monitorare – secondo indicatori condivisi – il valore aggiunto dimostrabile nella prassi operativa di affiancamento al cittadino.

Asse 4

Il quarto asse mira alla *separazione dei percorsi valutativi di base* per gli anziani, da quelli previsti per gli adulti e i minori. A ben vedere si tratta di differenze che risiedono nel momento diagnostico, nelle relazioni con i servizi, nelle rivalutazioni nel tempo, ma anche di formazione e specializzazione dei singoli medici.

Asse 5

Il quinto asse è quello che riguarda la *criteriologia* e gli strumenti che rendono operativa la valutazione di base. Dovrà essere privilegiato l'uso di strumenti di valutazione di riconosciuta validità sul piano dell'evidenza scientifica internazionale.

La strumentazione valutativa, sia pure con opportuni adattamenti legati all'età, dovrà consentire in modo trasparente e solido di:

- a) graduare le limitazioni nella attività legate alla cura della propria persona, alla comunicazione e alla realizzazione di una lista essenziale di attività della vita quotidiana come indicatori indiretti di necessità assistenziali specifiche e aver cura che sia chiarito il legame specifico tra le limitazioni evidenziate e la condizione patologica e le menomazioni della persona; l'obiettivo è quello di riportare a criteri certi, il riconoscimento, anche per i minori e per l'incidenza della loro disabilità sui carichi familiari, dell'attuale indennità di accompagnamento – impossibilità a svolgere gli atti quotidiani della vita e non deambulazione; L'obiettivo è anche riconducibile alla attuale condizione di *handicap grave*, art. 3 comma 3, legge 104 e a quello di porre le base per dare fondamento all'incerto concetto di non autosufficienza anche in previsione di compiute politiche di *long term care*;
- b) definire un punteggio per consentire poi la definizione di soglie differenziate per l'accesso a benefici di varia natura;
- c) indicare in modo univoco le condizioni di dipendenza vitale da apparecchi elettromedicali, la presenza di pluri-amputazioni degli arti (finalizzata a particolari benefici fiscali), la limitazione della deambulazione (ai fini della concessione del contrassegno disabili);
- d) mettere in luce, attraverso procedure interne di congruenza e controllo, la coerenza del quadro di limitazioni nelle attività con la documentazione clinica e sanitaria acquisita o da acquisire; semplicità d'uso, massima valorizzazione dell'informazione raccolta in sede di visita, contenimento dei tempi di svolgimento;
- e) esplicitare gli elementi utili al collocamento mirato e richiesti ai fini del sostegno scolastico;
- f) indicare in modo esplicito la riconducibilità delle diverse situazioni a condizioni che escludono la rivedibilità, ferme restanti quelle già previste dalla vigente normativa.

Asse 6

Il sesto asse persegue l'esigenza di un *monitoraggio completo* dei percorsi, dell'efficacia e dell'efficienza, della spesa legata al contenzioso. La trasparenza dei dati è nella direzione della logica degli open data. Il monitoraggio del percorso e degli esiti trova significato sia rispetto all'attività dei medici valutatori che rispetto alla spesa complessiva di natura assistenziale, socio-assistenziale, socio-sanitaria e di altri benefici in combinazione con il Casellario dell'assistenza già esistente e in modo convergente rispetto agli obiettivi dello stesso, fra i quali, ricordiamolo, vi è la possibilità di consentire la valutazione pre-post dell'impatto di politiche e servizi oltre al doveroso (decreto legislativo 322/1989) trasferimento di dati all'ISTAT.

Asse 7

L'ultimo asse (per molti versi trasversale) mira ad incidere sul *contenzioso*, fenomeno imponente quanto a costi e aggravio per la giustizia civile, oltre che per il cittadino. Va rivisto e reintrodotta, qualificandolo, il *ricorso amministrativo*, definendone le competenze e le implicazioni. I dati di contenzioso devono essere pubblici così come gli altri indicatori di efficacia, aggregati per sede INPS. Contestualmente va prevista una

congruente razionalizzazione dei relativi procedimenti giurisdizionali per la generalità del nuovo sistema di valutazione.

Gli assi in sintesi

Asse 1	Unificare i momenti e criteri valutativi di base (invalidità, handicap, disabilità, alunno con handicap per la parte di valutazione di base)
Asse 2	Disgiungere la valutazione di base dalla valutazione multidimensionale legata ai progetti individualizzati.
Asse 3	Responsabilizzare, monitorare le competenze valutative di base. La valutazione di base (monocratica o collegiale) Qualificare, valorizzare e monitorare le attività delle associazioni coinvolte e dei patronati sindacali (unificando i meccanismi di controllo già previsti dalla Legge n. 152/2001)
Asse 4	Separazione dei percorsi valutativi di base per età (minori, adulti anziani) Attribuzione della valutazione a medici con specifiche competenze e formazione.
Asse 5	Revisione della criteriologia della valutazione di base (trasparenza, omogeneità, output chiari e graduati, verifica della congruità, semplicità d'uso)
Asse 6	Monitoraggio completo dei percorsi e trasparenza dei dati.
Asse 7	Contenimento del contenzioso e reintroduzione di modalità di ricorso amministrativo.

I PERCORSI

Il certificato introduttivo telematico

La valutazione di base per la disabilità viene richiesta dall'interessato o dall'esercente la responsabilità genitoriale o dal tutore o dall'amministratore di sostegno o dal curatore rivolgendosi ad un medico accreditato al rilascio del certificato introduttivo telematico.

I medici– ivi compresi quelli di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i direttori sanitari o i medici responsabili o i medici specialisti per patologia delle strutture sanitarie e/o socio-sanitarie pubbliche e/o private in regime di convenzionamento o di accreditamento, specie dei centri specializzati di riferimento (quali quelli per le singole malattie rare) e più in generale tutti gli esercenti la professione medica – possono richiedere l'autorizzazione all'INPS e accedono al sistema informatico gestito dall'Istituto con codice identificativo univoco (PIN).

L'interessato può rivolgersi a qualsiasi medico in possesso di autorizzazione anche all'esterno del proprio ambito di residenza.

Nel certificato introduttivo il medico riporta:

- i dati anagrafici dell'interessato;
- il numero di tessera sanitaria o STP (o Straniero Temporaneamente Presente)
- anamnesi, obiettività, diagnosi, terapie in corso
- inquadramento nosologico della condizione prevalente finalizzato all'individuazione del medico valutatore e quindi:

Condizioni particolari:

- Cecità o ipovisione grave
- Sordità prelinguale
- Oncologia/oncoematologia
- Eventi vascolari acuti

Età 0-17

- Disturbi intellettivi e/o relazionali, del neurosviluppo, neurologici, psichiatrici
- Condizione neuromotoria

Età 18-65:

- Condizione internistica
- Condizione neuromotoria
- Condizioni connesse all'ambito cognitivo e/o relazionale, del neurosviluppo
- Condizione psichiatrica
- Altro

Età >65:

- Deterioramento cognitivo, intellettivo e/o relazionale
- Condizione internistica
- Condizione neuromotoria

- eventuale richiesta di visita domiciliare nei casi in cui ricorrano rischi per l'incolumità dell'interessato nel recarsi a visita ambulatoriale o ricorrano altre gravi condizioni che la rendano di difficile gestione (es. dipendenza vitale da macchine).

Il sistema consente di acquisire, contestualmente alla certificazione introduttiva, documentazione sanitaria (referti, lettere di dimissioni, test e quanto possa essere utile e non ridondante per la valutazione di base).

Tale acquisizione può avvenire anche in fase immediatamente successiva con procedure definite da INPS.

Il sistema garantisce l'interoperabilità con il fascicolo sanitario elettronico.

Il certificato introduttivo viene inserito nel sistema informatico INPS. Il medico rilascia all'interessato una ricevuta dell'avvenuto inserimento e copia del certificato introduttivo.

Le valutazioni relative a situazioni di eventuale aggravamento seguono il medesimo iter delle valutazioni di prima istanza. In tali casi il medico che redige il certificato introduttivo è tenuto a circostanziare l'avvenuto aggravamento rispetto alla situazione precedentemente valutata.

I medici autorizzati sono successivamente informati dell'esito - anche per aggregati - delle valutazioni che hanno attivato nel corso dell'anno.

L'attività dei medici autorizzati è sottoposta a monitoraggio. Il monitoraggio qualitativo dei certificati introduttivi consente a INPS di suggerire ai medici autorizzati correttivi nella abituale redazione dei certificati stessi.

L'INPS, in presenza di difformità dalle indicazioni fissate per la redazione dei verbali, le segnala al medico interessato. Nel caso di reiterate violazioni, può sospendere o revocare l'autorizzazione.

La medesima attività non è incompatibile, per i medici specialisti, con quella di valutazione di base ma è comunque condizionata a specifiche convenzioni o accordi.

Il Ministero della Salute, in sede di rinnovo delle convenzioni con le Federazioni dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta, valuta l'opportunità di far rientrare l'attività di valutazione in parola fra quelle ordinariamente contemplate nelle convenzioni stesse.

La presentazione della domanda di valutazione di base

Il certificato introduttivo non sostituisce la domanda di valutazione di base che il cittadino deve formalmente presentare all'INPS usando la procedura telematica.

Il cittadino può presentare la domanda di valutazione seguendo tre modalità:

- 1 - accedendo tramite PIN al sistema telematico predisposto da INPS, compilando il modulo e collegando il certificato introduttivo precedentemente rilasciato dal medico. INPS, per agevolare il cittadino in questa operazione, rende le procedure più semplici possibili e realizza strumenti informativi (istruzioni semplificate, tutorial, ecc.)
- 2 - rivolgendosi ad un patronato sindacale autorizzato o ad una delle associazioni di categoria (ANFFAS, ANMIC, ENS, UICI) che provvede alle relative procedure di invio della domanda; per tali attività sul sistema telematico tali enti ricevono le relative credenziali da INPS.
- 3 - rivolgendosi agli sportelli territoriali di INPS che garantisce adeguata e specifica formazione degli operatori.

L'attività delle associazioni di categoria, come già previsto per legge per i patronati sindacali, sono sottoposte a monitoraggio e devono rispondere a specifici criteri di qualità che garantiscano, oltre al mero affiancamento nell'inserimento della domanda di valutazione:

- la formazione degli operatori addetti al servizio rispetto al processo non solo amministrativo di valutazione di base;
- la formazione degli operatori addetti al servizio rispetto all'insieme di benefici che derivano dal successivo accertamento, anche in ambito locale;
- la formazione degli operatori addetti al servizio rispetto ai procedimenti di ricorso amministrativo e in giudizio;
- un sistema anonimo di valutazione del gradimento da parte dell'utenza;
- accessibilità, flessibilità e adeguatezza dei servizi volte ad evitare liste di attesa o disagi nell'utenza.

Gli indicatori e i requisiti di qualità sono fissati in modo omogeneo per tutto il territorio nazionale, sentito anche il parere delle associazioni delle persone con disabilità.

La vigilanza sul rispetto degli indicatori e dei requisiti di qualità sono affidati all'INPS territorialmente competente che è peraltro tenuto all'attivazione di un servizio che raccolga le eventuali segnalazioni di malfunzionamento dei relativi servizi.

Per le attività dei patronati ci si riferisce alla normativa già vigente che ne disciplina i criteri e i requisiti di funzionamento.

È fatta salva l'esclusiva competenza dei patronati nella successiva fase amministrativa connessa all'erogazione delle eventuali provvidenze economiche assistenziali (non oggetto del presente documento).

La convocazione alla visita di valutazione di base

L'interessato alla valutazione di base riceve comunicazione, più tempestivamente possibile, di convocazione a visita con indicazione dell'organo di valutazione, delle specialità presenti, il luogo dove si dovrà presentare, oltre al giorno e all'ora.

Nel caso di ricovero in atto, comunicato all'Istituto, la visita avviene presso la relativa struttura sanitaria, socio-sanitaria o socio-assistenziale.

La visita ambulatoriale può avvenire anche presso sedi diverse da quelle INPS nei casi di accreditamenti con medici specialisti o di convenzioni con reparti o strutture pubbliche. Il luogo è comunque indicato nella convocazione.

In caso di impedimento a recarsi a visita, l'interessato ha facoltà di chiedere di fissare una nuova data per la visita o l'effettuazione della stessa presso un reparto ospedaliero (anche fuori della sua ASL di appartenenza), in caso di sopravvenuta degenza.

Nel caso l'interessato non si presenti a visita e non comunichi l'impedimento, lo stesso riceverà una nuova convocazione a visita e, in caso di ulteriore non motivata presentazione a visita, vedrà decadere la sua domanda.

La valutazione di base è effettuata da un organo, su cui occorre decidere se composto¹

o:

- da un medico valutatore dell'Inps, specialista nella patologia prevalente (opzione monocratica)
L'interessato può farsi assistere, a proprie spese, durante la visita da un medico di propria fiducia;

o

- da un collegio di tre medici (opzione collegiale), di cui un medico legale Inps, uno specialista nella patologia prevalente ed un terzo indicato dal cittadino.

L'organo di valutazione deve essere competente per:

- età del richiedente (0-17 anni, 18 - 65, superiore ai 65 anni);
- residenza, domicilio o all'eventuale ricovero in corso del richiedente;
- inquadramento nosologico indicato nel certificato introduttivo.

In tal senso INPS mantiene e redige specifici elenchi di medici valutatori, dipendenti propri o accreditati o incaricati, in base alla specialità.

Più nel dettaglio, gli elenchi Inps terranno conto, a titolo indicativo e non esaustivo, di:

¹ Su tale aspetto si sono registrati due diversi indirizzi all'interno del Gruppo di Lavoro: chi propendeva per un organo monocratico e chi per un organo collegiale. Vengono pertanto strutturate entrambe le proposte

Condizioni particolari:

- Cecità: oftalmologia ed equipollenti e affini
- Sordi: audiologia equipollenti e affini
- Oncologia: oncologia, equipollenti e affini

Età 0-17:

- Disturbi intellettivi e/o relazionali, del neurosviluppo, neurologici, psichiatrici: neuropsichiatria infantile, equipollenti e affini
- Condizione neuromotoria: neurologia, neuropsichiatria infantile, medicina fisica e riabilitazione, equipollenti e affini;
- Altro: medicina legale ed equipollenti e affini

Età 18-65:

- Disturbi intellettivi e/o relazionali, del neurosviluppo, neurologici, psichiatrici: neuropsichiatria, neurologia, psichiatria equipollenti e affini
- Condizione internistica: medicina interna, equipollenti e affini
- Condizione neuromotoria: neurologia, medicina fisica e riabilitazione, equipollenti e affini
- Condizione psichiatrica: psichiatria equipollenti e affini
- Altro: medicina legale ed equipollenti e affini

Età >65:

- Deterioramento cognitivo: geriatria, equipollenti e affini
- Condizione internistica: medicina interna, equipollenti e affini
- Condizione neuromotoria: neurologia, medicina fisica e riabilitazione, equipollenti e affini
- Altro: medicina legale ed equipollenti e affini

La visita di valutazione di base

Standardizzazione e interoperabilità

La procedura di valutazione di base prevede standard di esecuzione uniformi, omogenei e trasparenti.

Tale standardizzazione consente l'applicabilità della procedura a tutte le fattispecie previste dalla normativa previgente in materia di minorazioni civili, handicap, disabilità (legge 68/1999), *handicap* ai fini scolastici.

Si dovrà prevedere un raccordo con le valutazioni di condizioni invalidanti *ex lege* n. 222/1984, di quelle per servizio o di lavoro. Ciò anche per consentire al cittadino di effettuare, oltre agli accertamenti citati, anche la valutazione necessaria per la concessione di altri benefici oggi connessi all'invalidità, cecità e sordità civile, nonché all'*handicap* (104/1992), in un unico contesto.

La procedura di valutazione di base e i suoi esiti sono informatizzati e generano output che consentono l'interoperabilità con altri sistemi informatizzati e con altre procedure di valutazione, fatte salve le garanzie per la tutela dei dati personali.

L'interoperabilità e l'accesso al sistema informatizzato sono garantiti, in particolare, ai servizi per l'impiego ai fini del collocamento mirato e agli organi deputati alla redazione del Piano Educativo Individualizzato ai fini del diritto allo studio. Inoltre tale opportunità è garantita alle Unità di Valutazione Multidimensionale, o di altri operatori, per l'eventuale valutazione multidimensionale che sono obbligati a tenerne conto in sede di valutazione aggiuntiva o di progettazione individualizzata.

La procedura di valutazione di base garantisce trasparenza nell'acquisizione di documentazione sanitaria adeguata e nella applicazione coerente di scale e indicatori di valutazione coerenti con l'inquadramento nosologico e con l'età dell'interessato.

I medici valutatori

La valutazione di base è effettuata da un organo, su cui occorre decidere se composto²

o:

- da un medico valutatore dell'Inps, specialista nella patologia prevalente (opzione monocratica)
L'interessato può farsi assistere, a proprie spese, durante la visita da un medico di propria fiducia;

o

- da un collegio di tre medici (opzione collegiale), di cui un medico legale Inps, uno specialista nella patologia prevalente ed un terzo indicato dal cittadino.

INPS, ai fini di una adeguata applicazione delle regole sull'assegnazione dei casi (inquadramento nosologico ed età), istituisce appositi elenchi di medici valutatori propri dipendenti o esterni accreditati o incaricati, suddivisi per specialità.

INPS definisce i requisiti di accesso, il percorso formativo, le modalità di valutazione e quindi certifica la conoscenza da parte dei medici della procedura e degli strumenti valutativi da applicare.

L'attività dei medici valutatori è sottoposta a monitoraggio mirato in particolare a rilevare la qualità della stessa, eventuali abusi o esiti non coerenti o efficaci, incrociando i dati sulle attività di valutazione con gli esiti delle validazioni, e con quelli relativi ai ricorsi.

In caso di evidenti difformità INPS revoca o sospende temporaneamente le autorizzazioni e/o gli eventuali accreditamenti.

Il medico valutatore è informato in tempo reale sull'andamento e gli esiti della propria generale attività e sui singoli casi.

La valutazione di base

La valutazione di base è affidata ad un organo che abbia competenze specifiche relative all'inquadramento nosologico prevalente come espresso nei paragrafi precedenti ed a tale inquadramento, unitamente all'età dell'interessato, si applicano criteri e indicatori codificati.

I criteri e gli indicatori

Nella definizione degli stessi occorrerà:

- porre attenzione a condizioni particolari, incluse le pluriminorazioni;
- differenziare la valutazione (e quindi di indicatori, scale, test ecc) a seconda dell'età;
- valutare l'impatto "funzionale" della/e condizione/i rilevata/e.

Per ogni gruppo anagrafico, incrociato con le diverse condizioni, sono da prevedere specifici indicatori, scale, test.

In ogni caso occorre considerare preliminarmente che la Linea 1 del Programma d'Azione Biennale ai sensi del DPR 3 ottobre 2013 prevede che vi sia una semplificazione e una maggiore uniformità sul territorio nazionale dell'iter di accertamento, utilizzando ICF e ICD10, basandosi su un modello descrittivo del funzionamento di tipo bio-psico-sociale.

² Su tale aspetto si sono registrati due diversi indirizzi all'interno del Gruppo di Lavoro: chi propendeva per un organo monocratico e chi per un organo collegiale. Vengono pertanto strutturate entrambe le proposte.

Un primo elemento su cui riflettere è che ICF e ICD-10 non sono ancora stati introdotti come standard di codifica delle condizioni di salute e del funzionamento in Italia. Gli standard ufficialmente adottati sono infatti ICD-9-CM nella codifica della Scheda di dimissione ospedaliera e ICD-10 nella codifica delle cause di morte. Anche la recente normativa sul Fascicolo Sanitario Elettronico si riferisce a ICD-9-CM.

Un secondo elemento sul quale riflettere è la mancanza di dati sulla prevalenza e incidenza di persone con disabilità secondo la Convenzione ONU, metodologicamente e scientificamente adeguati. Tale circostanza non consente di verificare correttamente l'impatto di un nuovo programma di contrasto alla disabilità.

Un terzo elemento da chiarire è che ICF non è uno strumento di valutazione o di graduazione del diritto alle prestazioni. E' uno standard di classificazione internazionale, curato dal Centro Collaboratore italiano dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Famiglia delle Classificazioni Internazionali.

ICF è una classificazione dei domini della salute e correlati alla salute, strutturata e organizzata per componenti con una struttura gerarchica a diversi livelli di dettaglio e con un codice alfanumerico associato ad ogni singola voce. Le componenti della classificazione sono Funzioni e Strutture corporee, Attività e Partecipazione e Fattori Ambientali. Ogni componente è costituita da blocchi di categorie di diverso livello di dettaglio. Le categorie sono attualmente complessivamente poco più di 1400. E' in corso un processo internazionale di aggiornamento che interviene su numero e contenuto delle categorie oltre che su definizioni generali e concetti di base.

E' una classificazione basata sulla possibilità di descrivere Funzionamento e Disabilità come aspetti dell'interazione tra un individuo con una determinata condizione di salute e i fattori contestuali di quell'individuo. Tali aspetti vanno descritti a livello di Funzioni e Strutture corporee, Attività e Partecipazione, tenendo conto dei Fattori Ambientali. OMS distingue gli aspetti positivi dell'interazione, che definisce Funzionamento, e gli aspetti negativi dell'interazione, che definisce Disabilità. Funzionamento e Disabilità sono termini ombrello in quanto vanno descritti tenendo conto di tutte le componenti.

In particolare ICF fa la sintesi tra i due modelli, per certi versi contrapposti, di inquadramento della disabilità: il modello medico e il modello sociale. Nella prospettiva del modello medico la disabilità è inquadrata soprattutto nella dimensione della menomazione e dell'impatto che la menomazione ha sulle attività della persona. Secondo il modello sociale la disabilità è una conseguenza della non adeguatezza dell'ambiente rispetto alle esigenze di persone con menomazioni e limitazioni funzionali. L'approccio di ICF viene definito biopsicosociale in quanto mette alla base del modello descrittivo di Funzionamento e Disabilità il ruolo combinato e interattivo che hanno la condizione di salute, la persona e l'ambiente.

ICF permette di descrivere la presenza e il grado di menomazioni di Funzioni e Strutture corporee, di limitazioni nelle Attività e di restrizioni nella Partecipazione, di Barriere e Facilitatori ambientali. Tale descrizione viene effettuata attraverso i qualificatori. Per ogni componente il tipo e il numero dei qualificatori varia. Senza i qualificatori i codici ICF non sono completi. Il grado del problema a livello di Funzioni e Strutture corporee o di Attività e Partecipazione può andare da assente a completo, così come l'effetto facilitatore o barriera dei Fattori Ambientali può andare da assente o sostanziale. La codifica prevede pertanto l'uso dei qualificatori. Per definire il valore dei qualificatori è necessario effettuare una valutazione, individuo per individuo, dell'interazione con i Fattori Ambientali su ogni categoria oggetto di valutazione.

Non c'è una relazione diretta e immediata tra i concetti espressi in ICF e quelli operazionalizzati dalle scale di valutazione con relativi punteggi, utilizzati nelle prassi operative dei servizi sanitari e sociali per

rappresentare la disabilità, anche se diversi gruppi di ricerca sotto il coordinamento dell'OMS hanno iniziato a lavorare sulla definizione di regole di "mapping" ovvero di corrispondenza semantica tra item delle scale e categorie ICF. Tali mapping non permettono di arrivare alla corrispondenza tra punteggi delle scale e valori dei qualificatori ICF nelle diverse componenti.

Non essendo uno strumento di valutazione né un sistema di misura o una scala di misura, necessita della definizione di protocolli di raccolta delle informazioni in prospettiva bio- psico - sociale articolati e ricchi, che potrebbero tuttavia differire in rapporto alle finalità degli utilizzatori.

Il progetto CCM " Verifica della fattibilità dell'uso della classificazione internazionale di funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) nella revisione delle procedure di accertamento e certificazione della condizione di disabilità a partire dalle evidenze prodotte nelle realtà regionali" affidato dal Ministero della Salute alla Regione Friuli Venezia Giulia e completato a fine marzo 2016 potrà fornire ulteriori elementi di chiarimento sull'uso di ICF ai fini della eleggibilità ai benefici del welfare (economici, accesso a determinati servizi, altre agevolazioni). Le modalità di introduzione del modello ICF nella legislazione e nella prassi di uso delle Regioni differiscono sensibilmente da una Regione all'altra, trovando un livello adeguato di sperimentazione e raccolta dati sufficiente soltanto in poche realtà regionali.

Nelle realtà regionali che hanno iniziato l'implementazione di ICF questa si è realizzata con modalità non uniformi.

Non sono disponibili basi dati tranne quelle legate all'uso della Scheda SVaMDi Veneto in Veneto e al Sistema VilmaFABER (con dati del Friuli Venezia Giulia e Liguria), messo a punto dal Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali.

Le esperienze analizzate mettono in evidenza che la valutazione della disabilità secondo un approccio bio-psico-sociale basata sull'uso del modello e del linguaggio ICF richiede uno spazio-tempo che non è quello di una seduta di commissione medica di accertamento. Essendo fortemente connessa con aspetti della presa in carico globale della persona ed essendo funzionale alla progettazione individualizzata finalizzata a rimuovere i fattori determinanti la condizione di disabilità, la valutazione bio-psico-sociale deve essere fatta da equipe territoriali, nei setting sociosanitari della presa in carico integrata, con metodologie nuove.

Allo stato attuale affermare l'uso di ICF non è assolutamente sufficiente a garantire standard identici di raccolta e codifica delle informazioni necessarie ad una valutazione biopsicosociale.

Gli aspetti connessi ad un utilizzo corretto di ICF sono complessi e richiedono un esteso e competente lavoro di studio e preparazione ed un confronto ampio tra tutti gli attori interessati.

E' necessario innanzi tutto introdurre ufficialmente ICF in Italia e disciplinare un processo strutturato di manutenzione e aggiornamento. E' necessario definire le finalità della valutazione basata su ICF; è necessario disporre di un protocollo uniforme di osservazione/valutazione in grado di raccogliere le informazioni in modo adeguato per essere codificate in ICF, tenendo conto di tutte le componenti. Deve essere uniformata la formazione e devono essere certificate le competenze nella valutazione del funzionamento basato su ICF. Deve essere standardizzata la codifica, prevedendo anche meccanismi di codifica automatica, come sviluppati dal Centro collaboratore italiano dell'OMS. Devono essere concordati algoritmi uniformi per analizzare i dati codificati, in modo da poter effettivamente distinguere le persone con disabilità e graduare in modo uniforme la condizione di disabilità.

Da qui l'esigenza di avviare in futuro un gruppo di lavoro interistituzionale con l'obiettivo di verificare le differenze di applicazione di ICF e trovare un protocollo o un modello condiviso che consenta di confrontare i dati fra Regioni e realtà locali diverse consentendo un'applicazione uniforme del modello su tutto il territorio nazionale.

I documenti prodotti dal Gruppo di Lavoro 1 dell'OND forniscono indicazioni di massima e una traccia sull'impostazione da seguire nella revisione del sistema di riconoscimento della disabilità che tengono conto della situazione di partenza e non pretendono di dettare norme tecniche e strumenti attuativi di un percorso che richiede approfondimenti tecnici e un confronto a tutto campo tra i Dicasteri interessati, le Regioni, le Associazioni e gli altri attori istituzionali.

L'orientamento seguito è quello di distinguere, allo stato attuale, tra la valutazione di base che necessita di tempi rapidi anche ai fini dell'allocatione dei benefici economici e che dovrà basarsi su strumenti di valutazione e graduazione della disabilità partendo dalle patologie di base e dalle funzioni e strutture corporee, e la valutazione multidimensionale volta alla predisposizione dei progetti individuali. Il modello bio-psico-sociale (ICF) tenendo conto di quanto sopra enunciato è più facilmente applicabile alla valutazione multidimensionale, pur essendo necessarie misure di raccordo tra le due fasi.

Output: atto finale di valutazione

L'attività dell'organo di valutazione si conclude con un atto, immesso nel sistema informativo, che indica oltre all'anamnesi e le risultanze dell'esame obiettivo, la diagnosi, gli atti acquisiti, i test effettuati e i relativi risultati, lo status definito e il grado di funzionamento rilevati e proposti e le informazioni utili all'applicazione delle vigenti normative in materia di collocamento mirato e di diritto allo studio.

Il relativo fascicolo elettronico conserva tutti i dati e la documentazione acquisita, oltre che le eventuali relazioni instaurate con centri, dipartimenti, reparti, servizi pubblici nel caso specifico.

Ai fini della progettazione dell'inclusione scolastica di un alunno con disabilità, alla valutazione di base (come sopra declinata) dovrà far seguito la valutazione multidimensionale, presso le UVM (secondo quanto meglio si dirà infra) a cui parteciperanno gli operatori del GLHo, affinché il PEI sia strettamente connesso al più ampio progetto individuale del bambino/ragazzo.

Ai fini dell'interoperabilità il fascicolo e/o il verbale completo, su autorizzazione dell'interessato, è messo a disposizione delle Unità di Valutazione Multidimensionale, o di altri operatori che sono obbligati a tenerne conto in sede di valutazione aggiuntiva o di progettazione individualizzata, a partire dalle procedure per il collocamento mirato.

La validazione (se l'organo di valutazione di base è monocratico)

Gli atti redatti e raccolti dal medico valutatore, immessi nel sistema informatico, sono sempre sottoposti a validazione da parte di un medico revisore, individuato da INPS in linea generale fra i propri medici legali.

La validazione, in via generale e prevalente, viene effettuata sulla documentazione acquisita ed in particolare sull'esecuzione dei test e l'applicazione degli indicatori previsti.

Il medico revisore ne verifica la congruità, la coerenza e la completezza.

Nel caso tali requisiti non vengano rilevati, il medico incaricato della validazione può procedere a convocazione diretta dell'interessato, oppure a richiedere ulteriori valutazioni specialistiche, sospendendo il giudizio in attesa di acquisizione.

Al termine delle operazioni di validazione, il medico emette il verbale definitivo, confermando o modificando la valutazione di base.

L'esito della validazione, immesso nel sistema informatico, viene notificato al medico che ha emesso il certificato introduttivo e al medico che ha effettuato la validazione di base. I relativi dati sono utili

all'attività di monitoraggio complessiva (sia sulla qualità dell'attività dei singoli medici, che sull'andamento per aggregati delle procedure).

La trasmissione del verbale

Il verbale relativo alla valutazione di base indica oltre all'anamnesi e le risultanze dell'esame obiettivo, la diagnosi e i codici nosologici, gli atti acquisiti, i test effettuati e i relativi risultati, lo status definito e il grado di funzionamento riconosciuto.

Il verbale inoltre indica obbligatoriamente condizioni utili all'accesso a benefici lavorativi o fiscali.

Il verbale è reso in duplice versione: la prima completa di tutti i dati rilevati, la seconda con i dati maggiormente sensibili oscurati.

Tale verbale viene inviato all'interessato (e/o a patronato o associazione, se delegati dall'interessato) unitamente alle indicazioni utili all'eventuale ricorso amministrativo.

Nel caso il verbale dia titolo all'erogazione di provvidenze economiche assistenziali, lo stesso viene inoltrato anche agli uffici amministrativi di INPS per le procedure del caso.

Nell'ipotesi che l'interessato, nello svolgimento delle successive pratiche amministrative, decida di richiedere il supporto di patronati o associazioni autorizzate, queste avranno accesso al sistema informatizzato per le sole parti di rilevanza amministrativa.

Il ricorso amministrativo

Fatta salva la facoltà dell'interessato di avviare istanze di riesame per autotutela o per l'Inps di procedere per autotutela, è ammesso ricorso amministrativo avverso i verbali e le valutazioni di base da attivarsi entro 60 giorni dall'avvenuta notifica.

Il ricorso amministrativo è presentato, tramite pin personale o patronato sindacale o dell'associazione di categoria, all'INPS, che lo definisce con una Commissione collegiale specifica istituita presso ciascun ambito territoriale INPS (almeno uno per provincia).

La Commissione è composta da tre medici di nomina INPS. E' facoltà dell'interessato di farsi assistere da un medico di propria fiducia.

Nella individuazione dei medici preposti a tale attività INPS tiene in considerazione la specialità degli stessi e l'inquadramento nosologico del ricorrente.

La partecipazione alle attività della Commissione è causa di incompatibilità, anche nell'anno successivo, per lo svolgimento di attività peritali in sede giudiziaria per controversie aventi ad oggetto prestazioni assistenziali o previdenziali connesse a minorazioni civili o previdenziali.

La partecipazione alle attività della Commissione è inoltre incompatibile con l'attività di valutazione di base e con le attività di validazione della stessa.

La Commissione è tenuta ad esprimere valutazione entro 30 giorni dalla presentazione del ricorso. Trascorsa tale data l'interessato può procedere al ricorso giurisdizionale.

La Commissione di norma procede con valutazione sugli atti raccolti, sulla congruenza dei test effettuati e degli indicatori applicati. Nei casi dubbi, la Commissione ha facoltà di convocazione diretta a visita dell'interessato; in tal caso il termine è sospeso e riprende a decorrere dal giorno successivo alla visita.

Ai fini della trasparenza degli atti, al termine delle proprie valutazioni la Commissione emette un giudizio nelle cui premesse sono indicati gli atti presi in considerazione, inclusi i test e la loro congruità e adeguatezza, gli esiti di eventuale visita diretta e le conclusioni alle quali è pervenuta.

Il giudizio è comunicato tempestivamente all'interessato (e/o al patronato sindacale, se delegato dall'interessato) e immesso nel sistema informatico. L'esito del ricorso, in forma sintetica, è notificato all'organo di valutazione di base (e al medico che ha effettuato la validazione, in caso di valutazione secondo l'opzione monocratica).

I dati relativi al ricorso concorrono al monitoraggio complessivo delle procedure e dell'attività dei medici coinvolti.

Il ricorso amministrativo costituisce condizione di procedibilità per l'eventuale successivo ricorso giurisdizionale.

La rivedibilità

La rivedibilità dello status è prevista ogniqualvolta le condizioni cliniche o soggettive lascino supporre una possibile modificazione migliorativa nel tempo della condizione.

La rivedibilità – in specie laddove si siano attivate convenzioni e collaborazioni con centri/reparti/servizi specialistici – in casi particolari può essere effettuata anche agli atti o acquisendo documentazione clinica/sanitaria direttamente dai servizi di riferimento del cittadino ed evitando in tal modo una nuova visita diretta.

Il monitoraggio

Il monitoraggio rappresenta una modalità di osservazione, analisi, rilevazione sull'intero sistema di valutazione di base in termini di:

- efficacia interna (*il rapporto fra gli obiettivi prefissati e gli esiti effettivi*);
- efficacia esterna (*il rapporto tra output, e cioè esiti e outcome e cioè risultati; in sostanza le conseguenze delle procedure*);
- efficienza (*il rapporto fra input e output e quindi fra risorse impiegate e risultati*).

Il monitoraggio, grazie al sistema informatizzato e all'automatismo in passaggi predeterminati deve consentire di osservare e valutare:

- i dati quantitativi e qualitativi relativi alle persone che hanno richiesto la valutazione di base (età, tipo di certificato introduttivo, revisioni disposte, elementi che possano individuare particolari inquadramenti nosologici ecc.);
- i tempi di attesa e di emissione di verbale per gruppi di cittadini, per medico, per area territoriali ecc...;
- gli esiti operativi di ciascun medico coinvolto in ciascun passaggio (numero visite, accertamenti disposti, riesame, validazione, contenzioso derivante da suoi accertamenti, ecc.);
- la qualità/quantità di relazioni con centri/servizi/dipartimenti/reparti del Servizio sanitario nazionale, numero di visite ed esiti presso centri accreditati ecc.;
- la qualità e gli indicatori delle attività di associazioni di categoria e di patronati sindacali, coerente con quanto già previsto dalla Legge n. 152/2001;
- numero ed entità di provvidenze economiche erogate conseguentemente alle valutazioni di base;
- numero dei requisiti riconosciuto per l'accesso a determinati benefici e agevolazioni;
- picchi o grappoli meritevoli di ulteriori approfondimenti;
- altri elementi utili all'analisi e alla correzione dei processi.

Il monitoraggio coordinato da INPS – e riservato per la parte che riguarda il proprio personale – vede il coinvolgimento delle ASL di competenza territoriale, delle Associazioni delle persone con disabilità, delle organizzazioni sindacali, dei patronati.

Il principio è quello della massima trasparenza anche in modalità di open data.

Rispetto al processo gli elementi emersi dal monitoraggio sono la base per interventi correttivi di aggiornamento, di correzione, di informazione o di censura.

Gli elementi raccolti - in toto o in parte - è da ritenere che confluiscono nel Casellario dell'assistenza, ma possano essere anche la base per rilevazioni ed indagini specifiche di ISTAT. All'ISTAT, al di là del dovuto rispetto del decreto legislativo 322/1989, vanno trasmessi in modo adeguato e qualificato i dati utili a tutte le elaborazioni su tali materie e su quelle correlate.

La valutazione multidimensionale della disabilità

La valutazione di base garantisce elementi per la più complessa valutazione multidimensionale della disabilità.

Quest'ultima è propedeutica alla redazione del progetto individualizzato come indicato dall'articolo 14 della legge 328/2000. Esso, essendo redatto dai servizi congiuntamente alla persona con disabilità, è di pertinenza territoriale.

La valutazione multidimensionale della disabilità viene richiesta dall'interessato o dall'esercente la responsabilità genitoriale o dal tutore o dall'amministratore di sostegno.

La valutazione multidimensionale della disabilità costituisce un livello essenziale delle prestazioni.

Le Regioni affidano la valutazione multidimensionale a specifiche Unità che possono accedere – fatte salve le disposizioni vigenti in materia di tutela dei dati personali – ai verbali e alla documentazione acquisita in sede di valutazione di base, atti di cui devono tenere conto.

La valutazione multidimensionale considera ed integra altresì tutti i fattori ambientali e personali che possono incidere sulla limitazione alla partecipazione sociale.

Tale valutazione, per i minori, deve anche generare il profilo di funzionamento (oggi definito diagnosi funzionale) ai fini della redazione del Progetto Educativo Individualizzato. Per tale aspetto, la UVM viene integrata da tutti i componenti del GLHo della scuola.

Il successivo progetto individuale, redatto dalla medesima Unità di valutazione congiuntamente all'interessato o a chi lo rappresenta, indica in modo circostanziato gli strumenti, le risorse, i servizi, le misure, gli accomodamenti ragionevoli necessari a compensare le limitazioni alle attività e alla partecipazione nei diversi ambiti della vita e nel contesto di riferimento della persona, con particolare riferimento al progetto individuale di inserimento lavorativo ed al PEI per gli alunni con disabilità.

Le indicazioni contenute nel progetto individuale (*anche nella sua declinazione di progetto per la vita indipendente*) costituiscono un insieme di diritti esigibili per l'interessato.

Contestualmente alla redazione del progetto individuale, viene indicato il nominativo del *case manager* responsabile sia della mediazione e della relazione con i servizi interessati dal progetto che della relazione con il diretto interessato.

Con specifico approfondimento normativo vanno definiti ruoli, mansioni e competenze del case manager in considerazione dei contesti in cui andrà ad operare.

I criteri e gli strumenti di valutazione delle attività e partecipazione, dei fattori ambientali e personali sono fissati da linee guida elaborate dal Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministero della salute e con il Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica, sentito il Ministro per la semplificazione, secondo i principi espressi dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e delle indicazioni della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF).

Le Linee guida sono adottate sentito il parere della Conferenza Stato Regioni.

NUOVO PROCEDIMENTO: SINTESI DELLE COMPETENZE

Medico certificatore

E' il medico in possesso di accreditamento INPS che redige il certificato introduttivo alla valutazione di base per la disabilità. Può essere qualsiasi medico - ivi compreso quello di medicina generale, il pediatra di libera scelta, il direttore sanitario o il medico responsabile o il medico specialista per patologia delle strutture sanitarie e/o socio-sanitarie pubbliche e/o private in regime di convenzionamento o di accreditamento, specie dei centri specializzati di riferimento (quali quelli per le singole malattie rare) e più in generale ciascun esercente la professione medica – . La sua attività è sottoposta a monitoraggio. È informato degli esiti – anche per aggregati - dei procedimenti che ha innescato.

Organo della valutazione di base (ipotesi monocratica)

Medico valutatore

E' il medico specialista che effettua, con funzione monocratica, la valutazione di base per la disabilità. È individuato da INPS fra i suoi dipendenti o fra medici specialisti accreditati. Ad esso l'INPS garantisce una formazione sugli strumenti e le procedure da usare nella valutazione di base. La sua attività è sottoposta a monitoraggio. È informato in tempo reale sulla validazione degli atti valutativi prodotti e degli eventuali ricorsi relativi a casi esaminati.

Medico revisore

E' un medico di INPS, prevalentemente medico legale, incaricato di validare la valutazione di base effettuata dal medico valutatore. In caso di dubbi può convocare a nuova visita il cittadino, oppure richiedere ulteriore documentazione specialistica. La sua attività è sottoposta a monitoraggio. È informato in tempo reale sugli eventuali ricorsi relativi a casi esaminati.

Organo di valutazione (composizione collegiale)

E' un collegio composto da tre medici, di cui due dell'Inps ed uno scelto dal cittadino. La valutazione di tale organo non è soggetta ad alcuna validazione.

Commissione di accertamento ASL

Soppressa; le sue precedenti competenze sono assorbite dall'organo che effettua la valutazione di base

Commissione di verifica INPS

Soppressa; le sue precedenti competenze sono assorbite dal medico revisore.

Commissione di ricorso

E' l'organo a cui il cittadino può presentare ricorso amministrativo avverso la valutazione di base per la disabilità. È composta da tre medici INPS.

Commissioni di valutazione invalidità ex L. 222/1984, invalidità per servizio, invalidità per lavoro

Mantengono le precedenti competenze (salvo prevedere momenti di raccordo tra quanto accertato dalle stesse e quanto necessario per la valutazione di base) .

Unità di valutazione multidimensionale

Unità operativa cui afferiscono professionalità diverse per una garanzia di valutazione della disabilità e per la redazione del progetto individuale. L'UVM dipende dalla Regione e, quindi, dalla ASL di competenza

territoriale essendo strettamente collegata con i servizi socio-sanitari, i servizi per l'impiego, i servizi scolastici.

Case manager

Indicato contestualmente all'adozione del progetto individualizzato da parte dell'UVM, è responsabile sia della mediazione e della relazione con i servizi interessati dal progetto individuale che della relazione con il diretto interessato.

Patronati sindacali

Hanno competenza nella presentazione della domanda di valutazione di base su mandato dell'interessato. Hanno accesso al sistema informatico per tutta la parte amministrativa nel caso di concessione di provvidenze economiche o nel caso di ricorso amministrativo, debitamente delegati dal cittadino interessato.

Supportano inoltre il cittadino che, su indicazione del medico curante o specialista abbia necessità di immettere nel sistema documentazione sanitaria a supporto della domanda di valutazione di base per la disabilità.

Supportano il cittadino nella eventuale presentazione del ricorso amministrativo.

Partecipano ad attività di monitoraggio del processo nei territori di loro competenza e a livello nazionale.

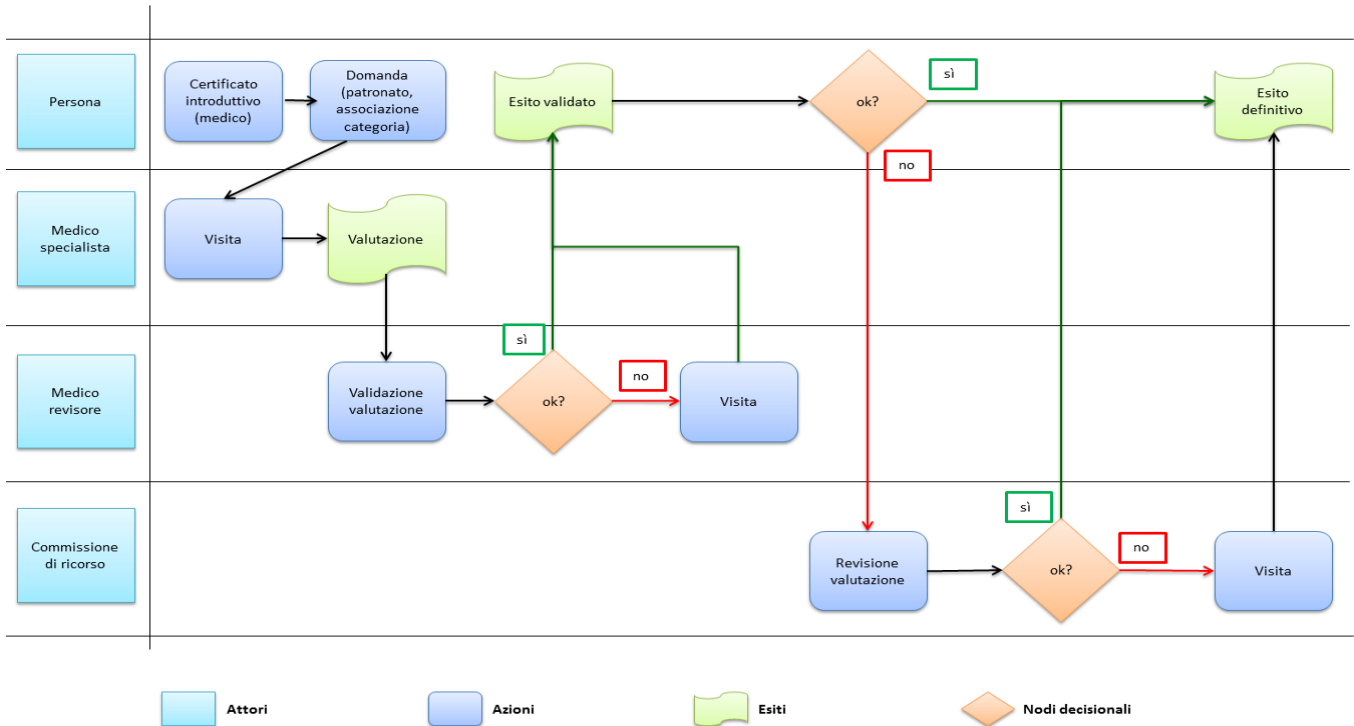
Associazioni

Hanno competenza nella presentazione della domanda di valutazione di base su mandato dell'interessato.

Supportano il cittadino nella eventuale presentazione del ricorso amministrativo.

Le loro attività è sottoposta a monitoraggio e deve rispondere a criteri e indicatori di qualità. Partecipano ad attività di monitoraggio del processo nei territori di loro competenza e a livello nazionale.

VALUTAZIONE DI BASE MONOCRATICA PER LA DISABILITÀ: SCHEMA DI FLUSSO



VALUTAZIONE DI BASE COLLEGIALE PER LA DISABILITÀ: SCHEMA DI FLUSSO

