

## 18. L'INPS nel sistema di sicurezza sociale: tra tutela economica e impegno per la promozione della salute

a cura del Coordinamento Generale Medico Legale INPS

L'impegno dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, volto a garantire risposte certe e tempestive ai bisogni socio-economici dei lavoratori e dei cittadini disabili, quale Ente assicuratore per la malattia e l'invalidità pensionabile e titolare del giudizio medico legale definitivo per l'invalidità civile, si è arricchito, nel corso degli ultimi anni, di ulteriori contenuti e finalità sociali.

L'Istituto infatti, come documentato nella precedente edizione del Rapporto, ha proposto la propria Banca dati telematica al fine di completare e integrare le indispensabili conoscenze sull'epidemiologia delle malattie croniche e in particolare per quel che riguarda le patologie neoplastiche per le quali, com'è noto, il Sistema dei Registri Tumori ancora oggi non copre l'intero territorio nazionale.

Per altro verso l'Istituto, nel corso del 2016, ha promosso, di concerto con il Ministero della Salute, importanti iniziative programmatiche in ordine alla riabilitazione dei lavoratori disabili, nel convincimento che la promozione della salute costituisca, oltre che una fondamentale tutela costituzionale di un diritto individuale e di un interesse collettivo, anche un rilevante fattore per il contenimento della spesa sociale per prestazioni previdenziali e assistenziali, nonché per la concreta promozione del diritto costituzionale alla realizzazione sociale e lavorativa di ciascun cittadino.

### **L'INPS per la conoscenza epidemiologica delle patologie neoplastiche e dei costi correlati**

Nel corso del 2016 AIRTUM, Associazione Italiana Registri Tumori, IRST- IRCCS, Istituto Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori - Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e INPS, Enti diversi per natura giuridica e area di attività ma con un comune interesse al benessere e alla tutela sociale dei cittadini, hanno valutato, con FAVO, la possibilità di realizzare uno studio congiunto mettendo in valore la grande mole di informazioni disponibili nei rispettivi data-base.

Il Progetto è stato elaborato nell'intento di sviluppare ed ampliare l'analisi di impatto economico dell'Oncologia realizzata nel 2015 da IRST IRCCS relativamente alla sola Romagna e ai soli costi sanitari. Analisi, illustrata nel precedente Rapporto, che ha evidenziato differenze significative, anche tra territori limitrofi, per quanto riguarda i costi pro-capite, i parametri di efficienza operativa e gli indici di consumo sanitario.

Le direttrici di sviluppo dello studio programmato possono così riassumersi:

- estensione dell'oggetto d'analisi dai soli costi sanitari alla dimensione economica sociale;
- estensione territoriale attraverso il confronto tra realtà distanti geograficamente e diverse in termini di organizzazione dei rispettivi Servizi Sanitari Regionali;
- analisi del rapporto tra le dimensioni di impatto e costo di popolazione (sanitario e sociale) con indicatori di performance dei livelli di assistenza erogati.

Lo studio, di natura epidemiologica, osservazionale retrospettivo, avrà durata triennale e si riferirà alla popolazione affetta da tumore della mammella, del colon e del polmone (NSCLC) residente nelle aree coperte dai registri Tumori dell'Emilia-Romagna (Reggio Emilia, Modena e Romagna) di Taranto e Catania e comporterà:

- valutazioni comparative di impatto e di costo sanitario e sociale delle patologie neoplastiche, nel presupposto che i costi legati alle patologie tumorali debbano considerarsi multidimensionali, comprendendo oltre quelli prettamente diagnostico-terapeutici anche l'impegno economico per l'erogazione di prestazioni e servizi a

titolo di invalidità al lavoro e non-autosufficienza;

- valutazioni comparative sulla "performance oncologica", ossia sulle prestazioni socio-sanitarie fornite ai cittadini di un determinato territorio;
- analisi delle disomogeneità territoriali.

Rispetto ai primi due punti (performance oncologica e costi sanitari e socio-assistenziali), l'obiettivo fondamentale è verificare se esista una correlazione tra il livello di performance sanitaria oncologica garantita alla popolazione e l'impatto sociale ed economico dei tumori. Ad esempio, si intende a tal fine confrontare aree con diverso livello di efficienza dello screening per la diagnosi precoce del carcinoma del colon-retto con la finalità di evidenziare se e in che misura l'investimento sulla prevenzione rimoduli le risorse sanitarie impiegate sulle successive fasi del percorso terapeutico e le risorse socio-assistenziali correlate alla disabilità.

Saranno esaminate, per ciascun territorio individuato:

- le dimensioni legate alla "domanda" di assistenza (tassi di ricorso alle diverse forme di sostegno, tempo tra diagnosi e presentazione domanda, correlazioni tra domanda e stadio/tnm, etc.)
- le dimensioni di "offerta" (tempi di attesa per le visite, tempi di presa in carico del bisogno, tassi di accoglimento delle domande a parità di patologia e stadio/tnm, impatto e costo sanitario e sociale delle patologie neoplastiche in termini di domande di invalidità civile e previdenziale, analisi di eventuali differenze per sesso, età, area geografica, sede tumorale e gravità della malattia sulla base dello stadio alla diagnosi).

L'utilizzo delle banche dati INPS, laddove si possa rilevare un buon grado di coerenza e allineamento con i dati dei Registri tumori attivi, potrebbe consentire, con idonee procedure di anonimizzazione coerenti con la normativa in materia di dati personali, di allargare la base dei rilievi epidemiologici per i territori non coperti da registro tumori e di disporre di dati ulteriori e maggiormente tempestivi per le aree geografiche già processate da AIRTUM.

I primi risultati dello studio saranno oggetto di illustrazione nel prossimo Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici.

## L'INPS per la riabilitazione dei pazienti oncologici

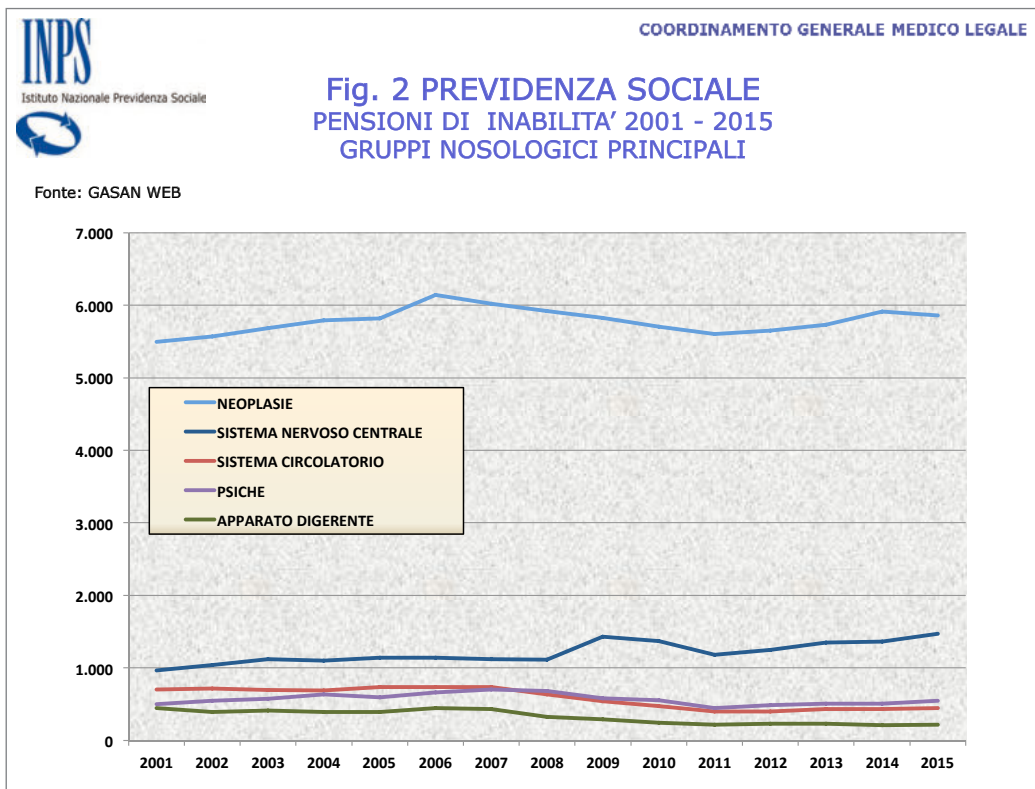
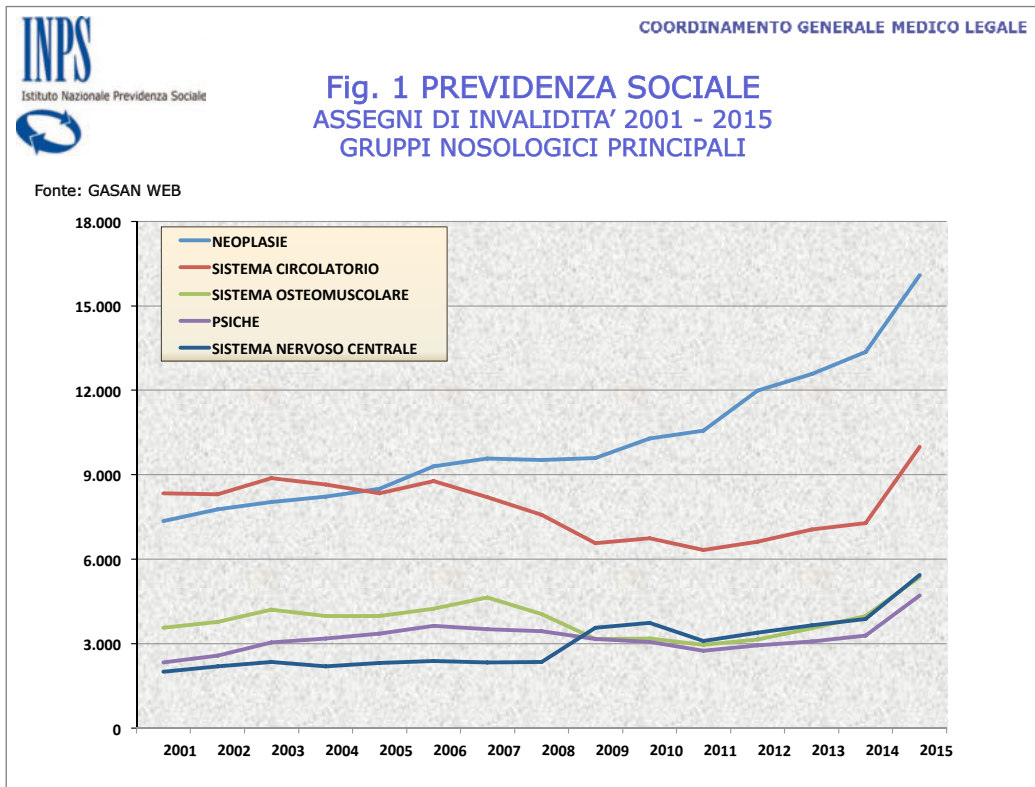
La prevenzione e la riabilitazione degli stati patologici invalidanti costituisce un'esplicita finalità dell'assicurazione obbligatoria contro l'invalidità e la vecchiaia, gestita da INPS, sin dall'originaria norma istitutiva (Decreto-legge 21 aprile 1919, n. 603); compito ribadito dall'art. 81 del Regio Decreto 4 ottobre 1935, n. 1827 che ha attribuito all'Ente Previdenziale la facoltà di adottare opportuni "rimedi ..nei casi in cui possa essere evitato o ritardato ad un assicurato di diventare invalido ovvero possa essere attenuata o eliminata l'invalidità già accertata".

A tale finalità istituzionale l'Inps ha dato e dà attuazione attraverso l'erogazione di cicli di cure balneo-termali ai lavoratori assicurati o già riconosciuti invalidi.

Del tutto recentemente il DPCM 12 gennaio 2017, nel ridefinire i Livelli Essenziali di Assistenza socio-sanitaria, ha previsto (art.20) che "il Servizio sanitario nazionale garantisce l'erogazione delle prestazioni di assistenza termale ai soggetti, inclusi gli assicurati dell'INPS e dell'INAIL" affetti da patologie "che possono trovare reale beneficio da tali prestazioni".

In ambito previdenziale tale reale beneficio può considerarsi prospettabile esclusivamente per quelle tra le patologie potenzialmente invalidanti, come le patologie osteoarticolari e le broncopolmonari, per le quali è acclarata una concreta efficacia del trattamento termale.

Si tratta tuttavia di quadri patologici che incidono sempre meno tra le cause di invalidità per il crescente prevalere di patologie diverse, in primo luogo le neoplasie, le patologie neuro-psichiatriche e le cardio-vascolari, non suscettibili tuttavia di prevenzione e riabilitazione con i consueti trattamenti termali. (figg. 1 e 2).



Allo scopo di ridefinire il proprio intervento riabilitativo nell'ambito del termalismo con modalità più adeguate all'attuale realtà dell'epidemiologia dell'invalidità, l'INPS è stato chiamato a partecipare al "Tavolo Tecnico sul Termalismo" che, insediatosi il 5 aprile 2016 presso il Ministero della Salute, ha concluso i propri lavori con la pubblicazione di un "Documento di programmazione e sviluppo" per il triennio 2016-2018.

In tale documento si è pervenuti ad un impegno congiunto tra Ministero della Salute, INPS e FederTerme ai fini della definizione di protocolli terapeutico/riabilitativi, sia fisici che psicologici, per la prevenzione o la riabilitazione degli stati invalidanti correlati alle patologie neoplastiche. Particolare rilievo andrà riservato

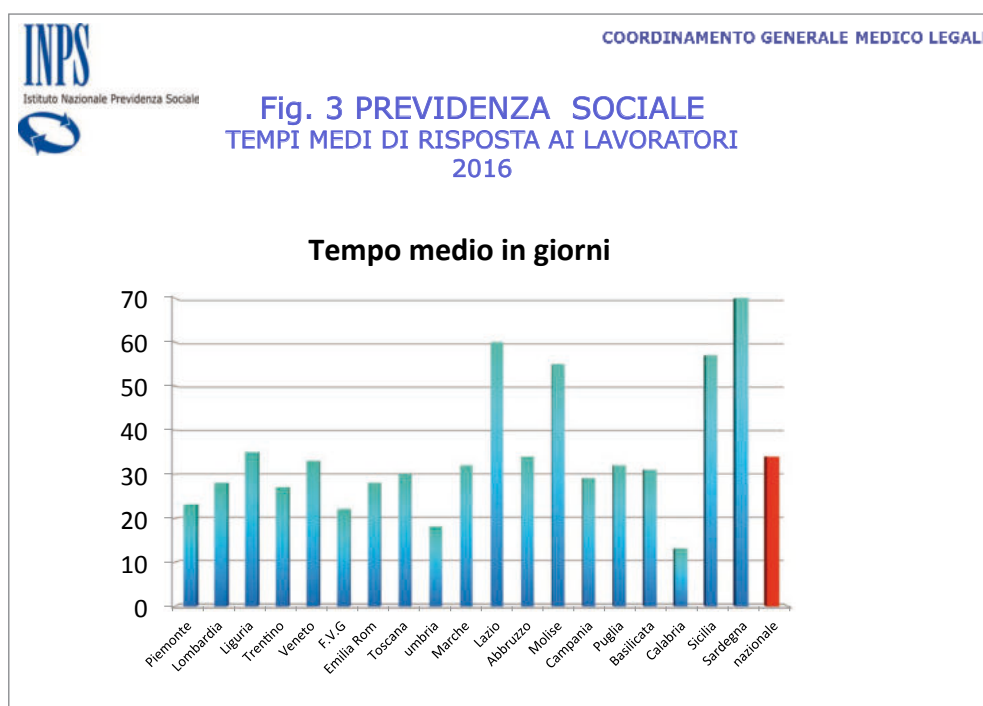
alla riabilitazione psicologica essendo noto che per i pazienti neoplastici lungo-sopravvivenenti l'evoluzione depressiva costituisce sovente causa di incapacità lavorativa ben più rilevante degli stessi postumi fisici.

In tale ottica viene prevista nello stesso documento una fase di sperimentazione, da concludere entro il 2018 con un'analisi osservazionale che permetta di raccogliere dati sia sul versante bio-medico che su quello funzionale, con riferimento all'efficacia del processo di presa in cura in termini di outcome personale e quindi di autonomia, partecipazione e recupero del benessere psico-fisico.

## L'INPS per la tempestività delle risposte ai lavoratori e ai cittadini con patologia oncologica

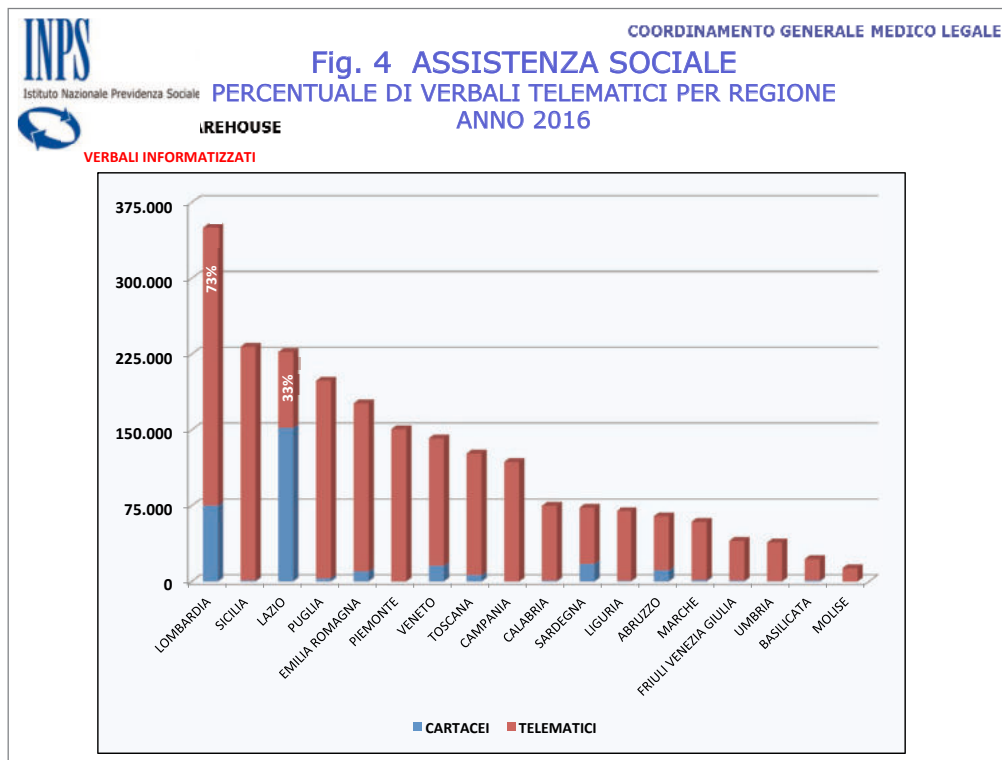
Celerità, certezza, e trasparenza dell'iter accertativo e concessorio delle prestazioni previdenziali e assistenziali hanno costituito e costituiscono obiettivi prioritari dell'attività di programmazione e controllo svolta dall'INPS per la realizzazione dei propri compiti istituzionali in materia di tutela dei lavoratori e dei cittadini in stato di bisogno.

La totale telematizzazione delle procedure ha rappresentato il principale strumento realizzativo di tali finalità. In ambito previdenziale tale telematizzazione, completata già dal 2004, ha consentito il raggiungimento di tempi di risposta ai bisogni connessi alla malattia cronica di assoluto rilievo, attestandosi oggi, come media nazionale, in 34 giorni, ancorché con alcuni evidenti scostamenti regionali (fig. 3).

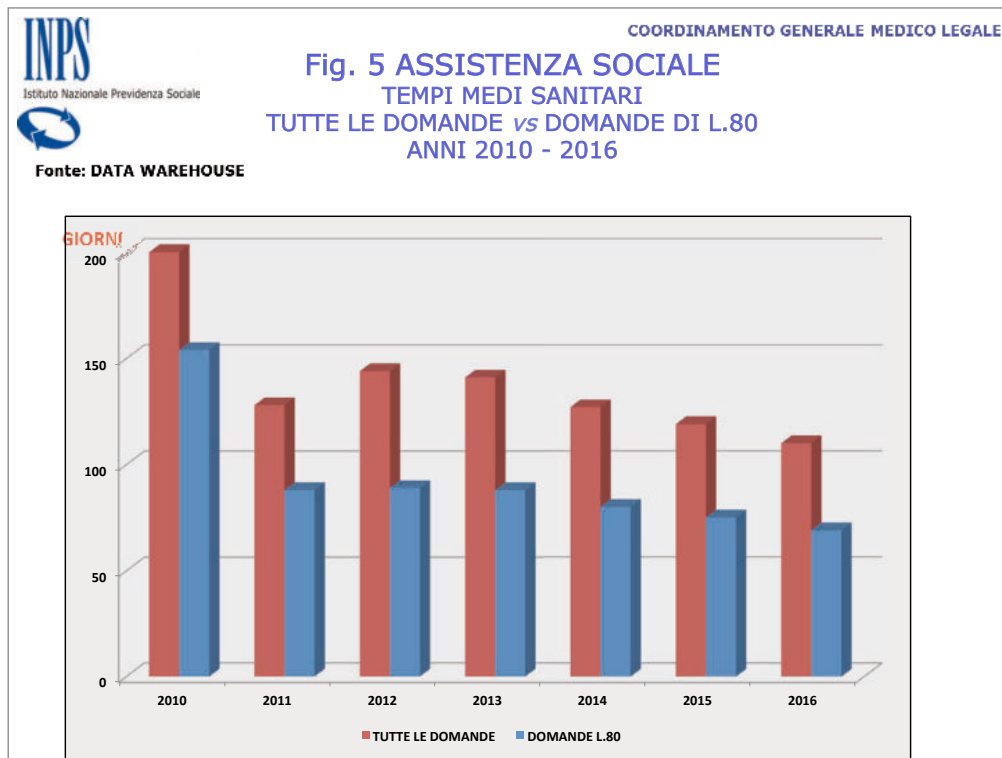


In ambito assistenziale (invalidità civile, handicap, disabilità, cecità, sordità) la telematizzazione, avviata con non poche difficoltà nel 2010, anno di presa in carico da parte dell'INPS, risulta oggi pressoché completa, con l'eccezione di alcune aree territoriali, specie nel Lazio, in Lombardia e in Sardegna, nelle quali le Commissioni ASL, competenti per il primo accertamento sanitario, continuano a lavorare con modalità cartacee. (fig. 4)

In tale ambito assistenziale, l'INPS ha posto particolare attenzione affinché risultino garantite le previsioni dell'art. 6, comma 3bis della Legge 9 marzo 2006 in tema di tempestività e immediata efficacia dell'accertamento sanitario per i pazienti con patologia oncologica in atto ("l'accertamento dell'invalidità civile ovvero dell'handicap, riguardante soggetti con patologie oncologiche, è effettuato dalle commissioni mediche di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, ovvero all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, entro quindici giorni dalla domanda dell'interessato. Gli esiti dell'accertamento hanno efficacia immediata per il godimento dei benefici da essi derivanti.").

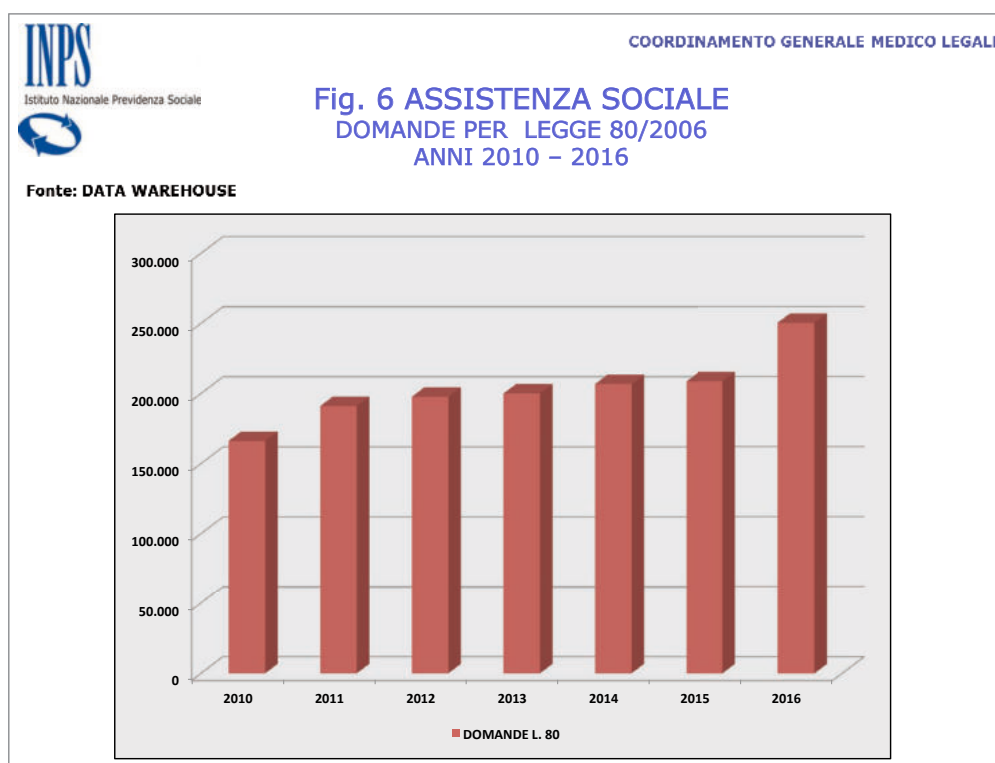


La fig. 5 mostra come, nell'ambito di un generale processo di costante contrazione dei tempi sanitari di risposta ai cittadini, si sia pervenuti nel 2016, per le domande motivate da patologia oncologica, ad un tempo medio nazionale, ancora non in linea con le previsioni di legge, di circa 60 giorni.

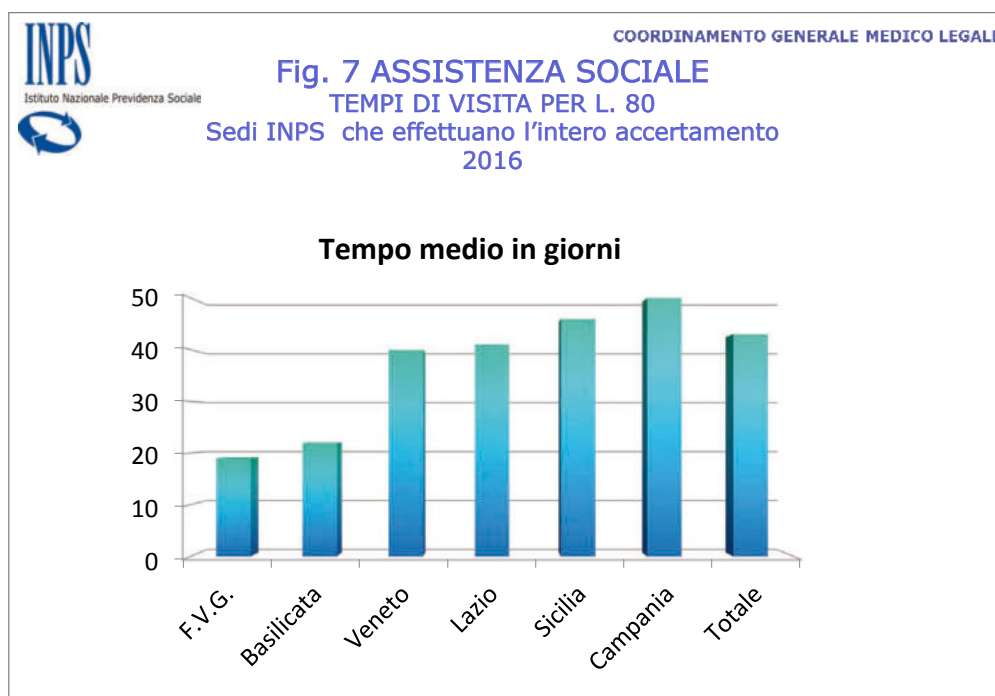


Al fine di garantire l'avvio prioritario a visita, è stata prevista, in procedura telematica, la possibilità per il Medico redattore del certificato introduttivo di barrare la dicitura "persona affetta da patologia neoplastica in atto".

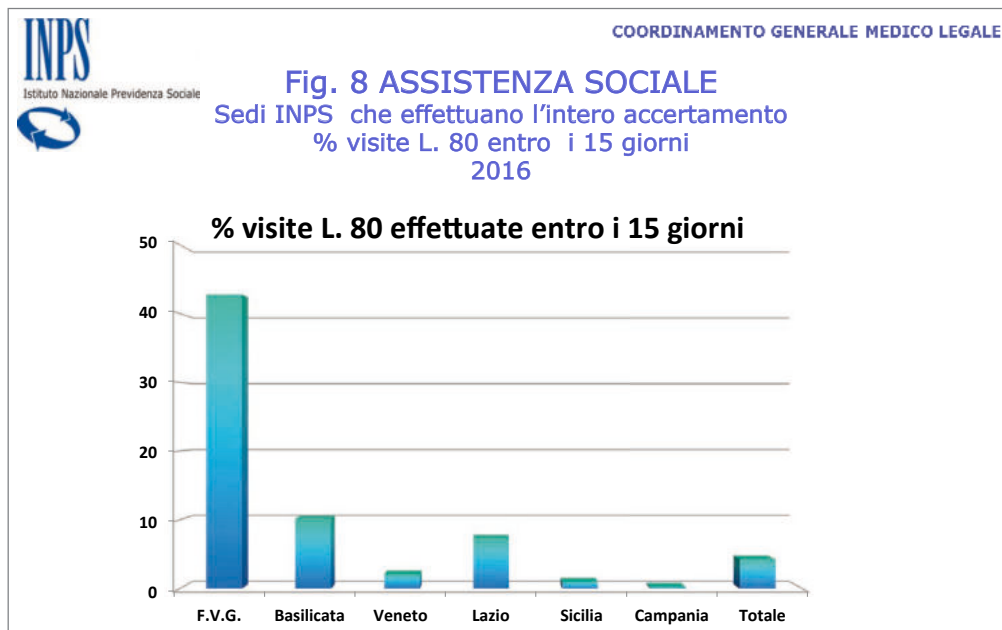
Tale previsione viene, nel complesso, correttamente applicata da parte dei medici certificatori, risultando segnalata la quasi totalità dei casi oncologici e risultando invece del tutto marginale l'erronea barratura in assenza di patologia neoplastica in atto. (fig. 6).



Tempi più vicini a quelli previsti per Legge sono registrati in quelle realtà territoriali dove l'INPS, in forza di apposita convenzione con la Regione, svolge l'intero accertamento medico legale (fig. 7).



In alcune di tali realtà, in particolare il Friuli Venezia Giulia, una considerevole percentuale di visite per Legge 80 risulta espletata entro i 15 giorni previsti (fig. 8).

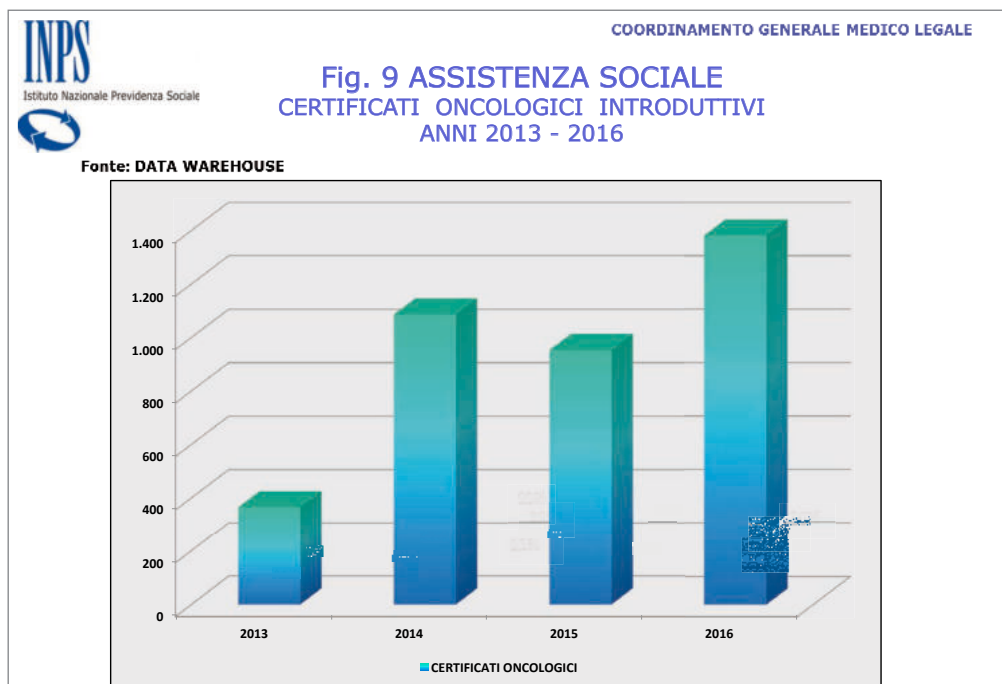


### L'INPS per l'adeguatezza e l'omogeneità della valutazione dei pazienti oncologici

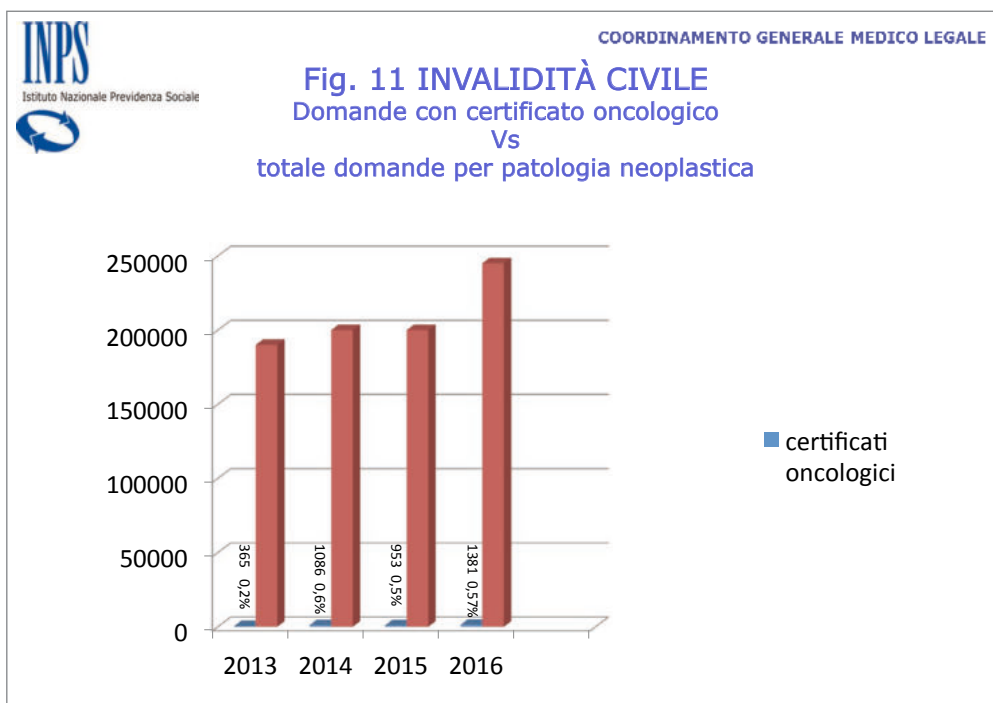
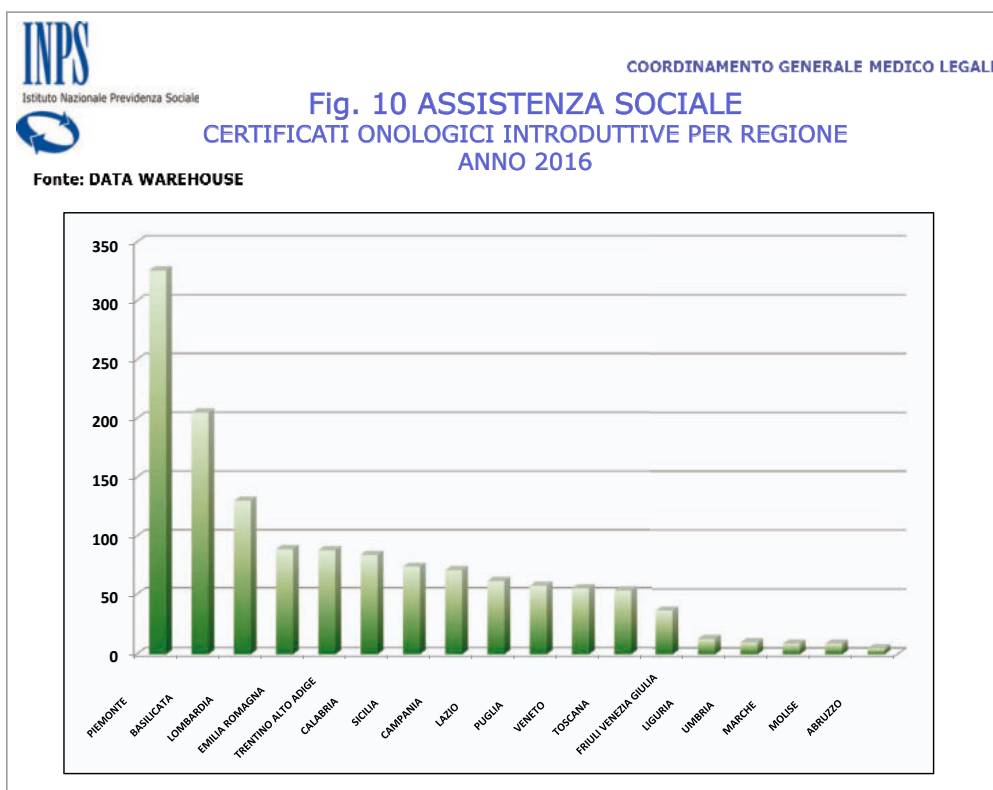
Come ampiamente illustrato nei precedenti Rapporti, per fronteggiare l'inadeguatezza, particolarmente evidente in materia oncologica, delle vigenti Tabelle indicative delle percentuali di invalidità civile e nelle more del loro aggiornamento, previsto dall'art. 20, comma 6 della Legge 2 agosto 2009, n. 102 ma non ancora realizzato, l'INPS ha elaborato (luglio 2012) linee-guida valutative attuali sotto il profilo clinico-classificativo e tali da promuovere l'adeguatezza e l'omogeneità dei giudizi su tutto il territorio nazionale.

Al fine poi di assicurare la disponibilità delle informazioni cliniche e prognostiche necessarie alla corretta applicazione delle linee-guida, l'Istituto, in cooperazione con AIOM e FAVO, ha realizzato, nel settembre 2013, il Certificato telematico Oncologico introduttivo, la cui compilazione è affidata agli Oncologi che hanno in cura il cittadino.

L'efficacia di tale sforzo è a tutt'oggi ampiamente vanificata dalla scarsa adesione da parte degli Oncologi. Infatti, sebbene nel 2016 si sia registrato, rispetto al 2015, un aumento prossimo al 50% del numero di certificati oncologici introduttivi (fig. 9), la distribuzione regionale rimane fortemente disomogenea, provenendo oltre 1/4

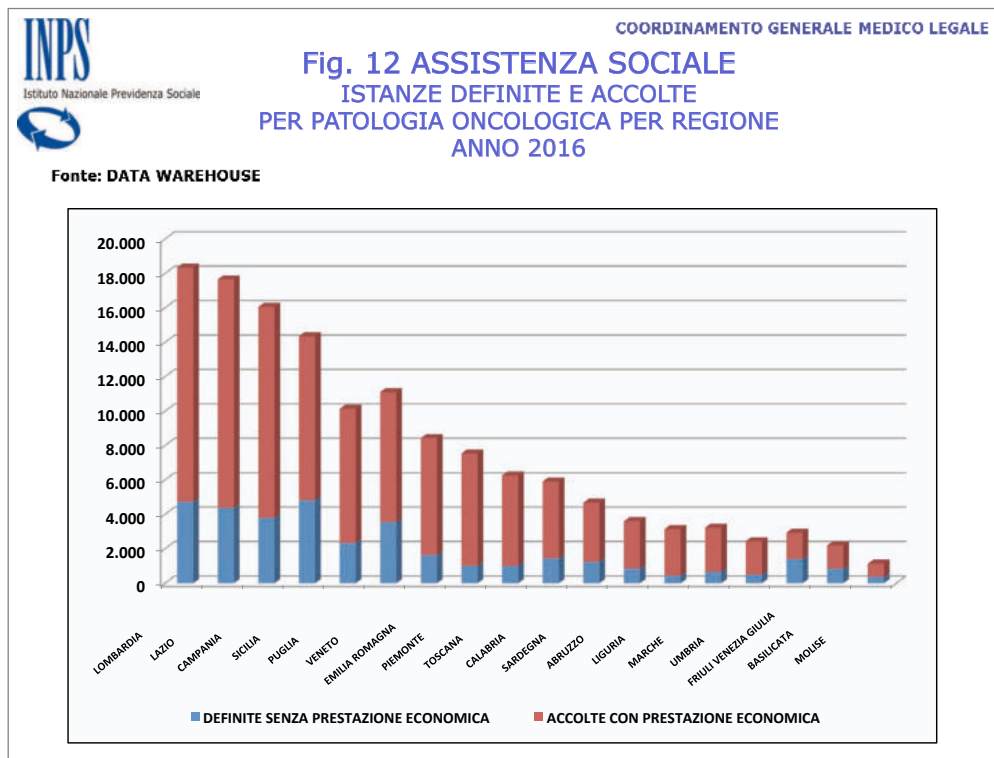


del totale di tali certificati dal solo Piemonte (fig. 10) e il rapporto tra domande corredate da certificato oncologico e globalità delle domande per patologia neoplastica resta del tutto insoddisfacente (fig. 11).



Ciononostante la fig. 12 mostra come si sia pervenuti, nel 2016, ad una sostanziale omogeneità tra le diverse Regioni per ciò che riguarda le percentuali di accoglimento delle domande per patologie neoplastiche.





Una particolare attenzione è stata posta da parte della Commissione Medica Superiore INPS alla valutazione della condizione di handicap per i minori affetti da patologia neoplastica.

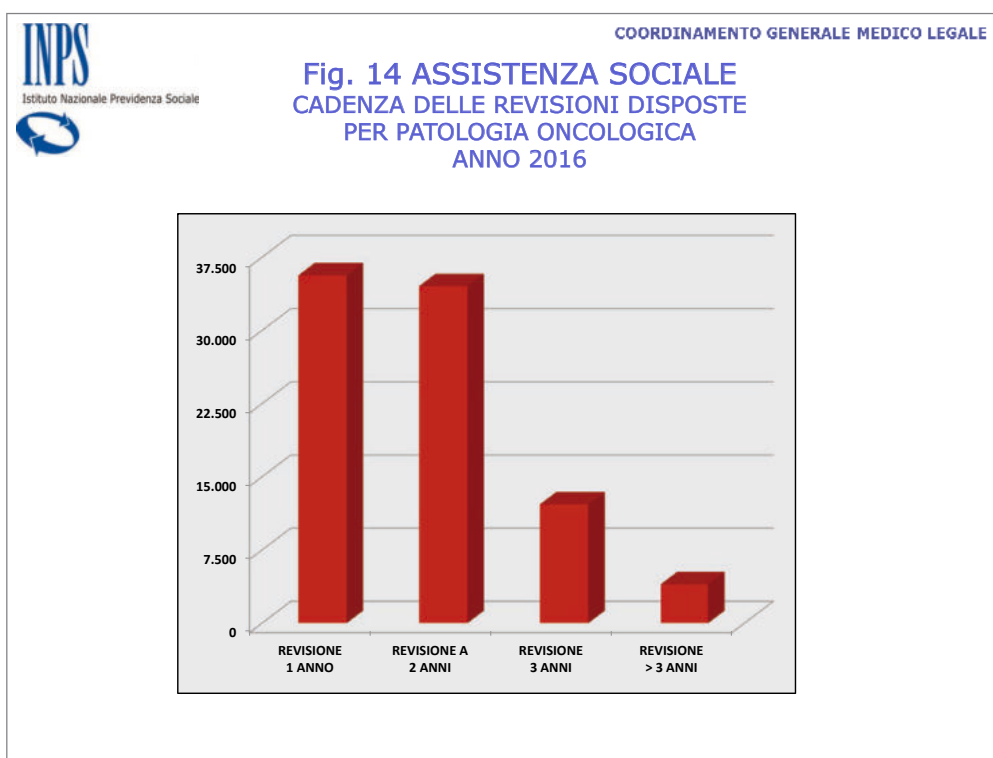
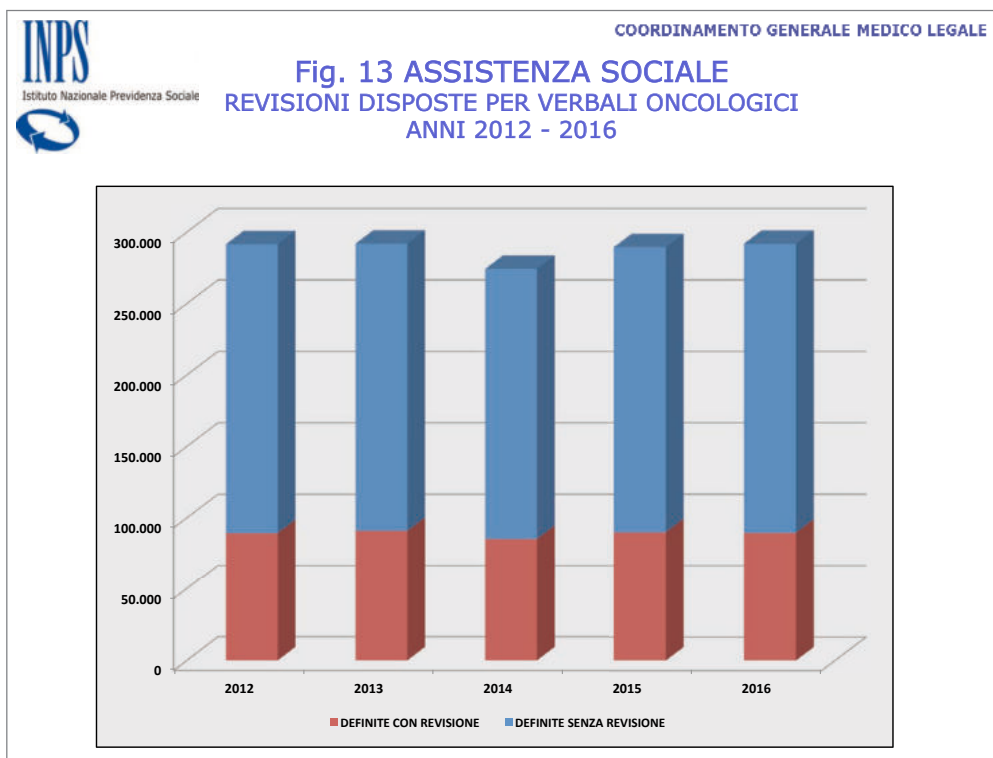
In considerazione della peculiarità cliniche (lunga durata, alta tossicità, frequenza delle complicanze infettive e da iponutrizione) del trattamento chemioterapico della maggior parte delle neoplasie pediatriche e dell'impatto, spesso devastante, che tali diagnosi comportano sulle dinamiche psico-relazionali ed organizzative dell'intera famiglia, la Commissione Medica Superiore INPS, con proprie linee-guida, ha sostenuto la necessità di riconoscere, in tali casi, la connotazione di gravità dell'handicap, almeno per il periodo in cui i minori stessi necessitano di trattamento terapeutico e/o di controlli clinici ravvicinati.

Più di recente il Coordinamento Generale Medico Legale INPS, con propri messaggi del 11.04.2016 e del 23.02.2017, ha affrontato il tema, non privo di criticità specie in ambito oncologico, dell'appropriatezza delle revisioni sanitarie disposte dalle Commissioni in tema di invalidità civile e handicap.

In ambito oncologico, più che la percentuale di revisioni stabilite all'atto del riconoscimento della prestazione (fig. 13), colpisce il fatto che la maggior parte di esse sia prevista in tempi molto brevi (un anno) tali comunque da non lasciar prevedere la concreta possibilità di un miglioramento, specie sotto il profilo del criterio prognostico (fig. 14).

La previsione e la tempistica di una revisione sanitaria, infatti, devono discendere da una rigorosa motivazione medico-legale coerente con la consolidata accezione del requisito della "permanenza". Per Dottrina e Giurisprudenza costanti la permanenza deve intendersi positivamente accertata non solo allorché la condizione patologica sia definitivamente immutabile o inevitabilmente ingravescente ma anche allorché possa ipotizzarsi, ma non con criterio di certezza o alta probabilità, un possibile futuro miglioramento.

Su tali presupposti, sono state fornite precise indicazioni affinché, operando in un'ottica che sia ispirata, al tempo stesso, tanto al necessario rigore metodologico medico legale che al rispetto della sofferenza dei cittadini gravemente disabili, venga esclusa di regola l'ipotesi di revisione per patologie neoplastiche per le quali, alla luce delle attuali conoscenze scientifiche, non è ipotizzabile alcun miglioramento futuro; con riferimento, in particolare, al glioblastoma multiforme, al carcinoma del pancreas, al microcitoma polmonare e più in generale alle patologie neoplastiche plurimetastatizzate.



In materia di adeguatezza, omogeneità ed equità valutativa occorre da ultimo ricordare il ruolo svolto, quotidianamente, dalla Commissione Medica Superiore INPS attraverso la propria attività di monitoraggio, consulenza scientifica per il territorio e di vaglio delle istanze di riesame proposte dai Cittadini, direttamente o tramite le Associazioni rappresentative.