

Cembrani Fabio,
Direttore Unità Operativa di Medicina Legale, Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento

Proposta di (ri)-vitalizzazione in invalidità civile

1. Introduzione

Ci dovrà pur essere una ragione per la quale, nella pur straordinaria produzione bibliografica italiana, non sono riuscito a reperire nessun contributo scientifico che -come obiettivo dichiarato- si propone la formulazione di una proposta per *(ri)-vitalizzare* l'istituto giuridico dell'invalidità civile.

Mi chiedo se ciò sia un caso o una felice opportunità per percorrere sentieri non ancora esplorati sul piano dell'elaborazione dottrinale che ci danno modo di articolare una discussione (non solo teoretica) in cui tutti i professionisti devono essere fattivamente coinvolti con l'intento di adeguare i nostri comportamenti e le nostre azioni professionali alle mutate istanze della società; ed ancora mi chiedo se, in questa direzione, la mia riflessione potrà fornire un utile stimolo sul piano pratico e se sono io la persona più adatta per dare quella "*svolta*" alla Medicina Legale pubblica che gli Organizzatori del Convegno hanno voluto suggerire quando hanno pensato all'opportunità di una nostra proposta per *(ri)-vitalizzare* l'istituto giuridico dell'invalidità civile.

Non sono in grado, ovviamente, di rispondere compiutamente a questi quesiti e sono consapevole riguardo le difficoltà con cui dovrò cimentarmi nel percorrere l'insolito sentiero sul quale voglio incamminarmi per dar voce, "*fuori dal coro*", ad una proposta di lavoro che sia effettivamente in grado di superare le profonde criticità della medicina legale pubblica italiana: criticità che dobbiamo saper riconoscere se, effettivamente, vogliamo mettere in atto gli opportuni correttivi ad un sistema che può -e deve- essere *(ri)-vitalizzato* dal nostro interno con opportune azioni di governo in attesa di quella riforma strutturale del *welfare* che, pur essendo stata più volte anticipata dal Legislatore, è stata fin qui costantemente rinviata

Preliminarmente mi devo, tuttavia, soffermare nell'analisi di due specifiche difficoltà che caratterizzano la prima parte del sentiero che voglio percorrere e la cui soluzione mi sembra del tutto pregiudiziale al proseguimento del cammino: la prima è quella di confrontarmi con il lessico per comprendere quali siano i significati (la polisemia) veicolati dalla parola *(ri)-vitalizzazione* che, come dicevo, appare per la prima volta nel campo dell'elaborazione dottrinale; la seconda è quella, invece, di provare a *(ri)-orientare* la gerarchia dei molti ed eterogenei problemi che i Servizi di Medicina Legale del Servizio sanitario nazionale hanno nella prassi a partire da uno di essi, sulla base di un preventivo accordo che dovremmo possibilmente raggiungere.

2. La polisemia della parola "(ri)-vitalizzazione"

La prima area di criticità che devo affrontare è, come accennavo, quella di confrontarmi con il lessico provando a compitare i significati della parola *(ri)-vitalizzazione* (derivato di *(ri)-vitalizzare*) secondo il contesto in cui essi si presentano nell'uso della nostra lingua; ciò per verificare se il vocabolo abbia o meno una stabilità lessicale tale da giustificare il suo ingresso nel nostro etimo

corrente pur in assenza di qualsivoglia patrocinio dottrinale e se ci sia, ancora, un principio (o un' *idea madre*) in grado di organizzarla in un ordine diverso da quello utilizzato nella pratica linguistica.

Certo, il significato più naturale che possiamo attribuire alla parola *(ri)-vitalizzare* è quello che procede dalla derivazione della stessa a partire da *vitalizzare* (derivato di *vitale*) attraverso il prefisso "ri".

La parola *vitale* è un aggettivo (dal latino *vitalis*, derivato di *vita*) che esprime, secondo il vocabolario della Lingua italiana (Dizionario Devoto-Oli, 2004-2005), i seguenti diversi significati: 1. pertinente alla vita sul piano organico e funzionale (*lo spirito vitale, la linfa vitale di una pianta, il nutrimento vitale*); 2. indispensabile alla vita (*l'aria e l'acqua sono vitali per l'uomo*); 3. di organismo, che ha capacità di vivere sul piano della funzionalità organica (*è nato vivo e vitale*); 4. rispondente alle funzioni assegnate, efficiente, produttivo (*istituzioni non più vitali*). Parimenti, la parola *(ri)-vitalizzare* assume in sé, secondo lo stesso vocabolario, i seguenti diversi significati: 1. rendere nuovamente vitale, rigenerare, rinfrancare, rinvigorire (es. *rivitalizzare l'organismo*); 2. ridare vita, attualità a quanto era abbandonato da tempo (es. *rivitalizzare una tradizione popolare*); 3. riportare a condizioni di efficienza, di dinamismo (es. *ri-vitalizzare un'azienda o un settore industriale*).

La parola *vitale* e la parola *(ri)-vitalizzare* esprimono, dunque, significati alquanto diversi che sembrano generarsi, per passaggi successivi, sulla spinta del non detto delle diverse definizioni e di un gioco di scarti non sempre di immediata evidenza, con regole che non sono né arbitrarie né, tanto meno, disordinate; regole che stabilizzano la sequenza dei significati derivati sotto l'egida di una o più *idee madri* che ci consentono di porre in ordine gerarchico i livelli della sua costituzione, non importa se con un sistema di derivazione *lineare* o di derivazione *ad albero*.

Queste *idee-madri*, nel caso della parola *(ri)-vitalizzare*, mi sembra possano essere ridotte a tre: 1. rendere nuovamente vitale; 2. ridare vita a quanto abbandonato; 3. riportare a condizioni di efficienza e di dinamismo.

Quest'ultima idea segna lo sganciamento della parola *(ri)-vitalizzare* rispetto alla parola *vitalizzare*: l'innovazione concettuale –di tutta evidenza e di straordinaria portata– è espressa non solo dall'azione ma anche dalla sua coscienza finalizzata a riportare in condizioni di efficienza e di dinamismo un qualcosa o un qualcuno che non lo è più o che non lo è mai stato.

Questa innovazione concettuale estende il significato originale della parola *vitale* circoscritto per lo più ad una caratteristica biologica (ciò che è indispensabile per la vita e/o ciò che ha capacità di vivere) ad una azione o ad un contesto di azioni pensate e realizzate rispetto allo scopo dichiarato di rendere efficiente e dinamico un qualcosa o un qualcuno che ha bisogno di ciò; traducendo il tutto in senso filosofico essa identifica, pertanto, lo *slancio vitale* della filosofia bergsoniana e, più opportunamente, quel connotato che informa il principio dell'azione umana *responsabile* tracciato dal pensiero di molti filosofi moderni (Emanuel Levinas, Hannah Arendt, Paul Ricoeur e Hans Jonas).

3. (Ri)-orientare la gerarchia dei problemi della prassi valutativa

Se –dunque– il processo di *(ri)-vitalizzazione* dell'istituto giuridico dell'invalidità civile di cui mi accingo a formulare una proposta sottende, *in primis*, la nostra

personale assunzione di responsabilità, mi chiedo se è possibile (ri)-orientare la gerarchia dei molti ed eterogenei problemi che caratterizzano la nostra prassi a partire da uno di essi, sulla base di un preventivo accordo che dovremmo essere comunque in grado di raggiungere in via preventiva.

Scelta, questa, difficile perché i problemi (e le criticità) cui mi riferisco sono in gran parte da ricondurre ad un sistema di sicurezza sociale che deve essere riformato nel suo impianto complessivo perché oramai vecchio e non più al passo con i tempi ed anche perché è sempre più diventato un *“luogo comune”* rinviarli al Legislatore, rinunciando a dare ai medesimi una qualche soluzione.

Noi, medici legali, abbiamo spesso percorso la strada della critica costruttiva nella speranza di motivare un Legislatore che appare sempre più pigro e rinunciatario e che, sulla spinta di interessi diversi, si è recentemente cimentato in una maldestra semplificazione del sistema (la Legge n. 80 del marzo di quest' anno ne è un tipico esempio), senza però quella riforma del suo impianto complessivo sostenuta sulla definizione di criteri univoci effettivamente modulati sull' istanza di integrazione dei cittadini disabili.

Non mi spingerò su questa strada perché così facendo rinuncierei, ancora una volta, a percorrere il sentiero di quella serena, ancorché profonda, auto-critica che si impone dal nostro interno, del tutto legittima per riconoscere quali sono state le nostre carenze e del tutto pregiudiziale per il futuro della nostra disciplina di cui siamo, comunque, responsabili.

Non voglio, evidentemente, non riconoscere la strategia e l' importanza del nostro ruolo (ho dedicato gran parte della mia vita professionale a legittimare il ruolo medico-legale rispetto all' organizzazione dell' igiene pubblica in cui molti di noi sono purtroppo ancora inseriti): dico solo che esso nasconde profonde contraddizioni che dobbiamo riconoscere e dico anche che abbiamo molti problemi che non sempre vogliamo ammettere pubblicamente.

E dico, anche, che del tutto sporadiche sono state, fin qui, le voci e le testimonianze che si sono levate in questa direzione, ammettendo ciò che oggi vorrei fosse riconosciuto per dare quella *“svolta”* alla medicina legale pubblica che vorrei non fosse più elusa.

I pochi studi [16] che sembrano legittimare il nostro operato professionale, in termini ameni di efficienza e di efficacia, vanno in un' unica direzione: da quando il sistema di accertamento dell' invalidità civile è stato ri-trasferito alle strutture sanitarie pubbliche del Servizio sanitario nazionale, a correzione dell' aberrante manovra di *“militarizzazione”* dell' invalidità civile decisa e voluta dell' allora Ministro al Tesoro Onorevole Giuliano Amato, si sarebbe ottenuto il drastico contenimento dei tempi di attesa della visita medica e, pur a fronte del progressivo invecchiamento della popolazione italiana, una sostanziale stabilità nella spesa assistenziale.

Mi chiedo, però, a fronte di questi risultati certamente importanti, ricondotti da qualcuno di noi al ruolo svolto, a partire dagli anni '90, dai Servizi di Medicina Legale pubblici, che cosa effettivamente pensano i diversi portatori di interesse (*stake-holders*) con cui ci confrontiamo nella quotidianità e, soprattutto, i cittadini che afferiscono ai nostri servizi.

Nella pur sterminata produzione bibliografica, non ci sono lavori che analizzano il grado di soddisfazione dei cittadini che accedono ai nostri Servizi pur essendo state formulate, da parte nostra, diverse proposte di *customer sodisfaction*

anche se, recentemente, nel marzo di quest' anno, il Coordinamento nazionale delle Associazioni dei malati cronici ha reso pubblico il *6° Rapporto sulle politiche della cronicità* [19] dal quale emerge la percezione di un sistema che è esattamente l' opposto di quanto da noi descritto.

Questo Rapporto, redatto da 30 Associazioni italiane rappresentative dei malati cronici, dà atto, della situazione della cronicità in Italia, analizzando, dalla parte del cittadino, le carenze del sistema sanitario pubblico.

Per noi è di tutto interesse il capitolo del *Rapporto* che esamina i cosiddetti *“ostacoli di tipo amministrativo”* e, più in particolare, il paragrafo che approfondisce i problemi che il malato cronico affronta nel riconoscimento dell' invalidità civile e dell' handicap; le 30 Rappresentazioni dei malati cronici segnalano, in particolare, che nella *“... totalità dei casi”* i pazienti sono *“... costretti, quotidianamente, ad affrontare ostacoli di diverso genere per accedere ed ottenere l' invalidità civile, l' handicap e l' indennità di accompagnamento”*.

Preoccupa, evidentemente, il riferimento alla *“totalità dei casi”* ed alla *“quotidianità”* degli ostacoli incontrati dai malati cronici, ricondotti:

1. ad iter burocratici eccessivamente complessi e lunghi;
2. alle difformità regionali ed alla scarsa preparazione delle Commissioni mediche incaricate di valutare il caso;
3. al mancato aggiornamento del sistema tabellare approvato nel 1992 con le nuove tabelle di valutazione internazionale (ADL e IADL).

Senza entrare nel merito di quanto indicato dal punto sub. 3 (resto però alquanto perplesso che le Associazioni rappresentative dei malati cronici identifichino le *“nuove tabelle di valutazione internazionale”* nelle *“ADL”* e nelle *“IADL”* che, diversamente dalla *Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute* approvata dall' Organizzazione mondiale della Sanità il 22 maggio 2001, sono strumenti di valutazione entrati in uso a partire dagli anni '70), vediamo di analizzare più puntualmente gli altri ostacoli amministrativi di cui si dà atto nel *6° Rapporto sulle politiche della cronicità*.

Riguardo agli iter burocratici eccessivamente complessi e lunghi, i problemi segnalati dalle 30 Associazioni rappresentative dei malati cronici riguardano: a) la frammentazione dei percorsi e l' intervento di troppi soggetti pubblici con una mancanza di integrazione che determina diversi passaggi delle pratiche che non consentono ancora di abbattere i tempi di accertamento e di erogazione delle prestazioni; b) i tempi di attesa eccessivamente lunghi che, in qualche contesto territoriale, superano anche i 9 mesi; c) il mancato accesso alla visita domiciliare che costringe i malati non autosufficienti *“... a trafile inenarrabili”*; d) la scarsità di informazioni riguardo alle procedure che contraddistinguono l' iter dell' accertamento dell' invalidità civile e dell' handicap; e) le limitazioni nell' ottenimento dell' indennità di accompagnamento segnalate da 9 delle 30 Associazioni rappresentative dei malati cronici; f) la mancata valutazione della documentazione clinica prodotta dal paziente e la conseguente richiesta di effettuare ulteriori indagini diagnostiche ritenute non necessarie; g) la necessità di dover periodicamente ri-accertare la propria patologia con sospensione dei benefici

economici (segnalata da 25 delle 30 Associazioni rappresentative dei malati cronici).

Riguardo alle difformità regionali ed alla scarsa preparazione delle Commissioni mediche incaricate di valutare il caso, gli ostacoli segnalati nel *Rapporto* dalle 30 Associazioni rappresentative dei malati cronici riguardano: a) la composizione ridotta e la scarsa preparazione delle Commissioni mediche incaricate di valutare il caso (segnalata da 17 delle 30 Associazioni ed in particolare dall'Associazione LILA, dall'Associazione che rappresenta i malati affetti da artrite reumatoide e da quelli affetti da malattia di Parkinson); b) la mancata armonizzazione dei parametri di valutazione (segnalata da 20 delle 30 Associazioni) con il risultato che, a seconda dei luoghi di residenza, i pazienti affetti dalla stessa patologia hanno un riconoscimento diverso a seconda della discrezionalità degli organi tecnici; c) il mancato riconoscimento dei benefici dell'invalidità civile e dell'handicap, segnalato da 14 delle 30 Associazioni rappresentative dei malati cronici.

Le soluzioni alle macroscopiche dis-funzioni del sistema sono sintetizzate in tre esplicite richieste formulate, all'interno del *Rapporto*, dalle 30 Associazioni rappresentative dei malati cronici: 1. la semplificazione di accesso ai servizi puntando sulla creazione di una rete telematica che garantisca la piena fruibilità dei diritti; 2. la rivisitazione della norma con l'intento di superare l'attuale frammentazione tra più Enti dell'iter amministrativo armonizzando, su tutto il territorio nazionale, la metodologia di accertamento e di riconoscimento dell'*impairment*; 3. l'individuazione, attraverso la Conferenza Stato-Regioni, di standard e di indicatori (di sicurezza e di qualità) per una maggiore tutela dei soggetti disabili.

Non voglio, qui, dilungarmi sul metodo che ha informato la redazione del 6° *Rapporto sulle politiche della cronicità* che alimenta quel senso di sospetto e di distacco con cui, spesso, i medici legali si pongono rispetto ai documenti che provengono dai portatori di interesse; credo, tuttavia, sarebbe un gravissimo errore guardare con sufficienza allo "spaccato" che ne emerge (e che è esattamente il contrario di quel sistema, efficiente ed efficace, che –ammettiamolo– abbiamo descritto in maniera auto-referenziata), rinunciando a riflettere, con serenità e sistematicità, sul nostro ruolo ed a (ri)-ordinare la gerarchia dei molti ed eterogenei problemi che abbiamo nella prassi a partire da uno di essi.

Personalmente ritengo che l'idea-chiave che gerarchizza il groviglio dei nostri problemi è l'idea stessa di Medicina legale pubblica o, più opportunamente, il modello entro il quale la nostra Disciplina vorrà sapersi responsabilmente collocare.

Questo modello, per la maggior parte di noi, è un modello che, mutuando la nostra posizione nella pratica forense, è di assoluta terzietà rispetto alle parti e di equi-distanza rispetto agli interessi legittimi in gioco; per pochi altri è invece la capacità (e la consapevolezza) di realizzare un'azione professionale a più ampio raggio che, trascendendo il modello precedente pur senza rinunciare alla nostra specifica impostazione metodologica, deve essere orientata alla tutela solidaristica della salute che si realizza con un impegno particolarmente attento specie riguardo alle persone più deboli e più fragili.

La questione non è marginale come potrebbe apparire, *prima facie*, ma di tutta evidenza per il futuro della nostra Disciplina di cui, come dicevo, siamo comunque responsabili.

A favore del primo modello v'è certamente la nostra secolare tradizione culturale e la nostra specifica formazione universitaria che è stata particolarmente attenta ad orientarci verso quello stile che, nella prassi forense, è garanzia del livello di terzietà tra gli interessi in gioco ed a supporto tecnico dell' autorità giudicante; autorità che resta, in tale contesto, non solo il mandante della nostra azione professionale ma chi la condiziona (con la formulazione di espliciti quesiti che circoscrivono il campo ed il nostro raggio d' azione), dunque il nostro destinatario principale ed il nostro interesse prevalente che, per fini di natura esclusivamente processuale, finisce con lo scotomizzare gli altri interessi espressi dalle parti in gioco, spesso legittimi ancorché tra loro costantemente contrastanti.

Il secondo modello non trova, invece, esplicito riferimento nella nostra tradizione e nella nostra formazione universitaria; chi di noi lo sostiene a fondamento della prassi sa perfettamente che il paradigma fondante è del tutto recente anche se l' idea madre che lo anima è da ricondurre a quanto previsto dalla legge n. 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale: legge che, con grandissima lungimiranza e, se vogliamo, con straordinario coraggio, ha riconosciuto alla medicina legale pubblica parità di rango rispetto alla cura, alla riabilitazione ed alla prevenzione, ponendola tra le articolazioni fondamentali del Servizio sanitario nazionale a garanzia del principio generale sancito dall' art. 32 della nostra Carta costituzionale.

Di questo principio informatore abbiamo saputo cogliere però solo alcune sfaccettature.

Ci siamo battuti con forza, per molti anni e –diciamolo pure– con alterne fortune, per l' istituzione dei Servizi di Medicina Legale e per sottrarre ai Collegi igienisti competenze che riteniamo pertinenti con la nostra sfera di operatività; ma forse, non abbiamo connotato con la medesima forza quel viraggio di stile rispetto al passato che si imponeva per caratterizzarci e non siamo riusciti a dare un volto nuovo alla nostra Disciplina non tanto rispetto al sapere quanto, invero, ai modi ed ai valori che devono contraddistinguere le nostre azioni professionali.

Sottolineo un adagio che ho già formulato alcuni anni fa, in occasione del Convegno nazionale svoltosi a Ferrara nel 2004, discutendo riguardo all' esegesi interpretativa dell' handicap in situazione (con connotazione) di gravità [7].

A me sembra che la strada su cui dobbiamo incamminarci non è più quella della terzietà e che è del tutto necessario imboccare, non abdicando al nostro sapere ed alla nostra impostazione metodologica, una strada nuova, (ri)-umanizzando -per così dire- il nostro sapere che, incline a quelle che sono le esigenze di giustizia della pratica forense, non ha ancora acquistato piena dimestichezza con il territorio e con le esigenze di salute delle persone, che ha esasperato il tecnicismo orientato a produrre operazioni (non prestazioni) esponendoci al rischio di *“operare senza fare”* e di fungere, a seconda delle circostanze storiche, da *“ammortizzatori sociali”* e/o da *“contenitori della spesa pubblica”* ed a porre in secondo ordine la tutela solidaristica della salute ed i bisogni che esprimono i soggetti più deboli e fragili.

Il connotato che, a mio modo di vedere, non abbiamo ancora acquisito e che è fondamentale per un sapere pratico quale è il nostro è la libertà: il medico legale che accetta di consegnarsi ad una razionalità puramente tecnica e che usa le norme senza saperle interpretare correttamente nell' interesse di salute delle persone è come se accettasse di operare attraverso condotte pre-ordinate, come le lavatrici attraverso i programmi pre-impostati di lavaggio.

Qualunque scienza non è un insieme di nozioni acquisite, un formulario ma è una lingua: un insieme, cioè, di forme e di regole che vivono nel tempo, in un certo tempo, per una massa parlante, anche in funzione della sua comprensibilità (*readability*).

La scienza -e la medicina legale non può assolutamente essere avulsa da questo processo- deve essere, dunque, una cultura che si occupa del reale, è un linguaggio che non fotocopie il reale così come è oppure passivamente ma raccorda la realtà al nostro modo di pensarla, di comprenderla e di interpretarla; ed è un nostro preciso dovere il rappresentare -interpretandole e non usandole- le norme e le regole, assumendoci la responsabilità di utilizzarle, con equità e giustizia (non carità) sociale, nell'interesse prioritario di chi accede motivatamente ai nostri Servizi se il nostro statuto ontologico, condiviso dal contesto sociale entro cui collochiamo e che ci legittima, è quello di essere dei professionisti che operano perseguendo la tutela solidaristica della salute nell'interesse, costituzionalmente garantito (art. 32), del singolo e dell'intera collettività.

Se, questo, è il nuovo paradigma che deve saper animare la Medicina Legale pubblica e sul quale è auspicabile convergano anche le sinergie del mondo accademico che prepara i futuri professionisti mi sembra che esso, contestualmente, funga da "*volano*" per (ri)-orientare le gerarchie dei molti problemi, motivandoci a collocarci al loro interno in maniera del tutto nuova, con rinnovato interesse e con quello *slancio vitale* con il quale abbiamo caratterizzato l'idea-madre della parola (ri)-*vitalizzare*: parola assunta nel suo straordinario significato di pianificare, responsabilmente, un insieme di azioni a sostegno dello scopo di rendere efficiente e dinamico un qualcosa che non lo è più o che non lo è mai stato e che, nel nostro caso, è rappresentato dall'istituto giuridico dell'invalidità civile.

4. Le azioni di governo clinico per (ri)-vitalizzare l'istituto giuridico dell'invalidità civile

Mi chiedo se le difficoltà che stanno incontrando i Servizi di Medicina Legale del Servizio sanitario nazionale siano un fatto isolato e se le stesse da ricondurre ad un problema di *mezzi* ((le disponibilità scientifiche e le disponibilità economiche) o ad un problema di *modi* (i valori e la personalizzazione della cura) e mi chiedo, ancora, se per (ri)-vitalizzare l'istituto giuridico dell'invalidità civile e gli altri settori di nostra pertinenza, rendendoli più efficienti e dinamici, dobbiamo percorrere strade nuove o servirci di esperienze collaudate, già sperimentate in altre branche del sapere medico.

A me pare che le nostre attuali difficoltà sono un aspetto della crisi, più generale, che sta attraversando la medicina pubblica di tutti i Paesi industrializzati, indipendentemente dalle forme ordinamentali dei sistemi sanitari, provocata dalla cultura della globalità, dai condizionamenti imposti dai vincoli economici, dal ripensamento dei fondamenti (e dell'identità) della scientificità medica e, soprattutto, dalle profonde trasformazioni sociali che hanno messo in discussione lo statuto ontologico del malato: malato che, oggi, non è più l'oggetto passivo della medicina ma il soggetto che, attivamente e consapevolmente, aziona tutti i determinanti sociali che gli garantiscono di esercitare i suoi diritti tra cui quello di personalità, di libertà di scelta e di salute.

Una crisi generale e profonda, dunque, determinata, nella società occidentale, non solo dalle contingenze (emergenze) di ordine economico ma anche dall'attuale ripensamento dell'idea di scientificità medica: non tanto riguardo alle conoscenze ma, soprattutto, alle loro relazioni con altri tipi di conoscenza (e di epistemologia) che riguardano le scienze umane, quelle sociali, quelle linguistiche, quelle etico-morali e, più in generale, tutte quelle scienze che, pur non riguardando la natura biologica del malato, la condizionano e la caratterizzano.

All'interno di questa crisi generale, trasversale a tutti i settori della medicina, si impone, anche per la nostra Disciplina, un deciso "*cambio di rotta*" orientato a dar significato ed identità alla nostra azione professionale che -lo ricordavo discutendo del paradigma di riferimento entro il quale vogliamo collocarci- deve essere garante della tutela costituzionale del bene-salute attraverso un'azione professionale orientata, prioritariamente, ai valori ed alla persona, sinergica agli interventi di cura, di prevenzione e di riabilitazione.

Se questa necessità sarà condivisa si impone, tuttavia, l'altra questione: su quale strada dovrà avvenire questo cambiamento radicale di rotta? Percorrendo strade nuove che portano verso continenti non ancora conosciuti? O, invece, percorrendo le stesse rotte che altri settori della medicina, coinvolti nella nostra stessa crisi, hanno già provato a percorrere nel contesto di quelle azioni di miglioramento continuo della qualità che vanno, oggi, sotto il nome di governo clinico (o di *Clinical governance*)¹?

Personalmente credo che quest'ultima sia la strada sulla quale anche noi, medici-legali, dobbiamo incamminarci se vogliamo, effettivamente, (ri)-vitalizzare i settori di nostra pertinenza portandoli, attraverso azioni strutturate e coerenti, in condizioni di efficienza e di dinamismo.

Con una sola attenzione!

La *Clinical governance* non è una "*moda*" effimera ma uno strumento di lavoro complesso, scomponibile in una serie di elementi costitutivi (la formazione continua, la trasparenza, la verifica clinica, la gestione del rischio, la verifica clinica, la ricerca e lo sviluppo), che ci educa all'esercizio continuo della responsabilità del miglioramento del servizio erogato a salvaguardia di alti standard assistenziali, con il coinvolgimento di tutti i portatori di interesse: i professionisti sanitari, gli amministratori, i pazienti e le loro Associazioni rappresentative.

Come tale, è uno strumento di lavoro che richiede costanza e tenacia e non già un qualcosa da utilizzare saltuariamente o per un periodo circoscritto.

¹ La *Clinical Governance* è un sistema organico di interventi proposto, per la prima volta dal National Health Service Trust britannico nel 1997 nell'intento di riequilibrare il dissesto del Servizio sanitario inglese e la sfiducia dei cittadini nei confronti delle strutture sanitarie pubbliche (mosse dagli insuccessi nelle diagnosi di tumore osseo alla Royal Orthopaedic Hospital di Birmingham e nella terapia cardi-ochirurgia pediatrica alla Royal Infirmary di Bristol) con l'intento di assicurare gli obiettivi della cura e di intraprendere, contestualmente, le azioni volte a realizzare il miglioramento continuo dell'assistenza sanitaria. Molte sono state le definizioni di *Clinical Governance* anche se, probabilmente, la più felice è quella fornita, nel 1998, da Scaly e Donaldson: gli Autori la identificano nei "*riferimenti entro i quali le Organizzazioni sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di alti livelli di assistenza*".

Dobbiamo essere consapevoli di questo se vogliamo, effettivamente, orientare in questa direzione quel “*cambio di rotta*” che si impone anche per la nostra Disciplina del cui destino siamo responsabili e se vogliamo, in particolare, (ri)vitalizzare i settori di nostra pertinenza che soffrono, ancora, della mancanza di un progetto generale orientato al miglioramento della qualità e dell’ assenza (o del mancato riconoscimento) di standard minimi che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

Vediamo ora di capire come gli elementi costitutivi della *Clinical governance* possono essere applicati alla nostra attività valutativa e, alla luce della mia personale esperienza, su quali linee di intervento i nostri programmi di miglioramento continuo della qualità potranno essere attivati, nell’ intento di (ri)vitalizzare, responsabilmente, l’ istituto giuridico dell’ invalidità civile.

4.1 La trasparenza (la visione condivisa)

Se le azioni della *Clinical governance* si realizzano nell’ esercizio della responsabilità per il miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati e nella salvaguardia di alti standard assistenziali, le azioni che devono supportare la *trasparenza* (o *la visione condivisa*) delle nostre azioni professionali dovranno essere specificatamente orientate lungo almeno tre direttrici:

1. l’ individuazione delle procedure che definiscono il “*chi fa*”, il “*che cosa fa*” ed il “*come lo fa*” all’ interno delle nostre Organizzazioni;
2. la predisposizione di un progetto informativo adeguato, specificatamente orientato alle persone che afferiscono ai nostri Servizi;
3. la cura dei rapporti con tutti i portatori di interesse (*stake-holders*).

Definire (preferibilmente per iscritto) le procedure di un’ organizzazione complessa quale è la nostra non significa solo definire il “*chi fa*”, il “*che cosa fa*” ed il “*come lo fa*” ma, anche, rivedere sistematicamente il nostro assetto organizzativo nell’ intento di modificare i nostri stili e comportamenti stereotipati, superando gli ardui scogli della tradizione storica che si esplicitano nel noto adagio “*Perché modificare: si è sempre fatto così*”.

Nel mio contesto organizzativo ciò è avvenuto per una fortuita coincidenza: uno tra gli obiettivi del Budget 2000 era quello di definire per iscritto le procedure di ogni singolo percorso assistenziale nell’ ottica dell’ accreditamento istituzionale.

Coerentemente a ciò sono state riviste tutte le fasi dei processi e sono state definite, per ciascun percorso assistenziale, le procedure che devono essere seguite dall’ Organizzazione in relazione agli adempimenti di natura amministrativa (preliminari, contestuali e successivi ad ogni visita medica) ed agli adempimenti di natura tecnico-sanitaria, tenuto conto di due variabili: da una parte il rispetto delle norme di settore e, dall’ altra, ponendosi nell’ ottica di semplificare l’ accesso del cittadino al servizio.

Non è certo questa la sede per presentare il documento nel suo complesso, che è stato aggiornato nel 2003, anche se, limitatamente al settore dell’ invalidità civile, voglio riassumerne gli elementi di rilievo in riferimento: sub. a) al contesto organizzativo in cui sono effettuate le visite mediche; sub. b) alla metodologia valutativa.

Riguardo al contesto organizzativo, le regole generali che sovra-intendono la nostra Organizzazione e che costituiscono standard di erogazione del servizio, attengono:

1. la gestione informatizzata di tutte le fasi del processo, ivi compresa la redazione del Modello A/San, fatta eccezione per la compilazione ancora manuale della cartella clinica personale;
2. l'organizzazione distrettualizzata delle visite mediche (oltre il 50% delle medesime sono realizzate in sedi di lavoro periferiche diverse da quella centrale) in ambulatori decorosi, facilmente raggiungibili e, con una sola eccezione, sbarrierati sotto il profilo architettonico;
3. l'organizzazione, codificata, delle visite mediche effettuate al domicilio della persona nel caso di intrasportabilità della medesima a mezzo ambulanza e delle visite mediche per le quali si rende necessaria una priorità di risposta (per il pericolo di vita della persona stessa), coerentemente a quanto previsto dalla Giunta provinciale di Trento nel 2003²;
4. l'attività di front-office svolta dal personale amministrativo della Unità Operativa di Medicina Legale e dei Distretti sanitari;
5. la scansione temporalizzata degli appuntamenti per la visita medica fissati a distanza di 35 m' l'uno dell'altro;
6. i tempi dedicati a ciascuna visita medica (35 m'), effettuata da un unico medico, per mettere la persona a suo agio e per effettuare un accurato esame clinico;
7. la trasmissione celere del Modello A/SAN.

La metodologia valutativa, recependo la proposta presentata, qualche anno fa, da CARLINI e BACCI [2], è stata scandita nelle seguenti fasi operative che, al pari delle precedenti, costituiscono altrettanti standard di erogazione del servizio:

1. acquisizione della documentazione sanitaria ed amministrativa contenuta nel fascicolo preparato dal personale amministrativo;
2. effettuazione della visita medica correlata dall'esame della documentazione clinica prodotta dalla persona;
3. formulazione dell'epicrisi medico-legale, privilegiando gli aspetti funzionali rispetto alla diagnosi clinica;
4. verifica del requisito della permanenza dello stato invalidante ed utilizzo, appropriato, dello strumento della revisione medica disposta solo nei casi in cui è ragionevole attendersi, rispetto a quanto accertato, una modificazione dello stato di salute della persona;

² Il riferimento è alla deliberazione n. 386 approvata dalla Giunta provinciale di Trento il 21 febbraio 2003 con la quale è stato attivato il processo di ri-organizzazione dell'attività valutativa, attraverso: a) il trasferimento, ai Distretti sanitari, dell'attività di valutazione dell'invalidità civile in prima istanza nei riguardi di soggetti anziani ultra-65enni, fermo restando il ruolo di coordinamento e di governo affidato alla Unità Operativa di Medicina Legale; b) la disciplina dei percorsi per i quali, in relazione alle condizioni di salute della persona, si rende necessaria la *priorità di risposta*, ovverosia l'effettuazione della visita medica al domicilio della persona entro il termine massimo di 30 giorni (ridotti a 15 giorni a partire dall'1.01.2007) dalla presentazione della domanda amministrativa.

5. valutazione medico-legale dell' *impairment* lavorativo e, nei soggetti ultra-65enni, delle *difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell' età* utilizzando apposite scale di valutazione multi-dimensionale approvate dalla Giunta provinciale di Trento;
6. formulazione dei giudizi medico-legali cosiddetti "*accessori*", ancorché obbligatori per legge (potenzialità lavorative).

Le peculiarità che caratterizzano il nostro attuale assetto organizzativo e che costituiscono, come ricordavo, standard di qualità del servizio riguardano l' utilizzo sistematico della cartella clinica personale e l' utilizzo, nel caso di soggetti anziani ultra-65enni, a completamento dell' esame clinico, dei test di valutazione multi-dimensionale che la Giunta provinciale di Trento ha approvato, nel 1999, quali strumenti per graduare le *difficoltà persistenti*.

La cartella clinica personale viene utilizzata, nel nostro contesto organizzativo, dal 1998 anche se la proposta iniziale, dopo aver sperimentato sul campo la tenuta dello strumento, è stata, nel tempo, ripetutamente modificata e semplificata; essa è stata predisposta utilizzando i diversi settori che compongono la cartella clinica tradizionale (parte anagrafica, raccolta dell' anamnesi e dell' esame clinico mirato) adattate in funzione della necessità di formulare un' epicrisi medico-legale orientata in senso dinamico-funzionale e di esprimere un giudizio valutativo.

Nel caso di persone anziane ultra-65enni l' esame clinico viene integrato, come ricordavo, con le scale di valutazione multi-dimensionale approvate dalla Giunta provinciale di Trento con l' atto deliberativo n. 2704 dd. 9 aprile 1999 ("*Indirizzi per la valutazione dello stato di invalidità civile nei riguardi dei soggetti ultra-65enni*"), rappresentate [13]: a) dall' *indice di Barthel-mobilità* per la valutazione della mobilità (deambulazione, passaggi posturali e capacità di salire/scendere le scale); b) dall' *indice di Barthel-ADL* per la valutazione degli *atti quotidiani della vita* (identificati nell' alimentazione, nella vestizione, nel bagno, nella cura del corpo, nella continenza urinaria e fecale e nell' utilizzo del WC); c) dal *Mini mental state* (MMS) per la valutazione delle funzioni cognitive.

L' *indice di Barthel-mobilità*, nella versione richiamata nell' atto deliberativo, esplora tre funzioni riconducibili alla mobilità (il trasferimento sedia-letto, la deambulazione e la capacità di percorrere le scale) ad ognuna delle quali corrispondono *items* pre-definiti (in numero di 3 o di 4 a seconda delle funzioni esplorate) con punteggi numerici altrettanto pre-definiti:

Trasferimento sedia-letto:

- indipendente (15 punti)
- minima assistenza o supervisione (10 punti)
- capace di sedersi ma necessita di massima assistenza al trasferimento (5 punti)
- dipendente (0 punti)

Deambulazione:

- indipendente, può usare ausilio ad eccezione del girello (15 punti)
- con aiuto (o girello) per almeno 50 passi (10 punti)
- Indipendente con carrozzina o in grado di compiere pochi passi con aiuto o con ausili (5 punti)
- dipendente (0 punti)

Salita scale:

indipendente (10 punti)
necessita di aiuto o supervisione (5 punti)
Non è in grado (0)

A seconda della combinazione dei punteggi ottenuti si ottengono le tre seguenti classi di *difficoltà persistenti* nella funzione deambulatoria:

1. punteggio di Barthel mobilità da 30 a 40 (persona autonoma nella deambulazione);
2. punteggio di Barthel mobilità da 15 a 25 (persona assistita nella deambulazione);
3. punteggio di Barthel mobilità da 0 a 10 (persona dipendente nella deambulazione).

L' *indice di Barthel-ADL*, nella versione semplificata adottata dalla Giunta provinciale di Trento nello stesso atto deliberativo, indaga, a sua volta, le seguenti 7 funzioni ad ognuna delle quali corrispondono *items* pre-definiti a cui corrispondono punteggi variabili (da 0 a 15) in relazione al progressivo grado di dipendenza della persona negli atti quotidiani della vita:

1. alimentazione;
2. bagno;
3. cura del corpo;
4. abbigliamento;
5. controllo dell' alvo;
6. controllo della minzione.
7. trasferimento ed uso del WC.

A seconda della combinazione dei punteggi ottenuti si ottengono le tre seguenti classi di *difficoltà persistenti* negli atti quotidiani della vita:

1. punteggio di Barthel-ADL da 50 a 80 (persona autonoma negli atti quotidiani della vita);
2. punteggio di Barthel-ADL da 15 a 45 (persona parzialmente dipendente negli atti quotidiani della vita);
3. punteggio di Barthel-ADL da 0 a 10 (persona totalmente dipendente negli atti quotidiani della vita).

Il *Mini mental state*, nella sua versione originale proposta, nel 1975, da FOLSTEIN e Coll. e come tale adottato dalla Giunta provinciale di Trento nello stesso atto deliberativo, indaga, con la somministrazione di alcune domande e l'effettuazione di qualche test di performance, le seguenti aree della sfera cognitiva attraverso una griglia di analisi pre-definita cui corrispondono i punteggi che, sommati, tenuto conto di alcuni fattori correttivi determinati dall'età della persona e dal grado di scolarità della stessa, danno un valore massimo di 30 (normalità):

1. orientamento temporale ed orientamento spaziale (10 semplici domande somministrate);
2. capacità di registrazione (si nominano tre oggetti, si chiede alla persona esaminata di ripeterli uno alla volta e tutti e tre si contano il numero di tentativi effettuati e si assegna 1 punto per ogni risposta esatta);

3. capacità di attenzione e di calcolo (sottrarre 7 a 100 fino a 5 risposte assegnando 1 punto per ogni risposta esatta; in alternativa si chiede di compitare la parola *mondo* o la parola *carne* al contrario);
4. capacità di rievocazione (si chiede alla persona esaminata di ripetere i nomi dei tre oggetti precedentemente registrati e si assegna 1 punto per ogni risposta esatta);
5. capacità di linguaggio (si chiede alla persona esaminata di nominare la matita e l'orologio, di ripetere una piccola frase, di eseguire un ordine in tre parti, di scrivere una frase, di copiare un disegno geometrico e di leggere ed eseguire un messaggio comunicato per iscritto).

Sia il contesto organizzativo sia la metodologia valutativa definita nelle nostre procedure organizzative costituiscono standard di qualità che connotano i *modi* di erogazione del servizio e non già semplici misure organizzative che individuano, più genericamente, il “*chi fa*” ed il “*che cosa fa*”: *modi* di erogazione che, necessariamente, devono essere orientati ai valori ed al rispetto della persona senza trascurare l'attività di miglioramento continuo e di controllo della qualità del servizio erogato che si avvalgono, come avrò modo di evidenziare nel paragrafo 4.3, dell'analisi, a campione, di un numero, annualmente pre-definito, di cartelle cliniche personali.

Anche riguardo alle azioni finalizzate ad informare (responsabilizzandolo) il cittadino che afferisce ai nostri servizi ed a migliorare i rapporti con tutti i soggetti portatori di interesse (*stake-holders*), le nostre azioni devono essere strutturate in maniera sinergica e del tutto coerente: non è, infatti, possibile migliorare l'informazione con l'obiettivo di responsabilizzare il cittadino rendendolo edotto sui suoi diritti ma anche dei vincoli fissati dalle normative di settore senza strutturare, al contempo, un piano di intervento rivolto a tutti i soggetti portatori di interesse con l'intento di favorire la nascita di quella “*rete*” territoriale, tanto auspicata ma dalla quale, troppo spesso, ci vogliamo ancora estraniare.

Sono consapevole che questo è un campo del tutto ostico ed oltremodo difficile e conosco stimati Colleghi che, sfiduciati, hanno oramai rinunciato a qualsivoglia azione correttiva nei confronti di un sistema che –ne siamo tutti consapevoli- è alimentato da interessi alquanto diversi (e non sempre dichiarati), che, purtroppo, alimentano la sfiducia del cittadino in ragione dell'(in)-coerenza informativa che regna incontrastata: ciò che per il medico di medicina generale o per l'addetto di un Patronato o di una Associazione rappresentativa degli invalidi è un “*diritto*” sembra essere, spesso, svilito dai nostri Servizi, come dimostrano i dati forniti nel 6° *Rapporto sulle politiche della cronicità in Italia* nella parte in cui si lamentano, da parte di 14 delle 30 Associazioni rappresentative dei malati cronici, le limitazioni nell'ottenimento dell'indennità di accompagnamento e dell'handicap.

E, ciò, è paradossale per almeno due ordini di ragioni.

La prima è la situazione di legalità in cui sono convinto lavorino i nostri Servizi che riconoscono e/o negano i diritti azionati dal cittadino nel rispetto di norme che non sono sempre –lo sappiamo- chiare; la seconda è che il sospetto si insinua nel cittadino che afferisce ai nostri Servizi e –dunque- nel soggetto cui le nostre azioni professionali sono, *in primis*, rivolte.

Questi paradossi, fonte spesso di quell'ampia sfiducia che si coglie nei nostri confronti se vogliamo essere onesti sul piano intellettuale, ci devono motivare a

strutturare le più idonee azioni correttive nei confronti di un sistema “*a maglie*” che deve essere guidato e coordinato dai nostri Servizi, con una regia sapiente ancorché poco appariscente; allenandoci, dunque, ad una responsabilità che non può non considerare tutti i portatori di interesse alla stregua di *partner*, attenti e responsabili, di un sistema che ha assoluta necessità di essere reso coerente nell’interesse del cittadino, pur nel rispetto dei ruoli che ciascuno ricopre al suo interno.

In questa direzione la nostra linea di condotta deve essere particolarmente attenta e deve realizzarsi, come è avvenuto nella nostra organizzazione, attraverso le seguenti azioni:

1. predisposizione di una “*Guida ragionata*” che possa fungere, per tutti i medici di medicina generale e gli specialisti ambulatoriali, da utile supporto non solo nella redazione della certificazione medica che il cittadino allega a sostegno della domanda amministrativa ma anche per comprendere quali sono i vincoli normativi dell’ istituto giuridico dell’ invalidità civile e la metodologia valutativa che dobbiamo utilizzare;
2. inserimento, all’ interno della Carta dei Servizi e nel sito aziendale, di alcune brevi schede riassuntive destinate al cittadino che individuano le modalità di accesso al servizio e di erogazione del medesimo;
3. formazione costante di tutti i medici di medicina generale e degli specialisti ambulatoriali, con lo strumento della formazione continua in medicina e, se possibile, d’ intesa con l’ Ordine dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri;
4. realizzazione, con cadenza annuale, di un piano di attività specificatamente destinato a tutti i soggetti portatori di interesse a supporto della trasparenza organizzativa e della messa in “*rete*” dei servizi.

Quest’ ultima attività risulta del tutto strategica se vogliamo realmente (ri)vitalizzare l’ istituto giuridico dell’ invalidità civile in termini di efficacia, di efficienza e di appropriatezza ed ha portato, nel nostro contesto territoriale, ai seguenti risultati concreti da quando, nel nostro Budget, si è voluto inserire, tra gli obiettivi annuali, il miglioramento della comunicazione con gli *stake-holders*:

- a) realizzazione di incontri periodici, con larga partecipazione di tutti i soggetti portatori di interesse, finalizzati a rendere conto degli impegni assunti nei piani annuali di attività, degli eventuali problemi incontrati in corso d’ anno e dei risultati raggiunti non solo in termini di indicatori di *performance*;
- b) semplificazione dei moduli di domanda da utilizzare nella presentazione della domanda di riconoscimento dell’ invalidità civile, della cecità civile, del sordomutismo e dell’ handicap;
- c) predisposizione di una breve nota informativa che viene allegata al modello A/SAN nella quale si esplicitano al cittadino i relativi diritti ed i successivi percorsi che Egli deve seguire per l’ attivazione degli stessi;
- d) stesura di una convenzione con la Provincia autonoma di Trento finalizzata a realizzare la costituzione di punti informativi per consigliare ed orientare il cittadino e per rendere più efficace, anche con lo strumento della formazione continua, il ruolo di chi lavora all’ interno degli 11 sportelli periferici di assistenza e di informazione al pubblico della medesima;

- e) realizzazione (nel corso di questo mese) di due corsi di formazione, destinati agli operatori degli Enti di Patronato ed al personale delle Associazioni rappresentative degli invalidi (A.N.M.I.C., E.N.S. ed U.I.C.), progettati con il duplice obiettivo di garantire l'accesso appropriato ai servizi e, soprattutto, la coerenza delle informazioni fornite al soggetto disabile.

4.2 L'efficacia e l'efficienza dell'intervento assistenziale

Molto si discute oggi riguardo all'*efficacia* ed all'*efficienza* di qualsivoglia intervento assistenziale interpretate, rispettivamente, come la capacità di fornire una prassi medica appropriata e di elevata qualità nei risultati, razionalizzando, nel contempo, la spesa pubblica.

In quest'ampio dibattito, sorto a margine del processo di aziendalizzazione del Servizio sanitario nazionale che ha coinciso con l'introduzione di logiche economico-produttive ed economico-gestionali nell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, poco abbiamo partecipato non tanto sul versante dell'elaborazione dottrinale quanto per le esperienze concrete che abbiamo saputo realizzare all'interno dei nostri Servizi.

Eppure il tema è anche per noi di tutto rilievo: la Medicina legale non può ritenersi estranea a quel processo sistematico di revisione organizzativa oggi in corso che, nel tentativo di armonizzare le diverse istanze in gioco (quella clinica di offrire il massimo beneficio al singolo paziente, quella dell'organizzazione di razionalizzare l'utilizzo delle risorse in campo sanitario e quella sociale di ottenere una maggiore partecipazione e controllo sull'impiego delle medesime), sempre più focalizza la sua attenzione sull'adagio "*quali sono le cose giuste da fare*" piuttosto che sul "*fare bene le cose*".

Non è questa la sede per entrare nel dettaglio di quest'ampio dibattito che ci porterebbe all'*evidence* ed al paradigma della medicina basata sulle prove di efficacia introdotto, nel 1992, da un gruppo di Ricercatori per dare significato alla necessità di sostenere tutte le azioni cliniche su solide evidenze quantitative derivate da una ricerca epidemiologica di buona qualità.

Pur tuttavia la nostra attenzione non può non andare ad alcuni tra gli strumenti di lavoro proposti che ci consentono di restare al passo con i tempi e di modulare le nostre azioni professionali su quella razionalità documentata che si oppone alla anarchia, all'improvvisazione o ad altre logiche propagandate come buone a priori: mi riferisco allo strumento delle *linee-guida* ed al sistema degli *indicatori clinici* che, anche per il nostro ambito di attività, rappresentano formidabili baluardi strategici per (ri)-vitalizzare l'ambito valutativo di nostra pertinenza.

Riguardo alle *linee-guida* si impongono alcune precisazioni preliminari per sgombrare il campo da equivoci di fondo che spesso si colgono in tale contenuto.

Una prima precisazione è di natura propriamente semantica ed è finalizzata a comprendere che cosa esse effettivamente siano e quale siano le differenze tra queste ed i *protocolli*; una seconda precisazione sarà invece di natura applicativa a sostegno dell'idea che le *linee-guida* in ambito medico legale sono del tutto necessarie, che le stesse integrano e non sostituiscono il sistema tabellare e che le medesime hanno una loro intrinseca appropriatezza nella misura in cui sono in grado di colmare le ampie incertezze dell'attuale sistema valutativo, forti delle

molte esperienze nazionali e trans-nazionali codificate nelle numerose Guide esistenti per la valutazione del danno alla persona.

Iniziamo con le precisazioni di natura terminologica indicando che cosa è un *protocollo* e che cosa è una *linea guida*.

Il termine *protocollo*³ identifica, in senso generale, uno schema di comportamento (diagnostico, terapeutico o valutativo) pre-definito o, più opportunamente, individuato a priori: dunque, una sequenza di comportamenti standardizzati che definiscono, per alcune circostanze, una prassi pre-impostata la cui violazione è, evidentemente, fonte di responsabilità giuridica.

Il termine *linea-guida* identifica, invece, una raccomandazione di comportamento prodotta attraverso un processo di ricerca sistematica allo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate [15 e 21]: come tale, la produzione di una linea-guida è un processo lungo e complesso, guidato da organismi che godono di ampia credibilità rispetto alla professione medica, orientato a valutare criticamente le evidenze cliniche disponibili in relazione soprattutto ai risultati (agli *outcam*) per orientare responsabilmente la prassi professionale ancorché in maniera indicativa e non cogente.

A fronte delle incertezze legate all'individuazione del soggetto istituzionale competente ad emanare, nel nostro Paese, linee-guida, esistono molteplici esperienze condotte da numerosi soggetti istituzionali (Agenzie regionali, Ordini professionali Società scientifiche, ecc.) che, sulla scia di esperienze trans-nazionali, hanno prodotto documenti di estremo interesse codificati, comunemente, sotto il nome di *linee-guida*: in questo processo poco attiva è stata la nostra disciplina anche se, sulla spinta delle diverse iniziative prodotte dal Coordinamento dei medici legali delle Aziende sanitarie, molte sono state le esperienze presentate sotto forma di proposte operative in ambito valutativo che, in qualche fortunato caso, hanno assunto la forma di una *linea-guida* sostenuta su un processo di revisione sistematica della letteratura.

Esiste, poi, una seconda area problematica in riferimento alle *linee-guida* per l'attività di nostra pertinenza a sostegno dell'idea della loro necessità in ambito medico legale: le stesse integrano e non sostituiscono il sistema tabellare (che assume per noi il rigore di un vero e proprio *protocollo*) e la loro intrinseca appropriatezza è proporzionale alla misura in cui esse sono in grado di colmare le ampie incertezze (o "*zone grigie*") dell'attuale sistema valutativo e la difficoltà di utilizzare al meglio il criterio analogico che soffre, evidentemente, di una grandissima area di soggettività.

Se –dunque– assumiamo il sistema tabellare enunciato dal Decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509 e reso esecutivo dal Decreto del Ministero della Sanità 5

³ Questo termine compare in alcune norme approvate nel nostro Paese ed in particolare nel Decreto del Presidente della Repubblica 13 agosto 1981 (art. 23) e nella Legge 23 dicembre 1996, n. 662 che detta le misure di razionalizzazione della finanza pubblica: quest'ultima norma individua, in particolare, i soggetti coinvolti nella individuazione dei relativi percorsi assistenziali (il ministro della Sanità che si avvale dell'Istituto superiore di sanità, sentite le Federazioni nazionali dell'ordine dei medici e degli odontoiatri e le Società scientifiche interessate ed acquisito il parere del Consiglio superiore di sanità) e fissa il carattere coercitivo dei percorsi "... in ambito locale e le misure da adottare in caso di mancato rispetto dei protocolli, ivi comprese le sanzioni a carico del sanitario che si discosti dal percorso diagnostico-terapeutico senza giustificati motivi".

febbraio 1992 alla stregua di un vero e proprio *protocollo* di valutazione è chiaro che le “zone grigie” che esso individua sono ampie e di tutta evidenza: mi riferisco, a solo titolo di esempio, alla valutazione delle patologie neoplastiche e delle malattie artro-reumatiche ed alla valutazione delle *difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell’età* che, ovviamente, non può essere ancorata alla misura dell’ *impairment* lavorativo come suggerito dall’ inopinata circolare emanata dal Dipartimento della Prevenzione del Ministero della Sanità del 27 luglio 1998 (prot. n. DPV.4/H-F1/643) ⁴.

Su queste ampie zone di incertezza che minano la nostra credibilità istituzionale è del tutto necessario intervenire direttamente attraverso l’ individuazione di esplicite *linee-guida* per la valutazione medico-legale come è avvenuto nel nostro contesto organizzativo dove sono state gradualmente prodotte:

1. linee-guida per la valutazione delle *difficoltà persistenti* a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell’ età nei soggetti infra-18enni anche i fini della concessione dell’ indennità di accompagnamento;
2. linee-guida per la valutazione delle patologie artro-reumatiche;
3. linee-guida per la valutazione delle patologie neoplastiche;
4. linee-guida per la valutazione delle menomazioni concorrenti e/o coesistenti anche ai fini della concessione dell’ indennità di accompagnamento;
5. linee-guida per la valutazione della demenza.

⁴ Nella Circolare si affronta la questione delle *difficoltà persistenti* in una maniera del tutto incoerente rispetto all’ ampia elaborazione dottrinale, anche se con l’obiettivo di dichiarato di “... *semplificare il lavoro delle commissioni di accertamento*” e di risolvere gli ampi problemi prodotti dal venir meno della percentualizzazione dell’ *impairment* lavorativo nei soggetti anziani ultra-65enni e che, per la frammentarietà delle norme, erano all’ origine di ampie difficoltà sia nel campo della fornitura di protesi e/o di ausili sia nel campo dell’ esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa farmaceutica ed a quella sanitaria. La richiamata circolare interpretativa, nel tentativo di porre rimedio ai problemi creati (o sfuggiti) dallo stesso Legislatore, ha compiuto un’ operazione del tutto fuorviante che, nella sua apparente semplicità, ha prodotto aspetti del tutto devastanti sul piano della corretta interpretazione delle norme che disciplinano l’ istituto dell’ invalidità civile e di altre norme di settore; mi riferisco, in particolare, alla normativa riguardo all’ *handicap* che, sul piano interpretativo, ha sofferto dei negativi condizionamenti creati dai corto-circuiti interpretativi prodotti dalla circolare ministeriale del 1998 che, a ben osservare, hanno finito con il confondere l’ *impairment* lavorativo con i *compiti* ed le funzioni proprie dell’ età e la super-invalidità (l’ indennità di accompagnamento) con l’ handicap in situazione (con connotazione) di gravità di cui all’ art. 3, comma 3, della Legge n. 104/1992. Essa ha, in particolare, graduato le *difficoltà persistenti* di cui all’ art. 6 del Decreto legislativo n. 509/1988 su tre livelli (identificati con l’ aggettivo di “*lieve*”, “*medio-grave*” e “*grave*”), dedotti, “... o sulla base degli atti o procedendo ad una nuova visita medica”, in riferimento alla misura percentuale dell’ *impairment* lavorativo: “... si ritiene che i diversi livelli e gradi di difficoltà possano essere ricondotti a tre classi: difficoltà lievi, corrispondenti a invalidità comprese tra il 33,3% ed il 66,6% (da 1/2 a 2/3), ai fini della fruizione della assistenza protesica (art. 4, comma 2, del D.M. 28 dicembre 1992); difficoltà medio-gravi, corrispondenti a invalidità comprese tra il 66,6% ed il 99%, ai fini della esenzione dalla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie (art. 6 del D.M. 1° febbraio 1991, e successive modifiche); difficoltà gravi, corrispondenti ad invalidità pari al 100%, ai fini della esenzione dal pagamento della quota fissa sulla ricetta (art. 8, comma 16, della legge n. 537/1993 e successive modificazioni) ...”.

Se il sistema delle *linee-guida* è un sistema che va implementato e diffuso all'interno della nostra comunità scientifica, il sistema degli *indicatori clinici* è ancora poco conosciuto e del tutto sporadicamente applicato nei nostri contesti organizzativi.

L' *indicatore* è, anzitutto, uno strumento di misura, costituito da un numeratore e da un denominatore, utilizzato come guida per monitorare, valutare e migliorare la qualità delle cure, dei servizi di supporto e delle funzioni organizzative che influenzano gli esiti delle nostre azioni professionali anche in termini di qualità percepita e per il confronto con altre organizzazioni.

Pur essendoci molti modi per classificare e descrivere gli indicatori, il più semplice è quello che li distingue in tre categorie [1]:

1. gli *indicatori di struttura* che descrivono il tipo e l' ammontare delle risorse utilizzate da un sistema sanitario nell' erogazione dei servizi;
2. gli *indicatori di processo* che garantiscono il raggiungimento degli obiettivi di un programma o di un servizio;
3. gli *indicatori di esito* che misurano;
 - a) il miglioramento dello stato di salute di chi è direttamente o indirettamente coinvolto nell' assistenza sanitaria e che, a sua volta, può essere ricondotto alla persona, alla collettività, al comportamento ed al grado di soddisfazione della persona;
 - b) altri indicatori di esito non legati direttamente al cliente/paziente.

Interpretato dal nostro angolo di visione, il problema degli *indicatori clinici* è duplice: la costruzione di un indicatore utilizzando, di norma, i nostri dati storici (non si trovano, purtroppo, in letteratura indicatori clinici che possiamo applicare al nostro ambito di attività) e, in secondo luogo, la misurazione periodica dell' indicatore ed il suo confronto, se possibile, con analoghi indicatori di altre Organizzazioni sanitarie simili alla nostra.

La costruzione di un indicatore risulta, peraltro, secondaria alla scelta che dobbiamo fare se impegnarci o meno nella misurazione della *performance*: scelta, questa, del tutto strategica se si vuole percorrere la strada del miglioramento continuo della qualità e della erogazione di alti standard assistenziali e se vogliamo percorrere quel cambio di rotta che può (ri)-vitalizzare dal nostro interno l' istituto giuridico dell' invalidità civile.

Ed è, questa, una scelta che non può essere uni-laterale ma che deve essere condivisa da tutta l' Organizzazione: misurare significa mettersi alla prova ed andare in questa direzione significa superare quella logica diffusa dell' auto-referenzialità che sostiene un modo di essere autoritario e non già autorevole.

Mi rendo conto che questo processo è arduo ed irto di difficoltà ma ciò che possiamo fare in questa direzione è straordinario specie se saremmo in grado di collegare il miglioramento della qualità agli indicatori clinici e di misurare, soprattutto, gli *indicatori di esito* prodotti dalle nostre azioni professionali: gli unici in grado di misurare il miglioramento, diretto o indiretto, prodotto dal nostro intervento professionale sullo stato di salute della persona, inteso secondo le coordinate ripetutamente espresse dall' Organizzazione mondiale della sanità (benessere fisico, psichico e sociale).

Molti sono, dunque, gli *indicatori clinici* che possiamo adottare nella nostra organizzazione e sui quali non voglio ulteriormente soffermarmi pur desiderando ricordare quali sono state le tappe che, nel nostro contesto organizzativo, ci hanno consentito di identificare un *indicatore di esito* per misurare, con periodicità annuale, il numero delle indennità di accompagnamento.

Nome dell' indicatore: numero di riconoscimenti del diritto a beneficiare dell' indennità di accompagnamento relativo ai soggetti che, annualmente, presentano domanda per il riconoscimento della invalidità civile e che sono visitati dagli organi a ciò abilitati dalla Legge provinciale n. 7/1998.

Riferimenti bibliografici: non sono state reperite specifici riferimenti bibliografici, ma scarse indicazioni sulla necessità che siano i medici legali e non già altri professionisti i soggetti abilitati ad esprimere i giudizi valutativi in punto di indennità di accompagnamento accanto a dati statistici sul numero complessivo di indennità di accompagnamento concesse nel nostro Paese e dati statistici sul numero complessivo di indennità di accompagnamento erogate nella Provincia autonoma di Trento ⁵.

Numeratore: soggetti di tutte le età riconosciuti annualmente nel diritto a percepire l' indennità di accompagnamento.

Fonte dei dati del numeratore: due sono le fonti che ci consentono l' acquisizione del dato. L' archivio (denominato AML) di gestione informatizzata dell' accertamento dell' invalidità civile utilizzato dall' Unità Operativa di Medicina Legale e l' archivio in essere presso la struttura (l' Agenzia per l' assistenza e la previdenza integrativa di Trento) che, nella Provincia autonoma di Trento, è l' erogatrice diretta delle prestazioni economiche.

Denominatore: popolazione residente in Provincia autonoma di Trento

⁵ MARTELLONI (2002) ha evidenziato il ruolo positivo esercitato dai medici legali nel dare soluzione all' aumento vertiginoso degli invalidi civili e conseguentemente delle spese in prestazioni economiche: nel 1990 l' incremento della spesa sociale relativa agli invalidi civili è salita, in Italia, del 1200% rispetto al 1981, mentre nel 1998 è salita del solo 25% rispetto al 1990. Lo stesso MARTELLONI (2003) ricorda che i soggetti in Italia riconosciuti invalidi civili ed aventi diritto alla indennità di accompagnamento sono, nel 1996, 869.541, con uno scostamento dello 0,02% rispetto al 1995. Il rapporto conclusivo elaborato dalla *Commissione di indagine sui risultati dell' attività di verifica della permanenza in ambito di invalidità civile* (2000) evidenzia che il numero dei beneficiari dei trattamenti economici concessi a favore degli invalidi civili, dei ciechi civili e dei sordomuti assomma, al 31 dicembre 1999, a 1.392.428 ed il numero delle prestazioni a 1.695.682 (tenuto conto dei casi di doppia prestazione: pensione più indennità di accompagnamento), con una variazione media annua dell' 1,94% e, rispettivamente, dell' 1,79%. Nel volume elaborato dalla Provincia autonoma di Trento "*Il fondo per la non autosufficienza*" (2003) si evidenzia, infine, che il numero degli invalidi civili residenti nella Provincia autonoma di Trento è di 9524 unità (219 di età compresa tra i 0 ed i 17 anni, 1905 di età compresa tra 18 e 64 anni e 7400 di età superiore ai 65 anni), rappresentando essi l' 1,98% sul totale della popolazione (riferita al 31.12.2001).

Fonte dei dati del numeratore: dati dell' ultimo censimento, riferito alla popolazione residente in Trentino al 31.12.2001 (480.284 abitanti).

Ambito applicativo: governo clinico dell' accertamento medico-legale dell' invalidità civile orientato alla situazione attuale e proiettato alla situazione organizzativa futura che, in tale ambito di attività, vede coinvolti molti professionisti (almeno 11 rispetto a 4), non specialisti nella disciplina, operanti nei Distretti Sanitari.

Frequenza e periodicità della rilevazione: annuale.

4.3 La formazione permanente e la verifica clinica (audit clinico)

Questi due distinti strumenti della *Clinical Governance* saranno esaminati congiuntamente per una felice evenienza di recente introduzione in quell' ampio panorama che si identifica oramai nell' acronimo "E.C.M." (sistema dell' Educazione continua in medicina) introdotto, nel nostro Paese, nel 2001: la possibilità di organizzare, oltre alla *formazione residenziale* ed alla *formazione a distanza*, programmi di *formazione sul campo (FSC)*, ovvero sia un' attività di controllo, di riflessione, di super-visione e di ricerca specificatamente mirati al miglioramento della qualità a partire dalla nostra pratica professionale e dai problemi che caratterizzano la prassi valutativa.

L' esperienza che abbiamo maturato nel nostro contesto organizzativo, nel biennio 2005-2006, servirà a chiarire meglio la questione nei suoi aspetti pratico-applicativi.

Preliminarmente devo però dare atto del particolare contesto organizzativo che ha reso possibile attivare, con lo strumento della *formazione sul campo (FSC)*, la formazione del personale medico adibito alla valutazione medico-legale dell' invalidità civile: contesto organizzativo che risulta condizionato dalla deliberazione n. 386 approvata dalla Giunta provinciale di Trento il 21 febbraio 2003 con la quale, in buona sostanza, sono stati posti in carico a Collegi igienisti dei Distretti sanitari gli accertamenti medico-legali dell' invalidità civile in 1^a istanza relativamente ai soli soggetti anziani ultra-65enni ed è stato definito il ruolo di coordinamento, di indirizzo, di governo e di formazione in capo alla Unità Operativa di Medicina Legale alla quale competono, inoltre, tutti gli altri accertamenti sanitari ed i ricorsi amministrativi presentati alla Commissione sanitaria di 2^a istanza [...].

Questo processo di (ri)-organizzazione dell' attività valutativa propedeutica al riconoscimento della invalidità civile voluto dalla Giunta provinciale di Trento nel dichiarato obiettivo di semplificare l' iter assistenziale in carico al cittadino è stato sostenuto, sul piano formativo, sia con la formazione residenziale che con quella sul campo, con l' obiettivo di:

1. curare la formazione e l' aggiornamento del personale medico dei Distretti sanitari assegnato a questo ambito di attività;
2. curare la formazione e l' aggiornamento del personale medico della Unità Operativa di Medicina Legale nella funzione di coordinamento, di indirizzo e di governo;
3. facilitare il cambiamento organizzativo che, come tutte le trasformazioni radicali dell' organizzazione, è stato un processo del tutto complesso,

sostenendo i medici dei Distretti sanitari assegnati a questo ambiti di attività con azioni, strutturate e coerenti, di accompagnamento e di super-visione, per completare il processo di (ri)-organizzazione voluto dalla Giunta provinciale di Trento entro il 2005 come esplicitamente richiesto dalla direzione strategica aziendale;

4. monitorare sistematicamente l' attività erogata dai medici dei Distretti sanitari per il miglioramento continuo della qualità.

Accanto ad un momento formativo residenziale organizzato nel novembre del 2004, il processo di (ri)-organizzazione dell' attività valutativa medico-legale voluto dalla Giunta provinciale di Trento è stato sostenuto con la realizzazione di tre azioni formative realizzate sul campo, rispettivamente nell' ottobre 2005 e nel periodo settembre-dicembre 2005 e maggio-dicembre 2006.

Poiché l' iniziativa formativa progettata per il 2006 non si è ancora conclusa nonostante gli incoraggianti risultati fin qui realizzati ⁶, di seguito riassumerò le azioni formative realizzate nel 2005 ed i risultati raggiunti.

Il Corso di formazione sul campo (FSC) *“La valutazione medico-legale dell' invalidità civile in prima istanza riguardo ai soggetti anziani ultra-65enni; la formazione del personale medico dei Distretti sanitari”* è stato realizzato nella settimana compresa dal 3 al 7 ottobre 2005, nella sede della Unità Operativa di Medicina Legale; allo stesso hanno partecipato quattro medici appartenenti al Distretto sanitario Alto Garda e Ledro, al Distretto sanitario di Trento e Valle dei Laghi, al Distretto sanitario della Valle di Fiemme e della Valle di Fassa ed a Distretto sanitario della Vallagarina che non avevano partecipato alla formazione residenziale organizzata nel novembre del 2004.

Coerentemente a quanto previsto nel programma di attività, le prime due giornate sono state dedicate ai seguenti temi: il sistema di sicurezza sociale e l' istituto giuridico dell' invalidità civile; la legge provinciale 15 giugno 1998, n. 7; i criteri medico-legali di valutazione dell' invalidità civile nelle diverse fasce di età; i contenuti della deliberazione della Giunta provinciale di Trento n. 2704 del 9 aprile 1999 (*“Indirizzi per la valutazione dello stato di invalidità civile nei riguardi dei soggetti ultra-65enni”*), n. 6642 del 10 settembre 1999 (*“Disposizioni per il riaccertamento della permanenza dei requisiti di invalidità nei confronti dei soggetti ultra-65enni che beneficiano delle provvidenze di cui alla legge provinciale 12 marzo 1990, n. 11”*) e n. 386 del 21 febbraio 2003 (*“Prime direttive per lo snellimento e la semplificazione dei processi di accertamento medico-legale e l' erogazione dei benefici di legge alle persone invalide e/o disabili”*); gli strumenti di valutazione multi-dimensionale dell' invalidità nella persona anziana; il sistema di prioritarizzazione delle visite mediche nel caso di pericolo di vita della persona; gli strumenti del sistema di qualità in ambito medico-legale (con particolare attenzione alla competenza relazionale/comunicativa).

La terza e la quarta giornata sono state, invece, dedicate all' acquisizione, da parte di ciascun partecipante all' iniziativa formativa, delle abilità necessarie per la gestione delle diverse fasi del processo valutativo. Nel corso di ciascuna mattinata è

⁶ Mi riferisco, in particolare, alla predisposizione di apposite linee-guida per la valutazione medico-legale delle menomazioni concorrenti e coesistenti anche per il riconoscimento della indennità di accompagnamento e l' implementazione delle linee-guida per la valutazione medico-legale della demenza.

stata organizzata, selezionando preventivamente i casi a bassa complessità, prevedendo un numero limitato di visite mediche di invalidità civile in 1^a istanza che ciascun partecipante all' iniziativa formativa ha completato in autonomia, compilando la cartella clinica individuale, formulando l' epicrisi medico-legale ed il giudizio valutativo; nel pomeriggio il lavoro della mattinata è stato super-visionato dai Tutor, discutendo i casi, orientando i Colleghi e verificando, per ogni visita medica, i contenuti (formali e sostanziali) della cartella clinica personale ed il giudizio valutativo.

La quinta giornata è stata, infine, dedicata all' acquisizione delle abilità necessarie per il corretto utilizzo, da parte di ciascun partecipante all' iniziativa formativa, della procedura informatica "AML" per la stampa del verbale di accertamento sanitario (Modello A/SAN); i dati sanitari delle visite mediche effettuate nei giorni precedenti sono stati, quindi, inseriti nella procedura informatica, in autonomia anche se con la super-visione costante di un Tutor.

La verifica dell' apprendimento individuale, effettuata nel pomeriggio dell' ultima giornata, è stata completata esaminando, a campione, le cartelle cliniche personali compilate da ciascun partecipante all' iniziativa formativa nelle giornate precedenti, utilizzando l' apposita griglia di valutazione per la verifica della qualità documentale predisposta e verificando, contestualmente, la capacità di utilizzare correttamente la procedura informatica ed analizzando la completezza dei dati riportati nei Modelli A/SAN.

Il Corso si è concluso con la compilazione, da parte di ciascun partecipante all' iniziativa formativa, del questionario di gradimento e tutta la documentazione (il materiale didattico utilizzato a supporto delle lezioni ed i casi clinici simulati utilizzati in aula, il foglio di registrazione delle presenze dei docenti-tutor e dei partecipanti, la verifica dell' apprendimento individuale ed il questionario di gradimento) è stata, successivamente, inviata al Servizio Formazione aziendale in attesa di ricevere la certificazione dei crediti formativi.

Il Corso di formazione sul campo (FSC) *"La qualità e l' appropriatezza valutativa degli accertamenti medico-legali dell' invalidità civile in prima istanza erogati dai medici dei Distretti sanitari nei confronti dei soggetti anziani ultra-65enni"* è stato, invece, realizzato nel periodo compreso tra il 30 settembre ed il 16 dicembre 2005 (per un totale di 6 incontri), nella sede della Direzione Igiene e Sanità pubblica aziendale; allo stesso si sono regolarmente iscritti i medici ed il personale infermieristico della Unità Operativa di Medicina Legale e 18 medici dei Distretti sanitari anche se non tutti hanno potuto partecipare, con regolarità, a tutti gli incontri di lavoro.

Il programma del progetto formativo, inviato ai medici dei Distretti sanitari il 12 settembre 2005, è stato definito nel dichiarato intento di facilitare il cambiamento organizzativo e di sostenere i Colleghi dei Distretti sanitari assegnati a questo ambito di attività con un' azione, strutturata e coerente, di *"accompagnamento"*, promovendo, contestualmente, il miglioramento continuo della qualità.

Coerentemente a ciò, l' azione formativa si è, in particolare, orientata:

- a) all' analisi dei casi clinici *"critici"*, di quei casi cioè in cui la complessità della situazione rileva l' esistenza di uno o più problemi -di ordine valutativo, di natura organizzativa e di ordine relazionale

e/o comunicativo- riguardo ai quali si rende comunque necessario un momento di discussione, di analisi, di approfondimento e di riflessione;

- b) all' analisi delle cause di "non conformità" evidenziate nell' attività di verifica della qualità documentale effettuata, a campione, sull' attività valutativa erogata dai medici dei Distretti sanitari.

Nella prima giornata, realizzata il 30 settembre 2005, sono stati presentati dal Coordinatore del Corso di formazione:

1. il programma di attività (individuando, per ciascuna giornata, il Distretto sanitario incaricato di predisporre il caso clinico "critico"), gli obiettivi di apprendimento e le modalità organizzative del Corso medesimo;
2. le modalità di costruzione dei casi clinici "critici" nonché della loro presentazione e discussione, predisposte con l' obiettivo di proporre all' aula, in maniera del tutto oggettiva (e neutrale), le criticità che ciascuno di noi incontra nella vita professionale perché esse possano fungere da stimolo ad una riflessione congiunta che, sviluppando una metodologia di lavoro univoca basata sull' appropriatezza e sull' equità, sia in grado di contestualizzare la nostra identità professionale e di incrementare, parimenti, il nostro senso di appartenenza;
3. la griglia per le verifiche della qualità documentale.

La discussione che ne è seguita è stata ampia e partecipata, specie riguardo alle modalità di presentazione dei risultati delle verifiche di qualità; mentre alcuni dei partecipanti all' iniziativa formativa hanno manifestato la personale disponibilità ad essere valutati singolarmente (e ad essere giudicati dal Gruppo), la maggioranza ha esplicitamente chiesto di presentare i dati in maniera anonima (e non disaggregata per singolo Distretto sanitario), in maniera da non consentire l' identificazione del singolo professionista valutato. La scelta è andata in questa seconda direzione per evitare che questa criticità -connaturale ad ogni iniziativa di questo genere- potesse condizionare negativamente il regolare svolgimento dell' iniziativa formativa: anche perché l' obiettivo dichiarato dei controlli di qualità non è quello di "giudicare" e di "essere giudicati" ma, da una parte, quello di fornire a ciascuno dei partecipanti all' iniziativa formativa uno strumento su cui orientare il processo di miglioramento continuo della qualità e, dall' altra, quello di costruire un *indicatore di processo* per modulare, nel tempo, le azioni formative e valutare, contestualmente, l' andamento del processo di (ri)-organizzazione voluto dalla Giunta provinciale di Trento.

Nella seconda giornata, realizzata il 14 ottobre 2005, sono stati presentati due casi clinici "critici" da parte, rispettivamente, di un medico del Distretto sanitario dell' Alta Valsugana e di un medico dell' Unità Operativa di Medicina Legale.

Il primo caso è stato analizzato dai partecipanti all' iniziativa formativa nelle diverse criticità incontrate (di natura organizzativa, di natura relazionale e di natura valutativa), individuando successivamente, per ciascuna di esse, le relative soluzioni organizzative; il caso presentato poneva, in particolare, un' ampia serie di criticità riconducibili, prevalentemente, alla sfera relazionale/comunicativa (con l' evidenziata esigenza, espressa da tutti i partecipanti all' iniziativa formativa, di progettare, nell' immediato futuro, un percorso formativo per sviluppare le

competenze relazionali) e di ordine tecnico-valutativo che hanno dimostrato la necessità di utilizzare la consulenza specialistica in maniera appropriata (formulando al consulente il problema clinico) e di compilare, in tutte le sue parti, la cartella clinica personale per rendere trasparente (e coerente) il processo valutativo e le scelte operate. Anche il secondo caso è stato analizzato dai partecipanti all' iniziativa formativa nelle diverse criticità incontrate, individuando, per ciascuna di esse, le relative soluzioni organizzative. Riguardo, in particolare, ai problemi di ordine tecnico-valutativo proposti dal caso presentato sono stati illustrati ai partecipanti all' iniziativa formativa i contenuti della sentenza della Corte Costituzionale n. 346 del 14 giugno del 1989; tale sentenza ha, in buona sostanza, dichiarato l' illegittimità costituzionale del combinato disposto degli artt. 1, primo comma, della legge 11 febbraio 1980, n. 18 e 2, quarto comma, della legge 30 marzo 1971, n. 118 nella parte in cui si esclude che ad integrare lo stato di totale inabilità con diritto alla indennità di accompagnamento possa concorrere, con altre minorazioni, la cecità parziale.

Nella terza giornata, realizzata il 21 ottobre 2005, è stato presentato, da parte dei Colleghi del Distretto sanitario della Vallagarina, un caso clinico "*critico*" che, in particolare, individuava ampie difficoltà di ordine valutativo in ordine ad una neoplasia a prognosi infausta che, al momento dell' osservazione, non comportava apparenti problemi di dis-autonomia della persona nonostante questa fosse seguita al domicilio dal Servizio Cure Palliative. Dopo ampia e partecipata discussione, è stato presentato ai partecipanti all' iniziativa formativa un quadro sinottico contenente le norme di settore in punto di valutazione della patologia neoplastica in ambito di invalidità civile (indicazioni normative ed indicazioni regolamentari fornite, nel tempo, dai diversi Dicasteri), le relative indicazioni tabellari (integrandole con quelle di altri settori di tutela e con le indicazioni internazionali in punto di patologia neoplastica) ed una recensione delle fonti bibliografiche; queste ultime, in particolare, cogliendo e sviluppando le indicazioni ministeriali che esortano ad evitare, in punto di valutazione medico-legale della patologia neoplastica, il criterio prognostico, forniscono alcune interessanti indicazioni, individuando, in particolare, 4 classi percentuali di *impairment*, in cui la stima del danno risulta scandita dagli indicatori di gravità della classificazione TNM e dall' indice di performance di Karnofsky.

Al termine della discussione ai partecipanti all' iniziativa formativa sono stati forniti, con ampia illustrazione, i risultati delle prime verifiche di qualità effettuate su 20 cartelle cliniche personali (estratte a sorte) compilate dai medici di due Distretti sanitari nel periodo compreso tra il mese di marzo ed il mese di aprile del 2005, verificando, in particolare, gli indici di "*non conformità*".

Nella quarta giornata, realizzata l' 11 novembre 2005, è stato presentato, da parte dei Colleghi del Distretto sanitario della Valle di Non e della Valle di Sole, un caso clinico "*critico*" che, in particolare, sottendeva alcune difficoltà di ordine prevalentemente organizzativo e di ordine relazionale/comunicativo; anche in questa circostanza, le criticità poste dal caso clinico sono state analizzate dai partecipanti all' iniziativa formativa in maniera ampia e partecipata, individuando, per ciascuna di esse, le relative soluzioni.

Al termine della discussione ai partecipanti all' iniziativa formativa sono stati forniti i risultati delle verifiche di qualità effettuate su altre 20 cartelle cliniche

individuali compilate dai medici di due Distretti sanitari nel primo semestre del 2005, verificando, in particolare, gli indici di *“non conformità”*.

Nella quinta giornata, realizzata il 2 dicembre 2005, è stato presentato il caso clinico *“critico”* proposto dal Coordinatore del progetto di formazione sul campo; ciò in quanto i Colleghi del Distretto sanitario Alto Garda e Ledro, incaricati di ciò al momento della predisposizione del programma di attività, non avevano ancora dato inizio all'attività valutativa decentrata dell'invalidità civile in prima istanza. Anche questo caso, in punto di valutazione di una patologia neoplastica con una visita medica effettuata dai Colleghi di un Distretto sanitario su delega, è stato analizzato dai partecipanti all'iniziativa formativa nelle diverse criticità incontrate -di ordine prevalentemente organizzativo e di ordine tecnico-valutativo- individuando, per ciascuna di esse, le relative soluzioni organizzative. Riguardo alle difficoltà di ordine organizzativo si è evidenziato come il caso proposto pone la necessità di procedere ad una omogeneizzazione della modulistica attualmente in uso (anche di quella utilizzata per le visite mediche effettuate al domicilio della persona che non necessariamente sono effettuate dallo stesso medico che è poi chiamato ad esprimere la valutazione finale), al fine di strutturare un linguaggio coerente, chiaro ed appropriato; riguardo alle difficoltà di ordine tecnico-valutativo, dopo essere state richiamate le normative di settore che disciplinano lo strumento della revisione medica, si è invece evidenziata la necessità di utilizzare in maniera appropriata l'istituto giuridico della revisione e si è, in particolare, deciso di modificare la cartella clinica individuale introducendo un nuovo campo, all'interno del quale motivare le ragioni dell'eventuale revisione disposta.

Al termine della discussione ai partecipanti all'iniziativa formativa sono stati forniti i risultati delle verifiche di qualità effettuate su altre 20 cartelle cliniche individuali compilate dai medici di quattro Distretti sanitari nel primo semestre del 2005 ed i relativi indici di *“non conformità”*.

Nella sesta ed ultima giornata, realizzata il 16 dicembre del 2005, sono state inizialmente ripercorse, da parte del Coordinatore del Corso, le diverse tappe dell'azione formativa realizzata e sono stati, successivamente, presentati i controlli di qualità effettuati su 80 cartelle cliniche individuali compilate dai medici di sei Distretti sanitari ed i motivi della *“non conformità”* accertati su 62 delle 80 cartelle cliniche sottoposte a verifica: queste ultime sono da ricondurre in 36 casi all'incompletezza della cartella clinica individuale, in 16 casi alla mancata compilazione delle scale di valutazione multi-dimensionale, in 47 casi all'incoerenza tra esame clinico, scale di valutazione multi-dimensionale e giudizio valutativo e in 34 casi, infine, alla non corretta formulazione dell'epicrisi medico-legale.

I risultati delle verifiche di qualità sono stati successivamente presentati suddividendo i casi per singolo Distretto sanitario, reso tuttavia non identificabile - come chiesto dai partecipanti all'iniziativa formativa- per verificare i singoli scostamenti rispetto alla media provinciale.

Dopo questa presentazione è stata data la parola a ciascun partecipante all'iniziativa formativa per raccogliere il giudizio complessivo sul Corso di formazione, i suggerimenti e le esigenze formative.

Sia pur con le criticità connaturali alla realizzazione di un piano di attività formativa attuato con lo strumento, del tutto innovativo (ed ancora in fase di sperimentazione), della formazione sul campo (FSC), i partecipanti all'iniziativa

hanno espresso la loro personale soddisfazione ed hanno evidenziato la necessità di implementare, nel 2006, il percorso formativo, prevedendo:

- a) momenti dedicati a sviluppare una metodologia di lavoro omogenea ed un linguaggio condiviso, utilizzando direttamente in aula, oltre ai casi clinici, le cartelle cliniche individuali per favorire il miglioramento continuo della qualità;
- b) momenti di ascolto specificatamente dedicati ad ogni Distretto sanitario per la discussione dei casi clinici “critici” della quotidianità;
- c) un’ ulteriore attività di affiancamento per rinforzare le competenze valutative;
- d) la predisposizione di un forum, aperto a tutti, utilizzando il sistema intranet aziendale;
- e) apposite riunioni di lavoro organizzate in ciascun Distretto sanitario per discutere i risultati delle verifiche di qualità.

Pur senza commettere l’ errore di voler tracciare un bilancio conclusivo dell’ azione formativa realizzata nel 2005, devo osservare che il cammino percorso è stato connotato da molteplici punti di forza che ripagano l’ impegno che esso ha richiesto.

L’ aver condiviso, in primo luogo, un percorso ed un’ esperienza innovativa, raccogliendo l’ invito di provare a sperimentare un’ azione formativa strutturata non con il consueto strumento della residenzialità ma ponendosi in discussione nel Gruppo, utilizzando le criticità che ciascuno di noi incontra nella pratica professionale come occasione di riflessione personale e di incremento della *performance* dei Colleghi.

L’ essere riusciti, in secondo luogo, a percorrere questa strada nonostante i partecipanti all’ iniziativa formativa avessero una formazione culturale diversa, sfruttando al meglio le specifiche competenze professionali in un clima di assoluta collaborazione tra “*pari*”, con un clima d’ aula del tutto positivo, in cui le criticità dei casi sono state costantemente temperate dalla capacità del Gruppo di porsi nelle stesse condizioni –di tempo, di luogo e di particolarità del caso clinico- in cui si sono trovati ad operare i Colleghi che hanno, di volta in volta, proposto i 5 casi clinici “*critici*”.

L’ aver, in terzo luogo, sperimentato come l’ analisi dei casi rafforza il senso di appartenenza alla comunità scientifica e sviluppa, parimenti, la nostra capacità ad acquisire una metodologia di lavoro che è trasversale a tutti gli ambiti di nostra pertinenza: una metodologia basata sulla completezza e sulla chiarezza documentale, sulla coerenza delle nostre osservazioni, sull’ utilizzo di strumenti di lavoro adeguati, sull’ appropriatezza e, soprattutto, sulla trasparenza delle nostre decisioni ricostruibile anche a posteriori.

L’ aver, ancora, maturato l’ esigenza di modificare la prassi sia attraverso la (ri)-definizione degli strumenti documentali a nostra disposizione, sia evidenziando la necessità di incrementare la nostra *performance* in ambiti di attività (comunicativo/relazionale) che conferiscono un valore aggiunto alla nostra azione professionale.

L'aver, infine, congiuntamente condiviso una serie di azioni-guida che devono orientare la nostra prassi professionale, ed in particolare:

1. l'idea che l'attività valutativa medico-legale non è estranea alla tutela della salute del cittadino rafforzando tale tutela, nei limiti e nel rispetto dei principi di giustizia e di equità cui si ispirano le vigenti disposizioni di legge;
2. la convinzione che la pratica medico-legale non deve essere esercitata in un'ottica difensivistica ma nell'interesse di salute della persona;
3. l'idea che l'appropriatezza non è avulsa dal contesto valutativo di natura medico-legale;
4. la convinzione che il valore aggiunto alla nostra attività è dato dalla capacità di sostenere al meglio il rapporto comunicativo/relazionale con la persona e/o con i familiari della stessa.

4.4 La gestione del rischio (del contenzioso)

È, quantomai, singolare che la nozione di *rischio* non sia stata compiutamente analizzata in riferimento all'attività medico-legale o meglio che l'elaborazione dottrinale si sia limitata, peraltro in un'epoca del tutto recente, a coglierne un aspetto del tutto peculiare: mi riferisco al cosiddetto problema dei "*falsi invalidi*" che è stato studiato, in particolare, con lo scopo di proporre una specifica metodologia peritale nel contesto di rilevanza penale a supporto tecnico del Magistrato per confermare l'ipotesi accusatoria di falsità ideologica [14, 18 e 20].

La circostanza è singolare se pensiamo agli straordinari contributi di proposta e di riflessione che la nostra Disciplina ha saputo fornire all'attuale dibattito che caratterizza la gestione del rischio clinico (politiche di *Risk management*) che, come ricordato, è uno degli strumenti della *Clinical governance*.

Eppure la nozione di *rischio* che caratterizza anche la nostra operatività è ancora sfumata e generiche sono, pertanto, le politiche finalizzate al suo contenimento o, meglio, alla sua strutturata gestione.

Evidentemente anche la nostra sfera di attività valutativa è, al pari dell'attività clinica, gravata da rischi che, più estensivamente, a quanto appare possono essere ricondotti: 1. ad una valutazione (in)-appropriata per difetto; 2. ad una valutazione (in)-appropriata per eccesso prodotta da un errore di valutazione; 3. al contenzioso giudiziario promosso dagli assistiti per il riconoscimento del diritto negato in via amministrativa.

Il rischio di cui al punto sub. 1 e sub. 2 si diversifica dal rischio sub. 3 per una serie di fattori: soprattutto perché i due rischi, a differenza del terzo, non necessariamente producono un contenzioso giudiziario che, tuttavia, è connaturale ad entrambi. Situazione, questa, che può portarci ad un sotto-stima di entrambi nella convinzione che ciò che è possibile non sempre è destinato a realizzarsi e che, dovendo scegliere tra i due, l'attenzione prevalente è da porre sul rischio sub. 2 non foss'altro perché esso è fonte, anche per il medico legale, di responsabilità penale.

Questa posizione, che modula negativamente anche la nostra prassi professionale orientandola progressivamente in senso difensivistico, urta contro il paradigma con il quale abbiamo definito il nostro statuto grazie al quale siamo riusciti a (ri)-dare un ordine alla gerarchia dei molti problemi che oggi

caratterizzano il nostro sistema di sicurezza sociale provocati dai corto-circuiti del Legislatore e da una svogliatezza di riforma strutturale del sistema agli occhi di tutti.

Se ci riconosciamo all' interno di questo statuto è chiaro che la nostra condotta professionale dovrà essere particolarmente attenta ai diritti delle persone che dovranno essere declinati attraverso l' organizzazione responsabile della prassi superando la "gabbia" (la regolazione in cui la prassi è astrattamente predefinita dalle norme) e l' "acqua" (la de-regolazione in cui la prassi diventa anarchia, arbitrio, improvvisazione), animati da un anelito di giustizia (non carità) sociale nel tentativo di rendere le norme appropriate alle necessità della collettività.

E questa organizzazione responsabile della prassi non può non avvenire anche attraverso l' analisi e la gestione del rischio che, per quanto ci riguarda, assume connotati probabilmente diversi (e probabilmente più ampi) rispetto a quello più tipicamente clinico.

Le azioni di contenimento e di riduzione del rischio potranno avvenire nelle seguenti direzioni che, ovviamente, pur avendo caratteristiche del tutto tipiche in relazione alla natura del medesimo, dovranno essere sinergicamente strutturate con programmi a cadenza almeno annuale da inserire nei nostri piani di attività:

- a) la formazione continua del personale;
- b) la predisposizione di un piano di attività con individuazione preventiva degli standard di qualità e con carichi di lavoro adeguati;
- c) il monitoraggio sistematico di tutti gli eventi critici finalizzato a comprenderne le cause, spesso riferibili a disfunzioni organizzative;
- d) il controllo, a campione, di un numero pre-determinato di cartelle cliniche individuali per verificarne la completezza, la coerenza e l' appropriatezza dell' epicrisi medico-legale;
- e) l' audit clinico riguardo ai casi "difficili" e/o "controversi";
- f) la gestione diretta, sul piano tecnico, del contenzioso giudiziario.

Se la formazione continua del personale è uno strumento di garanzia a supporto della qualità valutativa che si avvale, oggi, di strumenti di straordinaria pregnanza quali quelli offerti dalla *formazione sul campo*, riguardo gli standard organizzativi che devono caratterizzare la nostra prassi professionale non abbiamo purtroppo ancora raggiunto un accordo e poco si è al riguardo discusso: basti dire che non esistono, a tutt' oggi, strumenti documentali accreditati da utilizzare a sostegno del processo valutativo eccezione fatta per il Modello A/SAN che non è comunque uno strumento adeguato per la raccolta documentale, che non abbiamo raggiunto un accordo (ancorché di massima) riguardo ai tempi necessari per la visita medica e che non abbiamo, ancora, definito attraverso quali strumenti di valutazione soppesare le *difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell' età* in relazione alla impossibilità non tanto di deambulare in maniera autonoma quanto a quella di compiere gli atti quotidiani della vita.

La mancata individuazione di standard di qualità a sostegno del processo valutativo ci espone, evidentemente, a tutta una serie di rischi e di incidenti che, pur non provocando lesioni dirette dell' integrità psico-fisica della persona, sono comunque da evitare attraverso opportuni azioni orientate alla sicurezza che devono far parte del nostro piano di attività.

Particolare rilievo assume, a tale riguardo, il monitoraggio sistematico di tutti gli *advers events* che, nel nostro ambito, possono essere di varia tipologia: dalla semplice protesta del cittadino -che deve essere gestita in maniera corretta verificando, con gli ormai consueti strumenti di lavoro del *Risk management*, il rispetto degli standard di qualità e l'intero processo organizzativo- al contenzioso giudiziario che deve essere gestito in maniera attiva e particolarmente attenta, sia con un esame in pre-contenzioso (sempre che sia accettato dalla Parte ricorrente) sia, soprattutto, partecipando attivamente alle operazioni peritali disposte dal Giudice.

Queste due azioni organizzative risultano essere del tutto strategiche per le nostre organizzazioni.

Il monitoraggio sistematico degli eventi avversi ha l'indubbio vantaggio di andare sistematicamente a rivedere la nostra organizzazione modificandola in relazione agli errori, coerentemente al processo di miglioramento continuo della qualità; la nostra partecipazione attiva al contenzioso giudiziario, assieme al tentativo di risolvere il caso con un esame in pre-contenzioso, riduce la litigiosità fino a ridurla praticamente a zero come è da qualche anno avvenuto nel mio contesto territoriale (nel 2006 abbiamo avuto un solo caso di contenzioso giudiziario in ambito di invalidità civile che si è concluso con una sentenza a noi favorevole mentre non abbiamo avuto alcun contenzioso giudiziario in punto di riconoscimento dell'handicap).

L'audit clinico ed la verifica a campione della completezza e coerenza delle cartelle cliniche personali di cui ho dato in precedenza atto costituiscono altre azioni organizzative che i Servizi di Medicina Legale del Servizio sanitario nazionale debbono saper responsabilmente strutturare per il contenimento dei rischi e, soprattutto, per il miglioramento continuo della qualità e per l'esercizio costante della *responsabilità*.

5. Conclusioni

Che il nostro sistema di sicurezza sociale sia da (ri)-pensare, riformandolo e (ri)-vitalizzandolo nel suo impianto complessivo con la definizione di criteri univoci effettivamente modulati sull'istanza di integrazione e di rimozione delle difficoltà dei cittadini disabili, è un'esigenza ormai fortemente consolidata e sulla quale esiste, oggi, un'ampia convergenza testimoniata da un profondo "*malessere*" che, da tempo, traspare nella trattatistica [16] e nell'ampia elaborazione medico-legale [9, 11, 16 e 17]; malessere che si è manifestato a più riprese e che si è, nell'ultimo decennio, viepiù concentrato sulla critica al sistema tabellare enunciato dal Decreto legislativo 23 novembre 1988, n. 509 ("*Norme per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti, nonché dei benefici previsti dalla legislazione vigente per le medesime categorie, ai sensi dell'articolo 2, comma 1, della legge 26 luglio 1988, n. 291*") e reso esecutivo, dopo tre anni, con il Decreto del Ministero della Sanità 5 febbraio 1992 che ha approvato le nuove Tabelle indicative delle percentuali di invalidità e definito le modalità d'utilizzo delle medesime, con l'intento, più o meno dichiarato, di stimolare il Legislatore ad una riforma sostanziale del *welfare* non sempre a misura dei bisogni di salute espressi dai cittadini disabili e non sempre coerente con i principi generali della nostra Carta costituzionale.

In altre parole, abbiamo progressivamente focalizzato la nostra attenzione sulle incoerenze e sulle contraddizioni del nostro sistema di sicurezza sociale con l'intento, più o meno dichiarato, di sollecitare quella riforma strutturale che, pur essendo stata più volte ipotizzata dal nostro Parlamento ⁷, è ancora lontana dall'essere attuata per motivi di ordine diverso e solo in parte riconducibili, a mio giudizio, al contenimento della spesa pubblica [12].

Ciò facendo, abbiamo commesso un errore grossolano: ci siamo illusi di riformare il *welfare* attraverso il Legislatore pensando di influenzarlo positivamente con le nostre critiche ancorché costruttive e ci siamo, contestualmente, dimenticati che la (ri)-vitalizzazione dell'istituto giuridico dell'invalidità civile può e deve comunque passare da noi, allontanandoci progressivamente da quel "*cambio di rotta*" che si impone per la nostra Disciplina se convergiamo su quel principio (la tutela della salute) che ne informa il nuovo statuto ontologico.

Se, come abbiamo visto, la parola (ri)-vitalizzare richiama un'azione o un contesto di azioni pensate e realizzate rispetto a questo scopo dichiarato mi sembra che le opportunità che abbiamo a nostra disposizione siano molte e di estremo interesse; basta solo il coraggio di affrontare, con rinnovato impegno e fiducia, questo "*cambio di rotta*" [11] che si impone per dare quel futuro alla nostra Disciplina del quale siamo comunque responsabili.

-BIBLIOGRAFIA-

1. CANADIAN COUNCIL ON HEALTH SERVICES ACCREDITATION, Indicatori di performance, Centro scientifico editore, Torino, 2001.
2. CARLINI L., BACCI M., *Attività di verifica in ambito di invalidità civile: una proposta di linee-guida medico-legali*, Rivista italiana di Medicina Legale, 1, 2000, p. 69 ss.
3. CEMBRANI F., *Il ruolo della medicina legale nella tutela assistenziale degli invalidi civili*, Temi Editore, Trento, 1991.
4. CEMBRANI F., *Handicap in situazione di gravità. Quale definizione*, in Atti del Seminario Nazionale di studio sulle politiche di intervento a favore dei disabili gravi, S. Benedetto del Tronto 9-10 febbraio 2001, a cura del Centro di Ricerca e Documentazione sulla disabilità Regione Marche, Assessorato ai Servizi Sociali, 2002.

⁷ Ciò è, purtroppo, accaduto in più occasioni con la Legge 8 agosto 1995, n. 335 ("*Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare*") e con la Legge 8 novembre 2000, n. 328 ("*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*"). La Legge n. 335/1995 ha, in particolare, fornito la delega al Governo di emanare, entro 12 mesi dalla sua entrata in vigore, norme volte a (ri)-ordinare il sistema delle prestazioni previdenziali ed assistenziali di invalidità e di inabilità indicando, contestualmente, i principi generali che avrebbero dovuto regolare l'auspicata (ri)-definizione del *welfare* italiano (art. 3, lettera a): tra questi, quello di armonizzare i requisiti medico-sanitari ed i relativi criteri di riconoscimento con riferimento alla definizione di persona handicappata introdotta dalla Legge 5 febbraio 1992, n. 104. Questa previsione, ampiamente sollecitata dalla nostra disciplina che, in più occasioni, ha saputo cogliere le contraddizioni e le dis-equità del nostro sistema di protezione sociale ancor oggi ancorato ad una rigida tassonomia che frammenta la disabilità in relazione ai determinanti etiopatogenetici produttivi della medesima, è rimasta lettera morta; mentre altre parti della riforma pensionistica sono state realizzate dal Governo nel rispetto dei tempi previsti, il principio -del tutto innovativo- introdotto dall'art. 3, punto 3, della Legge n. 335 non è stato, infatti, nemmeno abbozzato.

5. CEMBRANI F., LARENTIS C., MERZ F., GOTTARDI S., *L' anagrafe dell' handicap nella Provincia autonoma di Trento: il bilancio dell' attività della Commissione Sanitaria prevista dall' art. 4 della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 a dieci anni dalla approvazione della Legge quadro sull' handicap*, Difesa Sociale, 3, 2003, p. 113 ss.
6. CEMBRANI F., *L' handicap in situazione (con connotazione) di gravità: quale chiave di lettura per la definizione*, Iura Medica, 3, 2003, p. 519 ss.
7. CEMBRANI F., *Esegesi e limiti del concetto di handicap in situazione di gravità*, in Atti del Convegno Nazionale "Menomazione, capacità, partecipazione: metodologia medico-legale per l' accertamento delle disabilità civili. Prospettive di riforma del sistema di sicurezza sociale per una migliore integrazione del cittadino disabile", Ferrara 18-20 marzo 2004, Noceto (Parma), Edizioni Essebienne, 2005.
8. CEMBRANI F., *La Medicina Legale nella Provincia autonoma di Trento alla luce della deliberazione n. 386 approvata dalla Giunta provinciale di Trento il 21 febbraio 2003: bilancio "fallimentare", politica "di saldo" o "scelta innovatrice" per la Disciplina?*, in Atti del Convegno Nazionale "Menomazione, capacità, partecipazione: metodologia medico-legale per l' accertamento delle disabilità civili. Prospettive di riforma del sistema di sicurezza sociale per una migliore integrazione del cittadino disabile", Ferrara 18-20 marzo 2004, Noceto (Parma), Edizioni Essebienne, 2005.
9. CEMBRANI F., *Prospettive attuali e future nella valutazione dello stato di bisogno: esperienze a confronto*, in Atti del Convegno Nazionale "La società di tutti. Nuove politiche per la famiglia, disabili e non autosufficienti", Trento 30 settembre-1 ottobre 2004, Edizioni Provincia autonoma di Trento.
10. CEMBRANI F., NORO G., cfr. voce *Valutazione multi-dimensionale*, in *Lavorare con la cronicità*, Roma, Carocci Faber Edizioni, 2004.
11. CEMBRANI F., RODRIGUEZ D., APRILE A., ARSENI A., *La libertà dallo stato di bisogno: l' evoluzione normativa e la situazione attuale*, in (a cura di Cembrani F.) *Disabilità e libertà dal bisogno. L' anagrafe dell' handicap della Provincia autonoma di Trento*, Erickson Editore, Trento, 2005.
12. CEMBRANI F., *Evoluzione concettuale dell' handicap: la legge n. 104/1992 verso una futura applicazione*, in Atti del Convegno nazionale "Dalla valutazione dell' invalidità civile a quella biopsicosociale: il percorso della diagnosi funzionale dalla legge 104/92 all' ICF, L' Aquila 11-13 maggio 2006, in corso di stampa.
13. CEMBRANI F., DEL VECCHIO S., BAVARESCO S., BALDANTONI E., *Le "difficoltà persistenti" a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell' età e l' "indennità di accompagnamento": vecchi e nuovi problemi nella valutazione medico-legale dell' invalidità civile*, in corso di stampa.
14. INTRONA F., SCORRETTI C., *Aspetti medico-legali del falso invalido*, in Atti del 3° Congresso nazionale del Coordinamento dei medici legali delle Aziende sanitarie (Ferrara 18-20 marzo 2004), Edizioni Essebienne, Noceto (Parma), 2005.
15. INSTITUTE OF MEDICINE, *Guidelines for clinical practice: from development to use*, Washington D.C., National Academy Press, 1992.
16. MARTELLONI M., *Relazione introduttiva del Coordinatore nazionale COMLAS*, in Atti del 3° Congresso nazionale del Coordinamento dei medici legali delle Aziende sanitarie (Ferrara 18-20 marzo 2004), Edizioni Essebienne, Noceto (Parma), 2005.
17. MARTINI M., SCORRETTI C., *L' invalidità civile*, Essebienne Editore, Noceto (Parma), 1999.
18. MARTINI M., DAL MONTE D., *I falsi invalidi: la discrezionalità di valutazione nella consulenza tecnica e nella perizia disposta dal Magistrato*, in Atti del 3° Congresso nazionale del Coordinamento dei medici legali delle Aziende sanitarie (Ferrara 18-20 marzo 2004), Edizioni Essebienne, Noceto (Parma), 2005.
19. *6° Rapporto sulle politiche della cronicità in Italia*, Roma, Cittadinanza attiva, 2006.
20. RICCI P., MARTINETTI V., PANARESE F., SCORRETTI C., *I cosiddetti falsi invalidi. Criteri di valutazione medico-legale in ambito penale*, Rivista italiana di medicina legale, 1993; 3: p. 601 ss.
21. VAGNOLI TERROSI E., *Le linee guida per la pratica clinica: valenze e problemi medico-legali*, Rivista italiana di medicina legale, 1999; 1: pp. 189 ss.