

Evoluzione metodologica dell'invalidità civile in Italia: confronto ragionato tra i sistemi valutativi tabellari, di legge e non, che si sono succeduti negli anni

Michele Sammiceli^{1,2}, Marcella Scaglione^{1,2}

¹ Medico chirurgo specialista in Medicina Legale

² Medico esterno convenzionato, Centro Medico Legale (CML) INPS, Siena

ABSTRACT

The authors describe the evolution from 1980 to the present of the tables that describe invalidating states, on which the medical-legal judgments of civil disability in Italy are based.

The first part of the work briefly describes the main disabilities, grouped by both body system and percentage value range, that can be found in the tables attached to the main documents applied, or applicable, to the sector: those issued alongside the Ministerial Decree n. 282 of 1980, those that accompanied the Ministerial Decree of February 1982 (still in force today) and those proposed by the Italian Institute of Social Security (INPS) in 2012, which have not yet entered into force.

The second part of the paper has two aims. On the one hand, it seeks to underline the change in the pre-eminent type of disability featured in the tables: from osteoarticular diseases, which were the most significant type in the 1980 tables, to neoplastic diseases, which are the most prevalent overall in the 2012 tables.

On the other hand, the authors highlight that the tables themselves have evolved, moving towards a more precise definition (both clinical and instrumental) of the organ damage causing the reduction in general working capacity. In the 1980 tables, disability was often evaluated empirically rather than based on the use of functional indices or systematic classification. In the 2012 INPS proposed tables, evaluations of the reduction in working capacity are often based on specific functional parameters for the various organs (EF for the heart, FEV1 for the respiratory system, GFR for the urinary system) or on standardized disability evaluation scales (NYHA classes for heart diseases, EDSS or the Hoehn & Yahr classification for neurological disorders, MMSE or CDR for dementia, the Child-Pugh classification for cirrhotogenic hepatopathies).

Keywords: Civil invalidity; Disability evaluation table; INPS; Working capacity

Methodological evolution of civil invalidity in Italy: a reasoned comparison between the evaluation tables that have occurred over the years

Pratica Medica & Aspetti Legali 2019; 13(1): 15-21

<https://doi.org/10.7175/pmeal.v13i1.1405>

Corresponding author

Michele Sammiceli
sammiceli@alice.it

Disclosure

Gli Autori dichiarano di non aver conflitti di interesse in merito agli argomenti trattati nel presente articolo.

Ricevuto: 24 gennaio 2019

Accettato: 19 marzo 2019

Pubblicato: 3 aprile 2019

■ IL CONCETTO DI INVALIDITÀ CIVILE, IL RIFERIMENTO ALLA CAPACITÀ LAVORATIVA GENERICA ED IL SISTEMA VALUTATIVO TABELLARE

Con il termine di invalido civile si indica, come sancito all'articolo 2 della Legge n. 118 del marzo

1971, di fatto la prima legge quadro a tutela della minorazione non imputabile a causa di guerra, lavoro o servizio dei cittadini, lavoratori e non, colui che è «*affetto da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo [...] e che abbia subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo o, se minore di anni 18, che abbia difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età*» [1,2].

Il sistema valutativo medico legale nel contesto dell'invalidità civile è sempre stato basato su tabelle di legge, cioè sull'esistenza di riferimenti normativi che le Commissioni valutative debbono tener in considerazione. Ciò in analogia alle valutazioni di invalidità presenti a carico delle tecnopatie tutelate dall'INAIL (vedasi le tabelle allegate al D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124 [3]) e in contrasto con il sistema valutativo medico legale non vincolato a tabelle, tutt'ora vigente nella stima dell'invalidità previdenziale INPS ex lege n. 222/1984.

Il sistema di riferimento a tabelle è sempre stato attuabile, in invalidità civile, poiché, di fatto, la valutazione è rapportata, per legge, alla «capacità lavorativa generica» di un individuo, intesa come capacità di espletare un lavoro manualistico, che richieda scarsa preparazione pratica e nozionistica. Come fanno notare illustri Autori (Barni [4], Scorretti [5]), il pensiero medico legale che ha guidato la scelta di tale parametro di riferimento fonda le sue radici nel sistema assistenziale ottocentesco; un sistema nel quale la stragrande maggioranza dei lavori erano di tipo manuale, nel quale vi era scarsa specializzazione tra le varie mansioni e in cui, in particolare, vi poteva essere una quasi perfetta sovrapposizione tra la capacità di espletare un lavoro manuale e quella di compiere gli atti fondamentali del quotidiano vivere. In altre parole, il fatto che la legge 118 del 1971 [2] raggruppasse in un unico contesto gli individui in età lavorativa aventi una riduzione della capacità lavorativa generica e gli ultrasessantacinquenni con difficoltà persistenti a svolgere le funzioni proprie dell'età era dovuta ad un'idea di capacità lavorativa che si sovrapponeva, a grosse linee, con la capacità nello svolgimento delle attività della vita quotidiana: un individuo in grado di lavarsi, vestirsi e nutrirsi era, anche, in grado di compiere un lavoro manuale. L'ampliamento del ventaglio di lavori al quale si è assistito nell'ultimo secolo, la specializzazione di numerose mansioni che hanno lasciato l'aspetto squisitamente manualistico per portarsi verso capacità tecniche più specialistiche hanno portato ad un allontanamento tra la capacità di lavoro e quella di espletamento degli atti propri del quotidiano vivere.

L'applicazione del sistema di riferimento a tabelle, se da un lato ha consentito e consente di guidare la valutazione medico legale, permettendo un'omogeneizzazione fra soggetti affetti dalla stessa menomazione, dall'altro può rendere «scarsamente personalizzata» la valutazione medesima, rischiando di stimare in modo non adeguato, a parità di patologia, fattori personali differenti da soggetto a soggetto: diversa sopportazione del dolore, «percezione funzionale psicologica» della menomazione discordante con l'obiettivo ripercussione funzionale.

■ LE TAPPE PRINCIPALI DELL'EVOLUZIONE STORICA DEL SISTEMA TABELLARE IN INVALIDITÀ CIVILE: IL 1980, IL 1992 E IL 2012

DECRETO DEL MINISTERO DELLA SANITÀ DEL 25 LUGLIO 1980 N. 282

Le prime tabelle indicative delle percentuali di invalidità civile vennero allegate al Decreto del Ministero della Sanità del 25 luglio 1980 [6] e rimasero in vigore fino al febbraio 1992, quando vennero sostituite da quelle attualmente vigenti. Le tabelle allegate al D.M. del 1980 classificavano le patologie in fasce percentuali a seconda dell'incidenza sulla capacità lavorativa generica:

1. **fascia percentuale dal 91% al 100%:** sono incluse, tra le principali menomazioni, le lesioni organiche del sistema nervoso centrale tali da determinare totale o pressoché totale invalidità al lavoro, le psicosi gravi, le oligofrenie, la perdita anatomica di entrambi gli arti superiori e di quelli inferiori, le malattie cardiovascolari gravi tali da determinare totale o pressoché totale invalidità al lavoro;
2. **fascia percentuale dall'81% al 90%:** sono incluse l'epilessia con crisi frequenti e compromissione della sfera psichica, la disarticolazione di un braccio, la perdita binoculare del visus di 8-9/10 o la riduzione bilaterale del campo visivo a 10°, la disarticolazione di un braccio, la disarticolazione coxo-femorale o l'amputazione di coscia la 3° superiore senza possibilità di protesizzazione ;
3. **fascia percentuale dal 71% all'80%:** le lesioni organiche del sistema nervoso centrale tali da comportare un alto grado di invalidità al lavoro per la compromissione dell'apparato locomotore, la perdita di un braccio al 3° superiore e la perdita totale dell'avambraccio destro o la sua amputazione al 3° medio in destrimane, la perdita di un arto inferiore o l'amputazione al 3° superiore della coscia, le alterazioni dell'apparato respiratorio tali da determinare un'insufficienza respiratoria gravissima, il diabete mellito insulino-dipendente complicato con grave compromissione dello stato generale;
4. **fascia percentuale dal 61% al 70%:** vi si trovano le manifestazioni epilettiche di intensità rilevante per tipo e frequenza, le lesioni del sistema nervoso periferico che comportino importanti disturbi sensitivi, la perdita totale dell'avambraccio, la perdita totale di una mano o dei pollici di entrambe le mani, la nefrectomia con disturbi funzionali a carico del rene superstite con carattere di iniziale insufficienza renale, la perdita totale della favella;

5. **fascia percentuale dal 51% al 60%:** sono incluse la perdita delle cinque dita di una mano, l'anchilosi completa dell'articolazione coxo-femorale, le alterazioni circolatorie periferiche con distrofia o gravi disturbi funzionali;
6. **fascia percentuale dal 41% al 50%:** vi si trovano le nevralgie, la disarticolazione di un piede, le malattie cardiovascolari con scompenso cardiocircolatorio farmacologicamente controllabile, le epatopatie croniche evolutive di media gravità, le nefropatie croniche con iniziali disturbi cardiovascolari;
7. **fascia percentuale dal 31% al 40%:** include l'anchilosi del gomito in posizione favorevole, l'anchilosi rettilinea di ginocchio, le artropatie delle grandi articolazioni e delle mani con rilevante compromissione funzionale, le alterazioni dell'apparato respiratorio di qualsiasi natura tali da determinare insufficienza respiratoria rilevabile con i comuni mezzi di indagine, il diabete di media gravità;
8. **fascia percentuale dall'11% al 30%:** vi si trovano le forme lievi di epilessia, le manifestazioni psicopatologiche e le insufficienze mentali con sintomi di modesta compromissione della vita di relazione e con incidenza sulla validità al lavoro, le miocardiopatie, i vizi valvolari, gli stati post-infartuali con segni clinici evidenti di insufficienza cardiaca cronica, la nefrectomia con rene superstite perfettamente funzionante, la sordità monolaterale con funzione uditiva normale all'orecchio controlaterale;
9. **fascia percentuale dallo 0% al 10%:** include le irregolarità psichiche di lieve entità tali da permettere una buona acquisizione ed applicazione di strumenti necessari ed un sufficiente grado di autonomia e di integrazione sociale e una buona capacità lavorativa, i disturbi di natura artrosica o reumatica, le nevralgie e le nevriti con limitazione non rilevante dei movimenti e senza atteggiamenti reattivi antalgici persistenti, le lievi cardiopatie e i lievi vizi valvolari, la calcolosi renale con rare coliche e senza complicazioni.

DECRETO MINISTERIALE DEL 5 FEBBRAIO 1992

Le tabelle attualmente di legge, vecchie ormai di 27 anni, vennero introdotte con il Decreto Ministeriale 5 febbraio 1992 [7]. Trattasi di un decreto più strutturato rispetto a quello emanato appena dodici anni prima; non solo perché le nuove tabelle venivano ordinate sia per fasce percentuali che per apparati, ma anche perché al decreto erano allegate brevi indicazioni nel merito della valutazione dei deficit funzionali, nonché i criteri per la determinazione delle potenzialità lavorative. Le

indicazioni nel merito della valutazione dei deficit funzionali consentivano la distinzione in classi delle menomazioni (del tipo I, II, III o IV classe; lieve, media, grave o gravissima). Questa classificazione rappresenta il primo tentativo di correlare la gravità clinica con la possibile ripercussione funzionale di una menomazione. Tale valutazione dei deficit funzionali diviene di rilievo nelle patologie cardio-vascolari, con il ricorso alla classificazione NYHA [8], nella distinzione delle insufficienze respiratorie e nefro-urinarie in lievi, medie e gravi, nella classificazione del diabete mellito e delle patologie dell'apparato gastrointestinale in quattro classi funzionali di gravità crescente (da I a IV).

Anche se le tabelle allegate al D.M. del 1992 possono presentarsi in fasce percentuali di gravità, quelle di più comune consultazione sono ordinate per apparati, per facilità di consultazione e rapidità nell'identificare l'ambito di patologie in oggetto:

1. **apparato cardiovascolare:** la valutazione, nella stragrande maggioranza dei casi viene effettuata in rapporto alla classe NYHA dell'insufficienza cardiaca, sia nel caso delle valvulopatie che delle miocardiopatie. Valutazioni tabellari sono riportate anche per le cardiopatie con applicazione di pacemaker;
2. **apparato respiratorio:** vengono riportate sia patologie delle alte vie respiratorie (sinusiti e riniti), sia patologie congenite delle basse vie respiratorie (bronchiectasie congenite e fibrosi polmonari). Per la tubercolosi e le pneumectomie la valutazione percentuale di incidenza sulla capacità lavorativa generica viene effettuata sulla base della gravità dell'insufficienza respiratoria (lieve, moderata, grave);
3. **apparato digerente:** molte delle menomazioni elencate (colite ulcerosa, esiti di trattamento chirurgico per atresia esofagea, fistole gastroduodenali, morbo di Chron, sindrome post-prandiale da gastrectomia, megacolon - colostomia) presentano una diversa valutazione, crescente a seconda della classe funzionale di compromissione (I, II, III e IV);
4. **apparato nefro-urinario:** accanto a menomazioni quali la nefrectomia, l'agenesia non complicata di un rene, l'ipoplasia renale bilaterale, il rene a ferro di cavallo o condizioni cliniche quali quelle legate al trapianto renale, si trovano le sindromi nefrosiche la cui valutazione è legata alla gravità dell'insufficienza renale (forme lievi 31-40%; forme gravi 81-90%);
5. **apparato endocrino:** il paragrafo è dominato dalle voci riferite al diabete mellito, la cui valutazione è rapportata alla classe di compromissione funzionale (classe III: complicanze micro-macroangiopatiche con manifestazioni cliniche di medio grado o con mediocre controllo metabolico e iperlipidemia o con

crisi ipoglicemiche frequenti nonostante terapia; classe IV: diabete complicato da grave nefropatia e/o retinopatia proliferante, maculopatia, emorragia vitreale e/o arteriopatia ostruttiva);

6. **apparato locomotore** (arto inferiore, arto superiore e rachide): accanto a valutazioni legate a perdite anatomiche (amputazione di arti a seconda del livello, disarticolazioni di spalla, gomito, scapola e anca, perdita di avambracci e dita delle mani) ci sono quelle di natura funzionale, rapportate alla limitazione articolare (anchilosi di spalla o di mano superiori al 70% o in posizione favorevole o sfavorevole);
7. **sistema nervoso centrale e periferico**: la valutazione dei quadri epilettici è effettuata sulla base della frequenza delle crisi (annuali, mensili, plurisettimanali o quotidiane). La valutazione, invece, delle afasie, delle emiparesi e delle emiplegie, delle paresi degli arti superiori e inferiori, delle paraparesi e delle tetraparesi è effettuata sulla base della gravità clinico-funzionale (lieve, media e grave);
8. **apparato psichico**: la stima funzionale in classi di gravità è dominante nel contesto valutativo delle patologie psichiche. Le insufficienze mentali sono valutate differenzialmente a seconda che siano lievi (41-50%), di media gravità (61-70%) o gravi (91-100%); gli esiti di sofferenza organica cerebrale sono graduati a seconda che provochino disturbi della memoria o del comportamento isolati o lievi, di media entità o gravi. Analoga gradazione viene fatta per le nevrosi fobico-ossessive (lievi o gravi), per le nevrosi isteriche (lievi o gravi), per le sindromi depressive sia endogene che endoreattive (lievi, moderate e gravi);
9. **apparati sensoriali** (uditivo, vestibolare, visivo e fonatorio): la stima medico legale viene effettuata sulla base della gravità del deficit sensoriale in riferimento ad apposite tavole allegate alle tabelle di legge. Nel caso delle disfonie, analogamente, la valutazione è rapportata alla gravità (lieve, media o grave);
10. **patologia neoplastica e linfomi non linfoblastici**: la valutazione dei linfomi non Hodgkin, inclusa nelle patologie immunitarie e non in quelle neoplastiche prevede un riconoscimento del 60% di incidenza sulla capacità lavorativa generica. Per le neoplasie, la valutazione presuppone, invece, una commistione tra prognosi e compromissione funzionale. Se trattasi di neoplasie a prognosi sfavorevole nonostante asportazione chirurgica la valutazione prevista è del 100%. Se trattasi di neoplasie a prognosi favorevole la valutazione è pari al 70% se a grave compromissione funzionale o all'11% se a modesta compromissione funzionale.

LINEE GUIDA INPS PER L'ACCERTAMENTO DEGLI STATI INVALIDANTI (2012)

L'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS) ha proposto nel 2012 delle linee guida per la valutazione degli stati invalidanti [9], che non hanno mai acquistato forza di legge. Trattasi di un corpus strutturato di ben 147 pagine che suddivi- de le patologie, come nei precedenti sistemi tabel- lari, per organo o apparato di interessamento. Di seguito si riportano le principali:

1. **apparato cardiocircolatorio**: la valutazione viene effettuata prendendo in considerazione, in primis, la disfunzione sistolica valutata con la frazione di eiezione - EF (deficit lieve: 41-50%, deficit moderato: 30-40%, disfunzione grave: 20-30%, disfunzione gravissima: <20%). Vengono, inoltre, indagate l'eventuale disfun- zione diastolica (lieve, media, grave e gravissi- ma), la riserva coronarica tramite test da sfor- zo o cardiomioscintigrafia, la funzione valvo- lare valutando il gradiente trans valvolare, le alterazioni del ritmo cardiaco (aritmie dal gra- do I al grado IV);
2. **apparato respiratorio**: la stima medico legale viene effettuata sulla base di parametri quali il FEV1 o VEMS (Volume Espiratorio Massimo nel secondo) per le forme ostruttive, con ri- ferimento alla classificazione delle Linee Gui- da Gold [10], il FEV1 e il PEF o PEFr (Picco di Flusso Espiratorio) per le forme asmatiche, secondo le Linee Guida GINA [11], l'FVC (Ca- pacità Vitale Forzata) per le forme restrittive, l'FVC e DLCO (Diffusione Alveolo Capillare del monossido di carbonio) per le interstiziopatie respiratorie. Combinando i vari parametri, le menomazioni vengono graduate in forme lievi, medie, medio-gravi e gravi;
3. **apparato digerente**: la compromissione orga- nica generale viene valutata attraverso l'Indice di Massa Corporea (BMI), inquadrando in classi funzionali i soggetti affetti da sindromi da ma- lassorbimento enterogeno o malattie infiamma- torie croniche intestinali. Per la stima delle epa- topatie si ricorre alla gradazione isto-morfolo- gica METAVIR [12] o alla classificazione di Child- Pugh, che valuta la presenza di encefalopatia, ascite, valori di INR, di albumina e bilirubina totale nei soggetti affetti da cirrosi epatica;
4. **apparato urinario**: il principale parametro fun- zionale preso in esame è quello dell'insufficienza renale (IR), per il cui calcolo si ricorre alla for- mula di Cockcroft-Gault o alla CKD-Epi [13,14]. Sulla base dei valori del filtrato glomerulare (VFG) ottenuti, si riconoscono 5 stadi di IR:
 - stadio 1: danno renale accertato con VFG normale o aumentato (> 90 ml/min) – va- lutazione 11-30%;

- stadio 2: riduzione lieve del VFG (tra 60 e 89 ml/min) – valutazione 31-40%;
 - stadio 3: riduzione moderata del VFG (tra 59 e 30 ml/min) – valutazione 41-60%;
 - stadio 4: riduzione severa del VFG (tra 29 e 15 ml/min) – valutazione 61-70%;
 - stadio 5: riduzione molto severa del VFG (< 15 ml/min) o insufficienza renale terminale in dialisi peritoneale. La valutazione medico legale sale, poi, all'81-90% in caso di IR terminale in emodialisi trisettimanale ovvero trattata con dialisi peritoneale con scarso controllo e fino al 100% nel caso di IR terminale in emodialisi trisettimanale complicata da cardiopatia ischemico-ipertensiva, cardiomiopatia, ipotensione grave, neuropatia, osteodistrofia, anemia grave o sindrome emorragica.
5. **apparato endocrino:** i principali parametri per quantizzare la ripercussione funzionale del diabete sono il compenso glicemico e, conseguentemente, il valore dell'emoglobina glicata (buon controllo $HbA1c \leq 7\%$, mediocre controllo $HbA1c > 7\%$). Le complicanze del diabete vengono, invece, valutate attraverso i principali indici funzionali degli organi coinvolti: per la retinopatia diabetica la presenza di alterazioni nel fundus oculi, la compromissione dell'acuità visiva e di quella campimetrica valutata con standard computerizzato secondo metodica di Zingirian-Gandolfo; per la nefropatia diabetica il valore del VFG; per la neuropatia gli esami EMG. Si potranno così riconoscere 11 classi crescenti di compromissione funzionale diabetica, che vanno dal diabete mellito in buon compenso con terapia farmacologica e/o con sola dieta, sino al diabete con grave nefropatia diabetica (VFG < 20 ml/min), retinopatia diabetica con visus corretto non superiore ad 1/10 binoculare o con grave neuropatia e/o vasculopatia;
 6. **apparato osteoarticolare e locomotore, malattie reumatiche:** la valutazione viene effettuata sulla base della compromissione funzionale del distretto anatomico interessato (limitazioni funzionali lievi, medie o gravi);
 7. **apparati neurologico e psichico:** è previsto il ricorso a specifiche scale clinico-funzionali a seconda delle patologie esaminate. La scala EDSS (*Expanded Disability Status Scale*) nel caso della sclerosi multipla, la scala CDR (*Clinical Dementia Rating Scale*) nel caso delle demenze. Ancora, la stadiazione di Hoehn & Yahr per il morbo di Parkinson, la scala ARS (*Aphasia Severity Rating Scale*) per l'afasia, la *Friedreich's Ataxia Rating Scale* (FARS) per le atassie. Nell'ambito delle menomazioni psichiche, gli stati invalidanti consigliano il ricorso alla scala PANSS per le psicosi schizofreniche, all'Hamilton Rating Scale for Depression per le psicosi affettive, alla WAIS per la determinazione del QI nei bambini [15,16];
 8. **apparati visivo e uditivo:** le tabelle INPS prevedono il ricorso all'esame del fundus oculi, alla stima dell'acuità visiva, alla campimetria computerizzata secondo metodica standardizzata di Zingirian-Gandolfo, all'OCT;
 9. **patologia neoplastica:** la valutazione è effettuata, principalmente, sul fattore prognostico. Tale fattore viene stimato ricorrendo alla classificazione TNM (*Tumor Node Metastasis*), che correla, nel caso dei tumori solidi, la sopravvivenza allo stadio (da I a IV) della neoplasia calcolato sulla base della dimensione del tumore (T), della disseminazione linfonodale (N) e della presenza o assenza di metastasi (M) [17]. Per la prima volta, però, le tabelle del 2012 prospettano l'utilizzo, anche combinato con il TNM, di altre stadiazioni: ad esempio lo stadio di Gleason per il tumore della prostata, lo stadio di Clark per il melanoma, la classificazione FIGO [18] per i tumori ginecologici.

■ CONFRONTO RAGIONATO TRA I SISTEMI TABELLARI: IL PERFEZIONAMENTO DELL'OBIETTIVITÀ NELLA DETERMINAZIONE DEL RAPPORTO TRA COMPROMISSIONE CLINICA, INQUADRAMENTO FUNZIONALE E RIPERCUSSIONE SULLA CAPACITÀ LAVORATIVA

Questo lungo e, necessariamente, superficiale excursus sulle principali caratteristiche dei sistemi tabellari utilizzati nella valutazione di invalidità civile in Italia deve servire, principalmente, ad apprezzare l'evoluzione che tali sistemi hanno avuto nel corso degli ultimi tre decenni.

Il primo dato che balza agli occhi è, senza ombra di dubbio, il ruolo che hanno assunto, nelle tabelle più recenti, alcune menomazioni, prime fra tutte le patologie oncologiche [19]: non menzionate nelle tabelle del 1980, hanno avuto, seppur sommaria, valutazione nelle attuali tabelle di legge del febbraio 1992, che riassumono tutte le patologie neoplastiche nelle tre valutazioni del 100%, del 70% e dell'11% (rispettivamente, codice 9325 - Neoplasie a prognosi infausta o probabilmente sfavorevole nonostante asportazione chirurgica; codice 9323 - Neoplasie a prognosi favorevole con grave compromissione funzionale; codice 9322 - Neoplasie a prognosi favorevole con

modesta compromissione funzionale). La valutazione medico legale assistenziale delle patologie oncologiche è divenuta ancor più selettiva e “raffinata” nelle tabelle proposte dall'INPS nel 2012; sono qui presenti, a seconda dello stadio TNM, 5 voci valutative per gli astrocitomi, 5 per i carcinomi tiroidei, 5 per i carcinomi della laringe, 1 per il carcinoma polmonare, 1 per il mesotelioma maligno. Ancora, 1 voce per il carcinoma dell'esofago, 5 voci per il carcinoma gastrico, 5 per il carcinoma del colon, 5 per il carcinoma del retto, 1 per il carcinoma epatico e quello pancreatico, 5 per il carcinoma della mammella, 5 per quello ovarico. Ben 10 voci sono presenti per i carcinomi uterini, sia del corpo che della cervice, 5 per il carcinoma del testicolo, 5 per il carcinoma prostatico (nel quale viene anche valutato il grado di Gleason) ed altrettante per quello renale, 5 voci per il carcinoma vescicale come per il melanoma (nel quale viene valutato anche lo stadio di Clark), 10 voci in totale per i sarcomi e gli osteosarcomi. Nel caso, infine, delle neoplasie dei tessuti molli si riscontrano 5 voci per il linfoma di Hodgkin, altrettante per il linfoma non Hodgkin, ben 16 voci in totale per le leucemie, sia mieloidi che linfoidi.

L'intento che, però, ha indotto gli Autori alla stesura di queste poche pagine è quello di sottolineare come, nel corso dei decenni, i redattori delle tabelle abbiano assunto un atteggiamento sempre meno “personalistico” nella valutazione delle menomazioni e sempre più basato su un'attenta obiettività clinica e, soprattutto, sulla dimostrazione strumentale del tipo e grado di compromissione funzionale. Nelle tabelle del 1980, ad eccezione di menomazioni prodotte da amputazioni o mancanza di arti, la gradazione funzionale veniva espressa con generiche definizioni del tipo “*tali da determinare totale o pressoché totale invalidità al lavoro*”, “*cagione di iniziali disturbi cardiovascolari*”, “*tali da determinare insufficienza respiratoria rilevabile con i comuni mezzi di indagine*”, “*tali da permettere una buona acquisizione ed applicazione di strumenti neces-*

sari ed un sufficiente grado di autonomia e di integrazione sociale e una buona capacità lavorativa”.

Con le tabelle vigenti, del febbraio 1992, le definizioni generiche, sovente basate su una percezione personale dei componenti la commissione valutatrice si sono ridotte in favore di un iniziale tentativo di incanalare verso l'obiettività della compromissione funzionale la menomazione prodotta; le tabelle, per la prima volta, indicavano voci quali “lieve, moderata o grave” o una distinzione in classi di disfunzione crescente (da I a IV), tentativi di standardizzare la gravità della compromissione funzionale d'organo. In molti casi la gradazione veniva rapportata a scale internazionali, come nel caso della classificazione NYHA per le patologie cardiache.

Ma l'evoluzione più importante verso l'obiettivazione del danno e la sua conseguente standardizzazione si è avuta con le tabelle degli stati invalidanti proposte dall'INPS nel 2012. Per ogni organo od apparato la compromissione della capacità lavorativa viene valutata in riferimento a parametri di funzionalità d'organo: si pensi alla frazione di eiezione cardiaca (EF) o alla riserva coronarica nel caso delle patologie cardiache; ai parametri quali il FEV1, il PEFR o l'FVC nelle patologie respiratorie, il VFG nelle patologie nefro-urinarie. L'utilizzo di questi parametri, sovente in maniera combinata (FEV1 / FVC nelle patologie respiratorie ostruttive, FEV1 / DLCO nelle interstiziopatie, clearance della creatinina / VFG nelle patologie urinarie) ha consentito, organo per organo, apparato per apparato, di creare una classificazione razionale ed obiettiva di gravità del danno.

Concludendo, quindi, la più mirabile evoluzione che le tabelle valutative in invalidità civile hanno presentato negli anni è stata quella del progressivo abbandono della percezione soggettiva del danno muovendosi nella direzione della quantizzazione standardizzata dello stesso, al fine di ridurre sempre più, il possibile divario valutativo tra le varie commissioni.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Vitiello G, Catalano C, Antonelli F, et al. Invalidità civile, disabilità, handicap. Villanova Mondovì (CN): CG Edizioni Medico Scientifiche, 2007
2. Legge 118 del 30 marzo 1971. «Conversione in legge del D.L. 30 gennaio 1971, n. 5 e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili». Gazzetta Ufficiale n. 82 del 2 aprile 1971
3. Decreto del Presidente della Repubblica (DPR) 30 giugno 1965, n. 1124. «Testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali». Gazzetta Ufficiale n. 257 del 13 ottobre 1965. Suppl. Ordinario
4. Barni M. Atti del Convegno di studio sul tema “Infortuni sul lavoro e malattie professionali: un moderno servizio sociale per gli anni Novanta”. Perugia, 24-26 giugno 1982
5. Scorretti C. Handicap e invalidità Civile. Napoli: Liviana Medicina, 1993
6. Decreto Ministeriale 25 luglio 1980, n. 282. «Approvazione delle tabelle indicative delle percentuali di invalidità». Gazzetta Ufficiale n. 282 del 14 ottobre 1980

7. Decreto del Ministero della Sanità 5 febbraio 1992. «Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti». Gazzetta Ufficiale n. 47 del 26 febbraio 1992. Suppl. Ordinario
8. Bredy C, Ministeri M, Kempny A, et al. New York Heart Association (NYHA) classification in adults with congenital heart disease: relation to objective measures of exercise and outcome. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes* 2018; 4: 51-58. <https://doi.org/10.1093/ehjqcc/qcx031>
9. Linee guida INPS per la valutazione degli stati invalidanti 2012. Disponibili online su https://www.inps.it/docallegati/Informazioni/approfondimenti/pensioni/prestazioniassistenziali/provvиденzeeconomicheinfavoredeiminoraticivili/Documents/Linee_Guida_INPS_Accertamenti_Stati_Invalidanti.pdf (ultimo accesso aprile 2019)
10. COPD diagnosis, management and prevention-2019 strategy. Disponibili online su <https://www.guidelines.co.uk/respiratory/gold-copd-2019-strategy/454454.article> (ultimo accesso aprile 2019)
11. Global Initiative for Asthma. Progetto Mondiale Asma – Linee Guida Italiane per la diagnosi e il trattamento dell'asma. Adattamento italiano delle linee guida internazionali GINA. Disponibili online su <http://ginasma.it> (ultimo accesso aprile 2019)
12. Bedossa P, Poynard T. An algorithm for the grading of activity in chronic hepatitis C. The METAVIR Cooperative Study Group. *Hepatology* 1996; 24: 289-93. <https://doi.org/10.1002/hep.510240201>
13. Scaglione M, Agate VM, Sammiceli M. L'insufficienza renale nella pratica valutativa medico legale in invalidità civile ed invalidità previdenziale INPS. *Giornale Italiano di Nefrologia* (GIN) 2019; 36; in press
14. Sammiceli M, Scaglione M. Inquadramento medico legale della sarcoidosi in ambito previdenziale ed assistenziale: commissione funzionale, vincoli tabellari di legge e profili valutativi per una "malattia – modello". *Responsabilità Civile e Previdenza* 2018; 85: 1741-58
15. Linee di indirizzo per la valutazione delle demenze INPS 2017. Disponibile online su https://www.inps.it/docallegatiNP/Istituto/strutturaorganizzativa/attivita%3A0professionale/Documents/competenze_mlegale/Linee_di_indirizzo_per_la_valutazione_delle_demenze.pdf (ultimo accesso aprile 2019)
16. Comunicazione tecnico scientifica per l'accertamento degli stati invalidanti correlati alla sclerosi multipla 2018. Collaborazione AISM – INPS. Disponibile online su https://www.aism.it/comunicazione_tecnico_scientifica_aism_e_inps_la_valutazione_degli_stati_invalidanti_nella_sclerosi?codpage=diritti_aism_inps_accertamenti_sclerosi_multipla (ultimo accesso aprile 2019)
17. Bertero L, Massa F, Metovic J, et al. Eighth edition of the UICC Classification of Malignant Tumours: an overview of the changes in the pathological TNM classification criteria-What has changed and why? *Virchows Arch* 2018; 472: 519-31. <https://doi.org/10.1007/s00428-017-2276-y>
18. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and corpus uteri. *Int J Gynaecol Obstet* 2014; 125: 97-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.02.003>
19. De Lucia O. Gli aspetti previdenziali e i compiti dell'INPS. Presentazione al Congresso "Aspetti Sociali Assicurativi e Previdenziali per il malato di tumore", Torino, 14 settembre 2013. Disponibile online su http://www.reteoncologica.it/images/stories/Volontariato/aspetti_previdenz_e_inps_-_dr_de_lucia.pdf (ultimo accesso aprile 2019)