



Cari amici,

Ho ricevuto negli ultimi giorni numerose email e lettere allarmate di persone con disabilità che avevano letto articoli di giornale o ascoltato servizi televisivi riguardo a presunte distorsioni nel sistema di misurazione e valutazione della performance dei medici dell'Istituto che ho l'onore di presiedere. Ho perciò deciso di scrivervi collettivamente. Spero che avrete la pazienza di leggere questa lettera aperta fino alla fine. Se non avete voglia di farlo, vorrei che comunque vi sentiste rassicurati sul fatto che ogni singola azione intrapresa dall'Inps è mossa dalla volontà di agire nell'interesse e per la tutela dei malati e dei cittadini invalidi.

La polemica alimentata da alcune testate, che non hanno esitato ad offendere la professionalità dei nostri medici, trae spunto dalla scelta dell'Inps di estendere loro l'obiettivo, sin qui stabilito per i soli dirigenti, di contribuire alla riduzione del debito pubblico (mediante la riduzione di spese per prestazioni indebite e l'abbattimento dell'evasione contributiva). In passato questi obiettivi erano stabiliti per i soli dirigenti che poi se ne facevano interpreti presso il personale e i professionisti, tra i quali i medici dell'Istituto. Una sentenza del Consiglio di Stato, che ha riaffermato l'autonomia organizzativa dei professionisti, ci ha di fatto imposto di fissare obiettivi specifici per i medici. Si sono così definiti molteplici indicatori che valutano la loro attività in base ai servizi forniti all'utenza (giudizi medico legali definitivi rilasciati entro 60 gg dal ricevimento del verbale provvisorio da parte delle Asl e entro 30 gg per le patologie oncologiche, esclusione dalle visite mediche di verifica per i portatori di patologie croniche gravi e stabilizzate, espletamento - entro il giorno successivo - delle visite mediche ambulatoriali dei lavoratori in malattia risultati assenti alla visita medica di controllo domiciliare il giorno precedente, tempestività delle segnalazioni di possibile responsabilità di terzi in caso di malattia e invalidità, etc.) oltre che un indicatore legato al contributo alla riduzione del debito pubblico in termini di "Revoche Prestazioni invalidità civile", "Visite mediche di controllo" e "Azioni Surrogatorie".

Questo indicatore incide su meno del 2% della retribuzione dei medici ed è valutato a livello regionale. Ciò significa che concorrono al risultato tutti i medici



della regione rendendo impossibile per un singolo professionista incidere col proprio comportamento sul risultato e, dunque, sulla sua retribuzione attesa.

L'inclusione tra gli obiettivi delle revoche può aver dato luogo ad equivoci e alimentato timori sull'imposizione per via amministrativa di criteri più restrittivi nell'accesso alle prestazioni socio-assistenziali dell'Istituto. Ma attenzione: le revoche di prestazioni di invalidità civile non sono legate alla fase di accertamento degli stati invalidanti, bensì ai casi in cui precedenti commissioni mediche ASL avessero riconosciuto il diritto "a termine", vale a dire prevedendo la necessità di riconvocare il malato ad una seconda visita di verifica per un possibile miglioramento della condizione di salute.

Ciò, premesso, il personale medico, grazie alle sue competenze, può contribuire a meglio identificare quali sono i cittadini che con maggiore probabilità potranno presentare un miglioramento delle proprie condizioni di salute.

E' proprio questo l'obiettivo di questo indicatore: vuole essere una leva gestionale per migliorare l'efficienza delle attività di revisione delle prestazioni legate all'invalidità civile, attraverso una migliore programmazione delle visite di verifica della persistenza degli stati invalidanti. Lo scopo è quello di effettuarle prima della scadenza della prestazione al fine di evitare l'eventuale pagamento di mensilità indebite. Negli scorsi anni si è, infatti, notato come l'aumento del numero di revoche in una data regione corrisponda ad una maggiore efficienza nella calendarizzazione delle visite, piuttosto che agli esiti delle stesse.

Tale modalità gestionale si configura, inoltre, come fattore di deterrenza nei confronti di scorrette previsioni di rivedibilità, che spesso causano disagi agli assistiti e alle loro famiglie, provocando reiterate, inutili visite per coloro i quali presentano quadri clinici cronico-progressivi.

D'altro canto, la previsione di rivedibilità concerne quadri clinici dinamici per i quali si può prevedere, purtroppo, anche un peggioramento delle condizioni di salute del cittadino. In questi casi le Commissioni riconoscono correttamente benefici economici aggiuntivi rispetto ai precedenti. E in tal caso la tempestività delle visite è condizione per assicurare supporto adeguato ai malati in tempo utile. Si tratta di casi tutt'altro che infrequenti: a seguito della visita di verifica, il numero di coloro che si vedono riconoscere benefici aggiuntivi è pari a quello di coloro che se li vedono ridurre a seguito di una riscontrata diminuzione della percentuale dello stato invalidante.

Non c'è pertanto un privato interesse economico che si scontra con il dovere professionale di agire secondo scienza e coscienza; c'è invece un incentivo collettivo a essere più efficienti e scrupolosi nella programmazione delle visite di verifica della permanenza dello stato invalidante.

È, peraltro, fortemente lesiva della professionalità dei medici Inps anche solo ipotizzare che possano violare il codice deontologico interpretando questi obiettivi come un incentivo a revocare prestazioni in essere, anche quando questa scelta non è giustificata dall'evoluzione del quadro clinico. Il codice deontologico ha da



sempre ispirato ogni giudizio medico legale dell'Istituto. Di questo comportamento i nostri medici rispondono di fronte alla giustizia penale e civile e allo stesso Ordine dei Medici da cui non abbiamo mai avuto segnalazioni di comportamenti non corretti. Deve essere precisato che, a garanzia di trasparenza e correttezza del giudizio medico legale, le Commissioni Mediche operanti in Inps sono costituite con l'apporto di medici rappresentanti di categoria, i quali concorrono collegialmente al giudizio medico legale (AMNIC, ANFFASS, ENS, UICI). Non si sono riscontrati casi in cui detti rappresentanti abbiano verbalizzato il loro dissenso rispetto al giudizio medico legale conclusivo. Il giudizio medico legale, bene ricordare, si basa sull'oggettivo requisito sanitario, accertato in ottemperanza al dettato normativo e alle linee guida e disposizioni istituzionali diffuse dal Coordinamento generale medico legale.

Le modalità operative istituzionali sottendono l'uso dello strumento informatico con procedure dedicate all'attività sanitaria, garantendo la piena tracciabilità, trasparenza e correttezza formale dei processi.

A conferma delle corrette scelte dell'Amministrazione e nel rispetto della piena autonomia tecnico professionale dei medici Inps, sono state intraprese numerose iniziative volte ad emanare linee guida sull'accertamento sanitario a garanzia dei diritti dei soggetti disabili, ampliando così l'ambito delle tutele e uniformando i giudizi medico legali su tutto il territorio nazionale (linee guida su invalidità civile, sulla valutazione delle demenze, sull'autismo, sulla fibrosi cistica, sulle malattie rare, solo per citarne alcune). In questi documenti è pressoché costantemente ribadita la necessità di indicare la sussistenza delle condizioni di applicabilità del DM 2 agosto 2007 qualora ne ricorrano le condizioni in modo tale da evitare previsioni di rivedibilità inutili non suffragate da solidi criteri scientifici.

In aggiunta, l'amministrazione ha, in questi anni, adottato numerose iniziative volte a semplificare l'interazione dei disabili con l'Istituto. Prima fra tutte è bene ricordare l'attività messa in campo da Inps al fine di stilare convenzioni con regioni e province per l'accentramento degli accertamenti delle procedure di riconoscimento dell'invalidità civile in capo all'Inps. Grazie a queste convenzioni, oggi firmate con 3 regioni e diverse province italiane, viene affidato unicamente all'Inps (senza il coinvolgimento delle Asl) il compito di accertare i requisiti sanitari in materia di invalidità civile, cecità, sordità, handicap e disabilità. L'accentramento permette, da un lato, un giudizio medico legale uniforme su tutto il territorio e, dall'altro, consente di semplificare l'iter accertativo. Si evitano così ai malati e alle loro famiglie reiterate visite prima presso il medico di base, poi presso il medico specialista, in seguito presso la commissione Asl e infine presso l'Inps, a cui spetta il giudizio definitivo.

A questo proposito, considerando, in particolare, la peculiarità e la vulnerabilità di alcuni malati, l'Inps ha inoltre stilato dei protocolli di intesa con strutture ospedaliere di eccellenza sia pediatriche che oncologiche (Bambino Gesù di Roma, Ospedale Meyer di Firenze, Gaslini di Genova e Istituto dei tumori Regina Elena di Roma) al fine di velocizzare ulteriormente l'iter accertativo. In questi casi, infatti, la certificazione medica pediatrica o oncologica a corredo della



richiesta di prestazione (invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità) è rilasciata direttamente dagli specialisti di tali strutture, dotati della massima competenza tecnico professionale circa le menomazioni in essere avendo in cura i cittadini.

E' previsto, inoltre, di replicare tali modalità operative con strutture sanitarie accreditate per altre branche specialistiche in modo tale di giovare dell'apporto tecnico professionale di medici con i più alti livelli di competenza nella singola patologia.

Lo scopo è quello di dare risposte assistenziali tempestive, basate su documentazione clinica proveniente da strutture accreditate, a famiglie che vivono enormi disagi. Si pensi, ad esempio, all'importanza di un rapido riconoscimento, ai fini di un sollievo del carico assistenziale, dei benefici correlati alla condizione di handicap grave.

L'Istituto, come da missione storica, è vicino ai bisogni dei cittadini come dimostrano anche collaborazioni costanti con le Associazioni di volontariato dei malati affetti da specifiche malattie (ad esempio, AISM, AISLA, ANAA, ANMAR, COORDOWN, AIMAC, FAVO, LIFC, UNIAMO, UNITED ONLUS ecc...) nel rispetto dei principi costituzionali e del dettato normativo, con l'impegno costante di ridurre il disagio causato dalla disabilità.

In conclusione, l'Inps è dalla vostra parte nel fornirvi servizi il più possibile adeguati nell'applicazione della normativa vigente e nell'utilizzare nel modo più efficace possibile le risorse disponibili. I medici, come gli altri professionisti dell'Istituto, sono chiamati a contribuire a un uso efficiente di queste risorse mediante una sempre migliore programmazione delle visite.

A fine anno, faremo una valutazione dell'efficacia di tutti gli indicatori presenti nel piano della performance. Tra questi anche quello che, a seguito di letture affrettate offerte a mezzo stampa, ha allarmato alcuni di voi. Vi posso anticipare sin d'ora che, da inizio anno, quando è stato introdotto tale indicatore, non c'è stato alcun aumento delle revoche delle prestazioni. Al contrario, la percentuale di revoche nei primi sette mesi del 2018 si è ridotta dell'1% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente mentre è aumentata quella di riscontrati peggioramenti dello stato di salute che danno luogo ad aumenti dei benefici.

Spero di avere contribuito a rispondere alle domande che alcuni di voi mi hanno posto e ad evitare che accuse strumentali possano destare inutili preoccupazioni. Continuate a scrivermi se avete preoccupazioni di cui farmi parte e proposte su come migliorare l'attività dell'Istituto.

Un cordiale saluto a tutti voi,



Tito Boeri