

# NUOVE PROSPETTIVE NELLA VALUTAZIONE DELLE CAPACITÀ RESIDUE DEL DISABILE DA LAVORO: UTILIZZO DELLA CLASSIFICAZIONE ICF DELL'OMS

G. CORTESE\*, M.R. MATARRESE\*\*, P. SCELFO\*\*\*

## Premessa

È necessario, con molto senso della realtà, prendere atto e affermare che oggi, in un mondo economicamente globalizzato, e caratterizzato da rapidi mutamenti dell'economia di mercato, della vita sociale, dei valori culturali e dell'adattamento su altri livelli e altri parametri, non sempre condivisibili, dei valori morali di riferimento nel mondo della produttività, si assiste ad un fenomeno negativo nelle tematiche del lavoro per le persone disabili.

Mentre è presente una vasta letteratura, che in modo meramente teorico sostiene la richiesta crescente di normative nuove, di linee guida, di certezze comportamentali operative, di alberi decisionali, nella realtà, invece, e nel *modus operandi*, nonostante ciò si nota una palese evidenza di sempre maggiori difficoltà ad individuare, riconoscere, interpretare, e quindi ad affrontare con azioni concrete il problema del lavoro nei disabili, che le sole normative e linee guida non consentono di gestire.

Le scelte politiche, la complessità dei problemi lavorativi, le strategie industriali e di marketing, i soggetti coinvolti nel mondo della produttività, rappresentano l'*humus* di fondo su cui posa questa ineludibile componente del mondo del lavoro.

Ne discende l'esigenza, se non l'assoluta priorità, d'affrontare multidisciplinariamente, con una visione e un linguaggio comune e condiviso, e con un razionale e coerente quadro interpretativo, le problematiche dei disabili nel mondo del lavoro. Questa nuova metodologia consentirà di trovare ad un vecchio problema, finalmente una nuova e condivisa soluzione, con ricadute positive, anche dal punto di vista del minore peso economico a carico delle istituzioni pubbliche.

Ma ancora maggiore disagio sociale creano la marginalità e l'esclusione dei disabili lontani dal lavoro; fenomeno complesso, pluridimensionale, spina nel fianco delle politiche sociali e del lavoro, il cui approccio alla soluzione, con metodo

\* Dirigente Medico di II Livello - Sovrintendenza Medica Generale INAIL.

\*\* Dirigente Medico di I Livello - Sovrintendenza Medica Generale INAIL.

\*\*\* Dirigente Medico di I Livello - Sede INAIL di Palermo.

multidisciplinare integrato, è atto a ridurre diseguaglianze sociali, a migliorare lo stile di vita, e il godimento del migliore stato di salute possibile, nell'intento di realizzare una società civile totalmente inclusiva.

In tal senso si è espressa la Convenzione ONU sui diritti dei Disabili, approvata dall'Assemblea Generale dell'ONU il 13 dicembre 2006, e sottoscritta dall'Italia il 30 marzo del 2007, successivamente ratificata dal Parlamento Italiano con la legge del 3 marzo 2009, n. 18.

Con l'approvazione di questa convenzione, il Parlamento Italiano ha manifestato una particolare attenzione al tema della disabilità, e per quanto discusso superiormente, nel mondo del lavoro, evidenziando la tematica della disabilità nei suoi molteplici aspetti, rafforzando gli strumenti già esistenti, e introducendone nuovi, nel contesto di un sistema di diritti e garanzie.

In questa prospettiva l'Istituto, già da tempo seguace di questa politica d'integrazione socio-lavorativa del disabile nonché promotore di siffatta cultura, con lettera del Direttore Generale del 22 gennaio 2009 ha disposto un gruppo di lavoro pilota, per studiare l'applicazione della classificazione ICF in ambito INAIL ed improntarne la diffusione anche attraverso strumenti operativi e modelli applicabili per altre realtà.

Il gruppo di lavoro, insediato su proposta del Sovrintendente Medico Generale INAIL ed approvazione del Direttore Generale, è stato costituito sulla scorta di esperienze individuali, afferenti alla valutazione delle capacità residue in primis ed inoltre sulla conoscenza delle tematiche ICF.

## Obiettivo del Gruppo di Lavoro

Esplorare il potenziale cognitivo che deriva dall'applicazione della classificazione ICF, al fine di giungere alla valutazione della necessità e della priorità degli interventi da attuare, attraverso la rivisitazione ed una più consapevole applicazione del modello riabilitativo.

## Sperimentazione

L'attenzione si è posta su alcune pregevoli iniziative di applicazioni sperimentali dell'ICF, intraprese presso il Centro Protesi di Vigorso di Budrio, su alcuni Protocolli d'Intesa con Istituti di Riabilitazione, come Maugeri e sul "Progetto ICF4" dell'Agenzia Italia Lavoro del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Italia Lavoro: Agenzia Tecnica del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per lo sviluppo di politiche attive volte a favorire l'inclusione lavorativa delle persone escluse dal mondo del lavoro.

Lo scopo progettuale **ICF4** basato sulla promozione di politiche attive per il collocamento mirato dei disabili (L. 68/1999), attraverso reti pubbliche e private, il cui finanziamento ha integrato riserve economiche europee per Italia Lavoro e fonti inerenti le Politiche Sociali (d'inclusione e di diritti sociali), ha visto coinvolte undici Regioni nel progetto iniziale, con le seguenti province pilota: Asti, Genova, Pordenone, Padova, Ascoli, Teramo, Avellino, Catania, Catanzaro, Foggia e Potenza.

La sperimentazione è tuttora in atto ed il termine è stato fissato al 31 dicembre 2011. Il piano operativo per l'INAIL ha previsto la formazione e l'addestramento sul lavoro di alcuni operatori (medici, infermieri, assistenti sociali, operatori amministrativi), attraverso l'utilizzo della classificazione ICF, in un ambito relativo al reinserimento lavorativo delle persone disabili da lavoro.

L'attività del gruppo di studio ha avuto inizio in gennaio 2009 ed ha compreso tre fasi.

## I Fase

Inizialmente si è provveduto a verificare l'attuale metodologia di lavoro per la valutazione delle capacità residue, ovvero della scheda per la definizione delle capacità, DPCM del 13 gennaio 2000 e della sua applicazione su tutto il territorio nazionale. In questa fase di valutazione delle schede, sono emerse importanti considerazioni che sottendono la mancata evidenza dei reali bisogni della persona disabile, in cui gli aspetti dinamico - relazionali ed ambientali non sono considerati; inoltre si è evidenziata una difformità territoriale anche dovuta alla carenza della figura professionale dell'assistente sociale in gran parte delle sedi.

Dal confronto serrato, è maturato il convincimento di un possibile raccordo con il D.Lgs. 81/2008, attraverso una corretta applicazione del reinserimento lavorativo secondo il DL 38/2000, mediato dalla valutazione attraverso la classificazione ICF. Si è giunti alla determinazione che la valutazione delle capacità residue può comportare contestualmente all'analisi dei bisogni, un più razionale uso degli ausili, anche se in atto sono emerse disparità tra le varie Regioni legate anche all'assenza in molte di esse del Punto Cliente del Centro Protesi INAIL, che svolge il servizio di consulenza e di fornitura ausili.

## Criteri di arruolamento

Il progetto sperimentale, ha previsto inizialmente l'arruolamento di casi che corrispondono a situazioni a maggiore impatto menomante (amputazioni, lesioni del midollo spinale e patologie traumatiche degli arti superiori ed inferiori).

Il numero di casi arruolati ha previsto 100 casi suddivisi in egual numero nei due gruppi di lavoro formatosi all'interno (50 casi con amputazione arto superiore ed inferiore e 50 casi con lesioni mieliche).

In seno al Gruppo di Lavoro è stato nominato un amministratore con il compito di raccordare le modalità e i tempi di trattazione.

Per la lettura e l'analisi incrociata dei casi da trattare è stato realizzato un foglio di lavoro.

## Risultati

L'elaborazione delle Check List ICF dell'OMS si è rivelata laboriosa, in quanto ha necessitato per l'applicazione notevole impegno da parte dell'operatore in termini anche di tempo (circa 3 ore per ogni caso).

Il confronto in questa fase, ha evidenziato:

1. lo sforzo attuato ed il tempo impiegato da ciascun Componente del Gruppo di Lavoro, volto al superamento dell'impostazione della metodologia valutativa, tendente ad ampliare soprattutto la parte relativa alle strutture corporee, rispetto alla parte relativa alle attività e partecipazioni.
2. la tendenza a "trasgredire" i criteri di obiettività, nel senso di dare per scontato o descrivere condizioni non riportate nel testo.
3. L'interpretazione della definizione del qualificatore "capacità e performance" che ha fatto emergere notevoli dubbi e perplessità.
4. La rilevazione, seppure nella precoce fase di sperimentazione, della totale omogeneità nella utilizzazione dei codici appropriati da parte di tutti i Componenti, con piccole e attese differenze, che anche per il DIN<sup>2</sup> sono ritenute normali, nell'utilizzo dei qualificatori.

Sono emersi anche dati collaterali utili per orientare le politiche dell'Istituto quali:

- l'incremento degli Infortuni *in itinere* o quanto meno l'incremento di casi gravi dovuti agli infortuni *in itinere*;
- l'incremento di infortunati immigrati dal terzo mondo con i problemi connessi della lingua e con le problematiche emergenti della loro integrazione.

## II Fase

### Criteri di arruolamento

La successiva fase del progetto ha previsto l'elevazione a 300 del numero dei casi da trattare e che le menomazioni corrispondessero ad un grado percentuale

<sup>2</sup> DIN: DISABILITY ITALIAN NETWORK è un'associazione senza scopo di lucro, composto da esperti che hanno seguito tutto il lavoro sulla classificazione ICF svolto in Italia a partire dal 1998 e che dal giugno 2003, rappresenta il riferimento Nazionale per l'utilizzo della classificazione. Il DIN è stato scelto come partner scientifico per la messa a punto del progetto *ICF in Italia* dal Ministero del Welfare.

di invalidità permanente dal 16 % al 25%, *range* corrispondente ad un incremento pari al 4 % delle invalidità permanenti negli infortuni lavorativi, dato emerso dal rapporto annuale corrispondente all'anno 2008.

Predisporre una nuova scheda riassuntiva è stato necessario, per poter fotografare le dinamiche differenziali della disabilità, nei vari codici di appartenenza dello stesso distretto anatomico.

Inoltre si è valutata l'opportunità di implementare i sottocodici specifici, per qualificare le varie funzioni con la previsione di estendere la sperimentazione dell'ICF anche per le malattie professionali. Nella II fase il gruppo ha sperimentato ulteriori 50 casi.

## Risultati

In questa fase sperimentale, è apparso chiaro, che la check list così articolata, non risultava essere esaustiva per fronteggiare le problematiche del disabile da lavoro, valutare le capacità residue ed i bisogni reali, compresi quelli relativi al reinserimento lavorativo.

Pertanto si è provveduto ad:

- implementare la Checklist dell'OMS in alcuni domini, in particolare per "strutture corporee" (per far emergere maggiormente la gestualità) e per i "fattori ambientali" (per far emergere i bisogni), strutturando una **Checklist INAIL**;
- utilizzare i dati anamnestici e compilare la checklist sulla gestualità lavorativa;
- mettere a punto un supporto informatico, valido per lo scopo.

Dal confronto tra i Componenti del Gruppo di Lavoro sono emerse le seguenti necessità coinvolgenti anche l'Istituto:

- la necessità della figura professionale del "*Terapista Occupazionale*";
- le problematiche emergenti dagli stati vegetativi e stati di minima coscienza, comportanti un nuovo impegno, con la necessità di rivedere e di rivisitare l'attuale Regolamento Protesico INAIL secondo il modello Bio- Psico-Sociale dell'ICF;
- l'aspetto emergente dal Decreto Legislativo 106\09, binomio uomo-ambiente nell'ambito della idoneità specifica lavorativa;
- il raccordo e l'inserimento a pieno titolo della metodologia ICF nell'ambito della Medicina del Lavoro e della Prevenzione;
- la formazione e l'informazione di quanti si occupano di questa tematica.

## III Fase

La formalizzazione del gruppo di lavoro in "**Gruppo di riferimento INAIL per**

**l'ICF (all. I)**" avvenuta il 14 marzo 2011 da parte del Direttore Generale, ha dato nota di garanzia della sistematicità ed omogeneità nell'approccio alla metodologia ICF e della formazione di quanti all'interno dell'Istituto saranno coinvolti nel suo utilizzo.

In questa fase si è consolidato il rapporto con l'Agenzia Italia Lavoro del Ministero del Lavoro e si è avviato un rapporto collaborativo con il **Centro Collaboratore dell'OMS per le Famiglie delle Classificazioni Internazionali**<sup>3</sup> con sede in Friuli Venezia Giulia.

### **Risultanze dell'applicazione della classificazione ICF**

Analizzando l'adattabilità della classificazione ICF nel Reinserimento lavorativo sono stati individuati i possibili campi applicativi:

- L'accertamento della capacità residue per il collocamento mirato, L. 68/1999.
- La verifica dell'idoneità lavorativa in seguito ad evento infortunistico e/o Malattia Professionale (modifiche alla sorveglianza sanitaria TU 81/2008, ai sensi degli articoli 41 e 42 del Decreto Legislativo 106/2009<sup>4</sup>.
- La valutazione della incollocabilità lavorativa.

<sup>3</sup> Il Centro Collaboratore italiano dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Famiglia delle Classificazioni Internazionali è attivo dal 2007. Sostenuto e realizzato dalla Regione Friuli Venezia Giulia, è riconosciuto dal Ministero italiano della Salute. Fa parte di una rete internazionale di 12 centri che nel mondo supportano l'OMS nello sviluppo, adozione da parte dell'Assemblea Mondiale della Sanità e diffusione delle classificazioni internazionali (WHO-FIC Network). Le attività del Centro Collaboratore italiano sono effettuate sulla base di accordi internazionali. Il mandato, concordato e approvato dall'OMS, è relativo a sviluppo, implementazione, uso e diffusione delle classificazioni internazionali, in primis ICD e ICF. Il Centro Collaboratore italiano opera con risorse proprie e attraverso una rete di ricerca associata costituita da Istituto nazionale di statistica (ISTAT), IRCCS "E. Medea" - Polo di Conegliano e Fondazione IRCCS Istituto Neurologico "Carlo Besta" - Milano. Ha collaborazioni con Federazione Italiana per il Superamento dell'Handicap (FISH), Disability Italian Network (DIN), Italia Lavoro SpA, Società Italiana di Anatomia Patologica e Citologia diagnostica (SIAPEC).

<sup>4</sup> D.LGS. 106/09 ART. 41 E 42: A. Introduzione della lettera e-ter al comma 2 dell'art. 41 ("La sorveglianza sanitaria comprende"):

e-ter) visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione.";

C. Sostituzione del comma 1 dell'art. 42 (Provvedimenti in caso di inidoneità alla mansione specifica) Testo originale: "Il datore di lavoro... in relazione ai giudizi di cui all'articolo 41, comma 6, (inidoneità) attua le misure indicate dal medico competente e qualora le stesse prevedano un'inidoneità alla mansione specifica adibisce il lavoratore, ove possibile, ad altra mansione compatibile con il suo stato di salute."

Testo modificato: "Il datore di lavoro... in relazione ai giudizi di cui all'articolo 41, comma 6, (inidoneità) attua le misure indicate dal medico competente e qualora le stesse prevedano un'inidoneità alla mansione specifica adibisce il lavoratore, ove possibile, a mansioni equivalenti o, in difetto, a mansioni inferiori garantendo il trattamento corrispondente alle mansioni di provenienza."

## Conclusioni

La sperimentazione della checklist INAIL ha messo in evidenza la necessità di disporre di un applicativo informatico per standardizzare la procedura e verificare le criticità operative e la necessità di strumenti di registrazione delle attività INAIL poste in essere nel percorso di riabilitazione e reinserimento.

Per queste finalità il gruppo si è avvalso della collaborazione della Consulenza Statistico Attuariale dell'INAIL, giungendo alla realizzazione di un software applicativo tuttora in fase di implementazione.

Dalla estrapolazione dei dati codificati si è evidenziato il ruolo facilitatore dell'INAIL ma anche e soprattutto il fatto che l'analisi del **functioning** può servire all'individuazione di macro e microinterventi da effettuare in relazione alla sostenibilità ed alla eventuale rimodulazione dei fattori ambientali ed alla possibilità di rimozione degli ostacoli.

Sono inoltre emerse potenzialità tali da rendere la classificazione ICF un **outcome** dinamico dell'appropriatezza e della efficacia dei dispositivi tecnici e della effettiva percezione di questi ultimi da parte dell'infortunato, visto come persona centrale nel processo di **empowerment**, volto al miglioramento della condizione dell'individuo in situazione di svantaggio.

L'ICF costituisce un linguaggio di descrizione standard che serve da modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati, facendo emergere il funzionamento e la disabilità, come risultanza dell'interazione dinamica tra persona ed ambiente ed in quanto tale tutti gli attori interessati alla tematica della disabilità, per poter accedere al linguaggio unificato, dovranno essere informati e formati.

A sostegno di quanto sopra esposto, si è svolto nel giugno 2011 il I Corso Base ICF, organizzato dalla Direzione Regionale Emilia Romagna, con l'attività di supporto e docenza del Gruppo di Riferimento INAIL per l'ICF, al quale seguiranno corsi analoghi in altre Regioni.

## RIASSUNTO

L'ICF, inteso come strumento di classificazione del funzionamento di un soggetto nella interazione con l'ambiente, è stato adottato dall'INAIL per avviare uno studio sperimentale sul lavoratore infortunato che valuti, attraverso una Checklist appositamente strutturata, l'efficacia e l'appropriatezza delle tecnologie assistive, nel contesto del modello riabilitativo di "presa in carico" già in essere.

Gli autori partendo dall'analisi di alcune applicazioni sperimentali dell'ICF in ambito INAIL ritengono necessario pervenire alla definizione di una Checklist INAIL che implementi alcuni domini, in particolare "strutture corporee" e "fattori ambientali".

L'ICF comporta un cambiamento di prospettiva: dal modello di disabilità prevalentemente legato alla menomazione ed handicap, si passa al modello bio-psico-sociale comprendente anche l'ambiente, evidenziando il funzionamento quale risultanza dell'Interazione Persona- Ambiente.

Tale prospettiva consente di operare non solo sulla persona, potenziandone per quanto possibile le abilità, ma anche di operare sull'ambiente, rendendo quest'ultimo accessibile e potenziante.

L'indizione di corsi sull'ICF, intende diffondere tra gli operatori dell'INAIL la conoscenza di questa classificazione che, nell'ambito della disabilità, si sta avviando ad essere una modalità di valutazione e di linguaggio universalmente utilizzata, al fine di consentire una comunicazione efficace tra tutti gli operatori e tutte le Istituzioni.

Gli autori, infine, auspicano l'inserimento della metodologia ICF nell'ambito della medicina del lavoro e della prevenzione, in riferimento alla idoneità specifica lavorativa.

## SUMMARY

The ICF as a means of classification of functioning of a person in interaction with the environment, was adopted by INAIL to start a experimental study to evaluate the injured worker Through a checklist specifically structured, the effectiveness and appropriateness of assististance technologies in the context of the model rehabilitation of "taking charge" already in place.

Authors starting with an analysis of some applications ICF experiments in the field believe INAIL necessary to reach the definition of a checklist INAIL that implements some domains, in particular "Body structures" and "environmental factors". The ICF is a change of perspective: the model mostly related to disability and impairment disability, you switch to bio-psycho-social including the environment, highlighting the Operating as a result of the Person- Environment.

This perspective allows you to operate not only on person, as far as possible by strengthening the skills, but also transform the environment, making it accessible and empowering.

The call for ICF course, wishes to convey the INAIL operators of this knowledge classification as part of the disability, is starting to be a mode of assessment and language universally used in order to enable effective communication between all operators and all the institutions. The authors finally call for the inclusion of methodology of the ICF in occupational medicine and prevention, with reference to specific eligibility work.



## ALLEGATO I

### GRUPPO DI RIFERIMENTO INAIL PER L'ICF

dott. Giovanni Cortese - *Dirigente Medico di II Livello, Sovrintendenza Medica Generale - Responsabile Settore V "Cure, Riabilitazione e Protesi", Coordinatore del Gruppo;*

dott.ssa Maria Rosaria Matarrese - *Dirigente Medico di I Livello, Sovrintendenza Medica Generale - Settore V "Cure, Riabilitazione e Protesi";*

dott. Alcide Feragnoli - *Dirigente Medico di I Livello, Sovrintendenza Medica Generale - Settore V "Cure, Riabilitazione e Protesi";*

dott. Bruno Algieri - *Dirigente Medico di I Livello, Sovrintendenza Medica Generale - Settore V "Cure, Riabilitazione e Protesi";*

dott. Giuseppe Ali - *Dirigente Medico di I Livello, Direzione Regionale Lombardia;*

dott. Vincenzo Castaldo - *Dirigente Medico di I Livello, Direzione Regionale Puglia;*

dott.ssa Cristina Dal Pozzo - *Dirigente Medico di I Livello sede INAIL di Padova;*

dott. Fernando Luisi - *Dirigente Medico di II Livello, Direzione Regionale Friuli Venezia Giulia;*

dott. Danilo Nicita - *Dirigente Medico di I Livello, Fisiatra di Vigorso di Budrio;*

dott.ssa Pasqua Scelfo - *Dirigente Medico di I Livello, sede INAIL di Palermo;*

dr.ssa Margherita Caristi - *Assistente Sociale - Direzione Centrale Riabilitazione e Protesi;*

dr. Giuseppe Morinelli - *Consulenza Statistico Attuariale INAIL;*

dr.ssa Cristina Paoletti - *Consulenza Statistico Attuariale INAIL.*

## BIBLIOGRAFIA

WORLD HEALTH ORGANIZATION: *The International Classification of Functioning, Disability and Health, of the WHO*, 2001.

OMS ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ: *ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Traduzione G. Lo Iacono, D. Facchinetti, F. Cretti, S. Banal Curatore dell'edizione Italiana M. Leonardi, Edizioni Erickson 2008.

OMS CHECKLIST ICF: *Scheda per il Clinico per la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*.

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI: *Progetto ICF e Politiche del Lavoro*, 2003-2005.

EUROPEAN JOURNAL OF PHYSICAL AND REHABILITATION MEDICINE, Volume 45, Supplemento 1, n. 3 Settembre 2009, Edizioni Minerva Medica.

QUADERNI DEL MINISTERO DELLA SALUTE, n. 8, marzo-aprile 2011: *La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali*, Ministero della salute.

DECRETO LEGISLATIVO 38/2000: *Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, a norma dell'articolo 55, comma 1, della legge 17 maggio 1999, n. 144*, Gazzetta Ufficiale n. 50 del 1° marzo 2000.

DELIBERA DEL CDA INAIL n. 695 del 30 novembre 2000: *Regolamento di attuazione del Decreto Legislativo 23/2/2000 n 38 art. 24, recante norme sui "Progetti formativi e per l'abbattimento delle barriere architettoniche"*.

*Linee Guida della Delibera del CdA INAIL, n. 22 del 22 gennaio 2007: Regolamento di attuazione del Decreto Legislativo n 38 del 23/2/2000, recante norme sui "Progetti formativi e per l'abbattimento delle barriere architettoniche"*.

LEGGE 12 MARZO 1999 N. 68: *Norme per il diritto al lavoro dei disabili*, G.U. della Repubblica Italiana.

*Decreto del Presidente del consiglio dei Ministri 13 gennaio 2000: Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento obbligatorio dei disabili, a norma dell'art. 1, comma 4, della 12 marzo 1999, n. 68, G. U. della Repubblica Italiana n. 22 febbraio 2000, n. 43.*

MINISTERO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE - DIREZIONE GENERALE PER L'IMPIEGO: *Disciplina generale del collocamento obbligatorio - Assunzioni obbligatorie. Indicazioni operative in materia di accertamenti sanitari e di assegno di incollocabilità*, 10 luglio 2001, n. 66.

*Documento Finale della Commissione Tecnico-Scientifica* (istituita con D.M. 12 settembre 2005): Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza, 14 dicembre 2005.