



Ministero dell'Economia e delle Finanze
Direzione Centrale dei Servizi del Tesoro
Commissione Medica di Verifica di Napoli



Con la collaborazione del Dipartimento Medicina Pubblica e Preventiva
Sezione Medicina Legale della Seconda Università degli Studi di Napoli.

con il patrocinio di:



INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE
CONTRO GLI INfortUNI DEL LAVORO

 **FNOMCeO**




3^o Atti del CONVEGNO NAZIONALE

"L'accertamento della causalità di servizio e delle inabilità nel pubblico impiego: attualità e prospettive dopo un lustro di attività nelle nuove competenze delle Commissioni Mediche di Verifica del Ministero dell'Economia e Finanze"

a cura di:

A. Carmenini, P. Contaldi, B. Della Pietra, G. Guadagno e L. Lista.

 Scafati e Cetara

 **BNP PARIBAS**
INVESTMENT PARTNERS

Al Dr. A. Annunziata
per la preziosa collaborazione alla stesura del libro.

finito di stampare giugno 2010

*Ministero dell'Economia e delle Finanze
Direzione Centrale dei Servizi del Tesoro
Commissione Medica di Verifica di Napoli*

*Con la collaborazione del Dipartimento di Medicina Pubblica, Clinica e Preventiva
– Sezione Medicina Legale – della Seconda Università degli Studi di Napoli*

ATTI DEL 3° CONVEGNO NAZIONALE

***L'accertamento della causalità di servizio e delle inabilità nel pubblico
impiego:attualità e prospettive dopo un lustro di attività nelle nuove
competenze delle Commissioni Mediche di Verifica del Ministero
dell'Economia e Finanze***

***Vietri sul Mare (SA)
18 e 19 giugno 2009***

INDICE

➤ <i>Programma del convegno</i>	<i>pag. 3</i>
➤ <i>Elenco dei relatori</i>	<i>pag. 6</i>
➤ <i>Saluto dei Presidenti del Convegno</i>	<i>pag. 8</i>
➤ <i>Relazione tecnica</i>	<i>pag. 9</i>
➤ <i>I Sezione: relazioni “in extenso”</i>	<i>pag. 11</i>
➤ <i>II Sezione: supporti visivi alle relazioni</i>	<i>pag. 151</i>
➤ <i>III Sezione: comunicazioni e poster</i>	<i>pag. 298</i>
➤ <i>IV Sezione: abstract</i>	<i>pag. 312</i>

PROGRAMMA DEL CONVEGNO

18 GIUGNO 2009

Saluto dei Presidenti del Convegno

Relazione tecnica

Lettura Magistrale

Antonio Viscomi: *La causa di servizio oggi ...*

PRIMA SESSIONE

LA CAUSA DI SERVIZIO, OGGI

Presidente

Goffredo Sciaudone, *Professore Emerito di Medicina Legale, Seconda Università di Napoli*

Moderatore

Giuseppe Guadagno, *Presidente della Commissione Medica di Verifica di Napoli*

Luigi Lista - *Danno biologico, danno morale e capacità lavorativa: nuove esigenze di armonizzazione valutativa in tema di causalità di servizio e speciali elargizioni dello Stato*

Giuseppe Bonifaci, Patrizio Rossi - *Sperequazioni nei vari ambiti delle assicurazioni sociali tra pubblico e privato: il perché di una doppia valutazione responsabile dell'aumento del contenzioso*

Bruno Della Pietra - *Caratteristiche, sovrapposizioni e prospettive valutative tra malattie professionali, malattie correlate al lavoro e malattie dipendenti da causa di servizio*

Alberto Avoli - *Il Comitato di Verifica per le Cause di Servizio: competenze e profili giuridici e medico-legali nell'unicità e definitività dell'accertamento*

SECONDA SESSIONE

LA CRITICITÀ DEL SISTEMA TABELLARE ABEF

Presidenti

Luigi Lista, *Capo Ufficio Politica Sanitaria Stato Maggiore Difesa, Presidente C.M.V. di Roma*

Moderatore

Carlo De Collibus, *Coordinamento Generale Medico-Legale INPS, Roma*

Francesco Consigliere - *Sperequazioni tra evoluzione clinica e staticità del sistema ABEF*

Domenico Porpora - *Patologie otorinolaringoiatriche e sistema ABEF*

Antonello Crisci - *Patologie neuropsichiatriche e sistema ABEF*

Corrado Pietrantuono - *Patologie oncologiche e sistema ABEF*

Stefano Castaldo - *Patologie cardiovascolari e sistema ABEF*

Giuseppe Clemente, Giuseppe Guadagno - *Criticità generali ed attualità valutative in tema di inabilità di cui alla legge 335/95*

Antonio Perna - *La funzione del medico curante in ambito di inabilità del pubblico impiego e causalità di servizio*

Gabriele Lupini - *Criticità generali ed attualità valutative in tema di pensionistica di guerra*

19 GIUGNO 2009

TERZA SESSIONE

INIDONEITÀ AL SERVIZIO E ALTRE FORME DI INABILITÀ

Presidente

Michele Donvito, *Capo Ufficio Generale Sanità Militare Stato Maggiore Difesa*

Moderatore

Luigi Lista, *Capo Ufficio Politica Sanitaria Stato Maggiore Difesa, Presidente C.M.V. di Roma*

Franca Franchi - *Inidoneità al servizio e altre forme di inabilità: gli aspetti giuridici e amministrativi*

Marcello Giannuzzo - *Inidoneità al servizio e altre forme di inabilità: gli aspetti medico-legali*

Paolo Marino, Giuseppe Guadagno - *Il giudizio di idoneità nei vari ambiti: medico competente, collegi medico-legali, commissioni mediche di verifica*

Fabrizio Ciprani - *Le idoneità pericolose: nuovi accertamenti nelle idoneità lavorative a rischio*

Massimo Niola, Mariano Paternoster - *Il giudizio di idoneità al servizio e la medicina legale difensiva*

Ciro Montemitro - *Metodologia per un corretto accertamento dell'inidoneità e delle altre forme d'inabilità*

Mario Martinelli, Raffaello Manconi - *Esperienze nelle nuove competenze delle CMO interforze con l'entrata in vigore del D.P.R. 461/01*

Dario Moschetti - *Esperienze nelle nuove competenze delle Commissioni mediche ASL con l'entrata in vigore del D.P.R. 461/01*

Luca Semeraro - *Il giudizio di idoneità nel contenzioso amministrativo delle competenze della Commissione medica di II istanza*

QUARTA SESSIONE

LA CAUSA DI SERVIZIO, DOMANI. "IL SUPERAMENTO DEL SISTEMA ABEF: UNA PROBLEMATICHE DELLA MEDICINA PUBBLICA VALUTATIVA CON IMPLICAZIONI ORGANIZZATIVE, ETICHE, ECONOMICHE"

Presidente

Pietrantonio Ricci, *Professore Ordinario di Medicina Legale, Università "Magna Grecia" di Catanzaro*

Moderatore

Rachele Cantelli, *Direttore Direzione Territoriale dell'Economia e delle Finanze di Napoli*

Maria Luisa Pascarella - *Gli aspetti organizzativi*

Paolo Marotta - *Gli aspetti etici e gli aspetti economici*

Vittorio Fineschi, Emanuela Turillazzi - *Nuovi criteri valutativi nella causa di servizio*

Raffaele Manna - *Le ripercussioni dei giudizi di inidoneità al servizio e delle diverse forme di inabilità sulla Pubblica Amministrazione*

Giuseppe Guadagno - *La risposta: la necessità di un nuovo strumento valutativo al passo coi tempi e coerente rispetto all'evoluzione continua della medicina*

ELENCO DEI RELATORI

- **Alberto Avoli:** Procuratore Corte Conti Regione Marche; Vicepresidente del Comitato di Verifica per le Cause di Servizio
- **Giuseppe Bonifaci:** Sovrintendente Medico Generale reggente INAIL
- **Rachele Cantelli:** Direttore Direzione Territoriale dell'Economia e delle Finanze di Napoli
- **Arturo Carmenini:** Direttore Generale della Direzione Centrale dei Servizi del Tesoro del Ministero dell'Economia e delle Finanze
- **Stefano Castaldo:** Coordinatore Sanitario Regionale INPS per la Campania
- **Fabrizio Ciprani:** Direttore della II Divisione del Servizio Affari Generali della Direzione Centrale di Sanità della Polizia di Stato
- **Giuseppe Clemente:** Presidente delegato Commissione Medica di Verifica Napoli - M.E.F.
- **Francesco Consigliere:** Professore a Contratto Scuola di Specializzazione in Medicina Legale, Università di Brescia - Medaglia d'oro al merito della Sanità Pubblica
- **Antonello Crisci:** Professore Associato di Medicina Legale, Seconda Università degli Studi di Napoli
- **Carlo De Collibus,** Coordinamento Generale Medico-Legale INPS, Roma
- **Bruno Della Pietra:** Professore Associato di Medicina Legale, Seconda Università degli Studi di Napoli
- **Michele Donvito:** Capo Ufficio Generale Sanità Militare Stato Maggiore Difesa
- **Franca Franchi:** Direttore Ufficio III della Direzione Centrale dei Servizi del Tesoro
- **Marcello Giannuzzo:** Capo Sezione Medicina Legale del Dipartimento di Sanità dell'Esercito
- **Giuseppe Guadagno:** Presidente Commissione Medica di Verifica Napoli - M.E.F.
- **Luigi Lista:** Capo Ufficio politica sanitaria generale Stato Maggiore Difesa - Ufficio Generale Sanità Militare - Presidente Commissione Medica di Verifica Roma - M.E.F.
- **Gabriele Lupini:** Presidente della Commissione Medica Superiore del Ministero dell'Economia e Finanze
- **Raffaello Manconi:** Capo Sezione Medicina Legale Comando di Sanità del Comando Logistico Nord
- **Raffaele Manna:** Direttore Struttura complessa "Trattamento Giuridico del Personale", ASL NA1
- **Paolo Marino:** Presidente Commissione Medica di Verifica Caserta - M.E.F.
- **Paolo Marotta:** Professore a contratto Università "Louis Pasteur" di Strasburgo; Vicepresidente Comitato Etico ASL NA1
- **Mario Martinelli:** Direttore di Sanità Comando Logistico Nord
- **Ciro Montemitro:** Presidente CMO e CMV Chieti
- **Dario Moschetti:** già Presidente Commissione Medica di Verifica AV
- **Massimo Niola:** Professore Associato di Medicina Legale, Università "Federico II" Napoli
- **Maria Luisa Pascarella:** Direttore Sanitario ASL AV2
- **Mariano Paternoster:** Presidente Commissione Medica di Verifica Salerno

- **Patrizio Rossi:** Dirigente medico Sovrintendenza Medica Generale INAIL, Roma
- **Antonio Perna:** Professore a contratto Scuola Specializzazione di Medicina Legale, Seconda Università degli Studi di Napoli
- **Corrado Pietrantuono:** Direttore Centro Medico-Legale Provinciale INPS di Napoli - Presidente della Commissione Medica di Verifica Provinciale INPS di Napoli
- **Domenico Porpora:** Membro Otorinolaringoiatra Commissione Medica di Verifica di Napoli - M.E.F.
- **Pietrantonio Ricci:** Professore Ordinario di Medicina Legale, Università degli Studi “Magna Graecia” di Catanzaro
- **Goffredo Sciaudone:** Professore Emerito di Medicina Legale, Seconda Università degli Studi di Napoli
- **Luca Semeraro:** Presidente della Commissione Medica di Seconda Istanza di Napoli
- **Vittorio Fineschi:** Professore Ordinario di Medicina Legale, Università di Foggia
- **Emanuela Turillazzi:** Professore Associato di Medicina Legale, Università di Foggia
- **Antonio Viscomi:** Professore Ordinario di Diritto del Lavoro, Università degli Studi “Magna Graecia” di Catanzaro

SALUTO DEI PRESIDENTI DEL CONVEGNO

Arturo Carmenini, Direttore Generale della Direzione Centrale dei Servizi del Tesoro del Ministero dell'Economia e delle Finanze – Presidente del Convegno

Giuseppe Guadagno, Presidente della Commissione Medica di Verifica MEF Napoli – Presidente e Coordinatore Scientifico del Convegno

Luigi Lista, Presidente della Commissione Medica di Verifica MEF Roma – Presidente del Convegno

Nel presentare le motivazioni che ci hanno portati all'organizzazione di questo Convegno, appare evidente che siamo stati spinti dall'estremo disagio nell'affrontare la “causalità di servizio” e i giudizi di idoneità/inidoneità, ad essa collegati, con “armi normative” che appaiono davvero superate rispetto all'evoluzione della “prevenzione dei rischi sui luoghi di lavoro”, delle “evidenze cliniche” e di una moderna metodologia valutativa medico-legale che vada estesa anche alla tutela dei “terzi”.

Non a caso il Convegno è stato denominato “***L'accertamento della causalità di servizio e delle inabilità nel pubblico impiego: attualità e prospettive dopo un lustro di attività nelle nuove competenze delle Commissioni Mediche di Verifica del Ministero dell'Economia e Finanze***”; ed è proprio l'esperienza di quest'ultimo lustro che ci ha suggerito la “mission” indicata nel “superamento del sistema tabellare ABEF” che “non può prescindere da un nuovo assetto criteriologico in tema di riconoscimento di patologie dipendenti da causa di servizio; inoltre, per il pubblico impiego appare necessaria un'ulteriore armonizzazione dei criteri valutativi e delle procedure di accertamento delle inidoneità al servizio e delle altre forme di inabilità”.

Il Convegno è stato strutturato in quattro sessioni attraverso le quali – in collaborazione con l'Accademia e con l'INAIL – si cerca di trovare una nuova strada condivisa verso la non duplicazione e sovrapposizione delle “competenze” e verso un tentativo di “contiguità valutativa” con un futuro di confronto culturale e pratico attraverso il quale continuamente ammodernare il ruolo e le funzioni proprie dei due ambiti valutativi per il settore pubblico.

Non a caso si è richiesta la partecipazione attiva di Colleghi dell'INAIL che, in uno con l'Accademia, possano interagire con gli esponenti politici del Ministero dell'Economia e delle Finanze e, soprattutto, del Governo onde poter pervenire ad un Tavolo Tecnico che possa portare il frutto di questo Convegno – così come di eventuali ulteriori incontri che si rendessero necessari – verso l'impostazione di un Testo Unico sulla normativa previdenziale del pubblico impiego che possa tener conto dell'evoluzione dell'inquadramento giuridico di questi lavoratori, anche alla luce degli obblighi derivanti dalla tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, così come ancora una volta precisamente sancito dal D. Lgs. 9 aprile 2008 n° 81.

RELAZIONE TECNICA

Arturo Carmenini, Direttore Generale della Direzione Centrale dei Servizi del Tesoro del Ministero dell'Economia e delle Finanze – Presidente del Convegno

Giuseppe Guadagno, Presidente della Commissione Medica di Verifica MEF Napoli – Presidente e Coordinatore Scientifico del Convegno

Luigi Lista, Presidente della Commissione Medica di Verifica MEF Roma – Presidente del Convegno

Il Convegno, organizzato dal Direttore Generale della Direzione Centrale dei Servizi del Tesoro del Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dott. Arturo Carmenini e dalla Commissione Medica di Verifica di Napoli, in collaborazione con il Dipartimento di Medicina Pubblica e Preventiva Sezione Medicina Legale della Seconda Università degli Studi di Napoli, che si terrà il prossimo 18 e 19 giugno 2009 nella struttura del Lloyd's Baia Hotel di Vietri sul Mare (SA) ha per titolo: ***“L'accertamento della causalità di servizio e delle inabilità nel pubblico impiego:attualità e prospettive dopo un lustro di attività nelle nuove competenze delle Commissioni Mediche di Verifica del Ministero dell'Economia e Finanze”***.

La “mission” del Convegno è stata indicata in: *“Il superamento del sistema tabellare ABEF non può prescindere da un nuovo assetto criteriologico in tema di riconoscimento di patologie dipendenti da causa di servizio; inoltre, per il pubblico impiego appare necessaria un'ulteriore armonizzazione dei criteri valutativi e delle procedure di accertamento delle inidoneità al servizio e delle altre forme di inabilità”*.

Il Convegno è strutturato in quattro sessioni, due nella giornata del 18 e due in quella del 19; come potrà vedere dal programma, in prima giornata verranno trattate accanto a tematiche inerenti “l'attuale assetto normativo e medico – legale della causalità di servizio”, le sperequazioni esistenti tra i vari ambiti delle assicurazioni sociali tra “pubblico e privato” e le motivazioni della “doppia valutazione” (INAIL/Causa di servizio), responsabili dell'aumento del contenzioso, con aggravio per la “spesa” della Pubblica Amministrazione.

Nella seconda parte della prima giornata verranno evidenziate “le criticità dell'attuale sistema valutativo tabellare ABEF”, con particolare riferimento alle sperequazioni esistenti tra “l'evoluzione clinica della medicina” in generale e per singoli apparati e/o sistemi e “la staticità di un sistema valutativo” ormai superato e, tra l'altro, originariamente destinato non alla pensionistica privilegiata ordinaria bensì alla pensionistica di guerra.

In altre parole il Convegno si propone nella prima parte di evidenziare “tutte queste sperequazioni” al fine di motivare adeguatamente la necessità di procedere ad una revisione del sistema valutativo, alla luce anche delle recenti innovazioni normative che prevedono accanto alla valutazione della capacità lavorativa, il riconoscimento della valutazione del danno biologico e del

danno morale per alcune categorie di dipendenti pubblici, sia civili che militari, nonché per le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata.

Eliminare o ridurre queste “disarmonie” nell’ambito di attività delegate di verifica e delle specifiche conseguenze delle stesse rappresenta una metodologia di lavoro in cui appare fondamentale una nuova condivisione tra le categorie dell’etica pubblica e quelle dell’economia, alla luce anche della “Riforma federalista dello Stato” e del consequenziale nuovo complesso ruolo regionale delegato.

In relazione alla seconda giornata del convegno, nella prima parte verrà dato risalto alla tematica della “Inidoneità al servizio e altre forme di inabilità”, con particolare riferimento ai vari ambiti di competenza: a) giudizio del medico competente, con finalità prevalentemente di tipo preventivo e b) giudizio dei collegi medico-legali e delle Commissioni Mediche di Verifica e Ospedaliere, con finalità inerenti prevalentemente lo stato giuridico del lavoratore e quello previdenziale. Inoltre verranno trattati argomenti di grande attualità, quali “le idoneità pericolose” e “i rischi per i terzi”.

Nella parte conclusiva della seconda giornata (IV sessione) verrà dato risalto agli aspetti giuridici, medico-legali, organizzativi, etici ed economici che dovranno tendere, da un lato, all’eliminazione di inutili duplicazioni e/o sovrapposizioni valutative e dall’altro alla definizione di una “nuova criteriologia valutativa” in tema di causalità di servizio, che auspichiamo possano essere oggetto di studio per “un tavolo tecnico” nascente da questo convegno, propedeutico all’emanazione di una Legge Quadro Nazionale o Testo Unico.

A nostro modesto avviso, è necessario che la suddetta Legge preveda finalmente, nell’ambito di una garanzia di tutela comune delle prestazioni assistenziali-previdenziali ed indennitarie nei confronti di tutti i dipendenti pubblici, oltre alla previsione di procedure snelle e semplificate, fondamentalmente, anche un nuovo strumento dinamico di valutazione del danno, sia per quanto attiene la menomazione della componente biologica che della capacità lavorativa del dipendente e, nei casi espressamente previsti, anche del danno morale, come la nuova regolamentazione in tema di vittime del dovere, della criminalità organizzata, delle stragi e da “uranio impoverito”, ha già brillantemente delineato con l’ultimo regolamento approvato con il D.P.R. n. 37/2009.

Pertanto, nel ringraziarLa per la Sua partecipazione al Convegno, Le chiediamo sin da questo momento un interessamento.

3° CONVEGNO NAZIONALE

***L'accertamento della causalità di servizio e delle inabilità nel pubblico
impiego:attualità e prospettive dopo un lustro di attività nelle nuove competenze
delle Commissioni Mediche di Verifica del Ministero dell'Economia e Finanze***

I SEZIONE

Relazioni “*in extenso*”

*Vietri sul Mare (SA)
18 e 19 giugno 2009*

LETTURA MAGISTRALE

La causa di servizio, oggi: spunti per una riflessione.

di ANTONIO VISCOMI

Ordinario di Diritto del Lavoro

Dipartimento DOPEs

Università *Magna Græcia* di Catanzaro

viscomi@unicz.it

Sommario: 1. Sistema e problema. – 2. Stratificazione normativa. – 3. Procedimento e organismi tecnici.
4. Indennizzo, valutazione, equità. – 5. Causa e fatti. – 6. Causalità “del” servizio.
7. Indennità, retribuzione e previdenza. – 8. Per una ricostruzione del sistema.

1. Sistema e problema.

Mi è stato affidato il compito di introdurre i lavori di questo Convegno con una riflessione, che si vuole critica e ricognitiva ad un tempo, sull'accertamento della causalità di servizio e delle inabilità nel pubblico impiego a qualche anno dall'entrata in vigore del d.p.r. 29 ottobre 2001 n. 461. Compito non facile, sia detto senza retorica, dal momento che il tema proposto, segnato da una *significativa stratificazione normativa e regolamentare e da una alluvionale produzione giurisprudenziale*, presenta aspetti di non usuale complessità ⁽¹⁾.

Esso, infatti, si pone al punto di incrocio – non sempre piano né sempre agevole – tra *saperi scientifici*, da tempo e su più fronti impegnati in un dialogo difficile (ed anzi, ancor prima, nella ricerca di un comune vocabolario), ed *esigenze pratiche* tra loro notevolmente differenti e divergenti. Consapevole di ciò, e soprattutto del fatto che i circa trenta interventi previsti nella varie sessioni del Convegno ⁽²⁾ saranno destinati ad una analisi puntuale e di dettaglio dei singoli profili di interesse, dichiaro fin da subito l'intenzione di rinunciare ad ogni ambizione di esaustività, reputando preferibile focalizzare l'attenzione soltanto su alcuni aspetti fra quelli maggiormente consonanti con la mia esperienza di giuslavorista.

In particolare, vorrei condividere alcune riflessioni critiche – di scenario e di confine – al fine di sollecitare una focalizzazione dell'attenzione sulla conformazione strutturale e sulla perdurante attualità funzionale della causalità di servizio nell'ambito di un sistema ordinamentale, quale quello del lavoro pubblico, da qualche anno oggetto di revisioni profonde e discontinue, ma comunque segnate dal convergente obiettivo di una sua riconduzione (almeno di una sua parte significativa) nell'alveo della logica giuridica ed organizzativa che governa le relazioni di lavoro nel settore privato. Processo riformatore, questo appena accennato, che suggerisce all'interprete di

¹ La bibliografia, soprattutto medico-legale, è molto ampia. Per tutti cfr. CASTRICA-BOLINO, *I trattamenti pensionistici privilegiati e l'equo indennizzo*, Milano, Giuffrè, 2005; REMOTTI, *Pubblica amministrazione e infortuni sul lavoro*, Napoli, Simone, 2006; FERRARI, *L'invaldità per causa di servizio e l'equo indennizzo nel pubblico impiego*, Milano, Giuffrè, 2007.

² Il Convegno prevedeva quattro sessioni di lavoro: I. La causa di servizio oggi; II. Le criticità del sistema tabellare ABEF; III. Idoneità al servizio e altre forme di inabilità; IV. La causa di servizio, domani. Il superamento del Sistema ABEF: una problematica della medicina pubblica valutativa con implicazioni organizzative, etiche ed economiche.

ricondere nella prospettiva storico-evolutiva piuttosto che in quella, per così dire, ontologica e costitutiva le ragioni (e per alcuni versi anche la patogenesi) di un tratto caratteristico del nostro ordinamento.

Intendo riferirmi, cito testualmente la Corte Costituzionale, al fatto che «analoghe finalità di protezione dei lavoratori in caso di infortunio, malattia ed invalidità sono perseguite, nell'ambito dei due settori (pubblico e privato), con sistemi di garanzia che danno corpo a differenti discipline degli indennizzi per le menomazioni dell'integrità fisica o per l'invalidità permanente» (Corte Cost. 30 ottobre 1997 n. 321). Situazione, questa, di per sé tale da suscitare qualche ragionevole perplessità e da indurre la giurisprudenza amministrativa – o almeno quella più consapevole dei rischi derivanti da una valutazione alla luce dei principi costituzionali di ragionevolezza e di eguaglianza (ovvero, se si vuole, di ragionevole differenza) – a salvaguardare il sistema assimilando l'equo indennizzo «ad una delle tante indennità che l'amministrazione conferisce ai propri dipendenti in relazione alle vicende del servizio, con funzioni di graduazione e di equa distribuzione di compensi aggiuntivi» (Cons. Stato, IV, 31 marzo 2009 n. 2009 richiamando sul punto Cons. Stato, AP, 16 luglio 1993 n. 9 che evidenzia come l'equo indennizzo, proprio per il concetto di equità e discrezionalità ad esso inerente, e per la sua non coincidenza con l'entità effettiva del pregiudizio subito dal dipendente, «appare avvicicabile ad una delle tante indennità che l'amministrazione conferisce ai propri dipendenti in relazione alle vicende del servizio, quali l'indennità di rischio, l'indennità di disagiata residenza, l'indennità di famiglia ecc.»).

Pertanto, è sempre la prospettiva propria del giuslavorista a suggerire di evidenziare l'opportunità di correlare la riflessione in ordine alle forme di tutela indennitaria operanti *ex post* con una più intensa consapevolezza in merito alla necessità di azioni, da svolgere *ex ante*, sulla qualità delle condizioni stesse in cui il lavoro viene ad essere svolto e quindi su ciò che si è soliti chiamare «benessere organizzativo» ovvero, secondo altri e più incerti orientamenti, «salute dell'organizzazione» che pure ha costituito oggetto della direttiva governativa del 24 marzo 2004. E certo non può dirsi assente, sul punto, una particolare attenzione del legislatore. Al riguardo, credo sia sufficiente ricordare gli artt. 5 e 28 del D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81. Il primo definisce le misure generali di tutela, precisando che la prevenzione deve essere oggetto di programmazione e realizzarsi integrando, in un insieme coerente, le condizioni tecniche e produttive con i fattori dell'ambiente e dell'organizzazione del lavoro. In questa prospettiva, l'organizzazione del lavoro è dunque considerata, in sé, come fattore di rischio. Il secondo impone poi, in modo specifico, che la valutazione debba avere riguardo a rischi particolari, quali quelli connessi allo stress lavoro-correlato (secondo i contenuti dell'accordo europeo sottoscritto in data 8 ottobre 2004) ed alle differenze di genere, di età nonché alle differenze correlate alla provenienza da altri paesi.

Rinviando alle relazioni preannunciate l'analisi del rapporto tra la disciplina della causalità di servizio e quella del risarcimento del danno per violazione degli obblighi di sicurezza, che è naturalmente tema di maggiore ed attuale attenzione giurisprudenziale, mi preme fin da ora sottolineare il tratto di lodevole aspirazione (e in alcuni casi di vero e proprio esorcismo cartolare) assunto dalle proclamazioni legislative e il paradosso di un sistema pubblico, disposto ad erogare indennità su base di discrezionali ragioni di equità, ma ancora e di fatto restio a considerare la prevenzione come investimento produttivo e non come mero costo passivo.

Credo che l'indicazione di questi due soli elementi di contesto sia sufficiente per trovare conferma della necessità metodologica di coniugare, in una sintesi euristica, la dimensione problematica – certo sollecitata da un assetto normativo oltremodo frammentato – con una visione sistemica che tenga conto tanto della tensione evolutiva dell'ordinamento del lavoro pubblico, quanto della funzione di attuazione costituzionale delle forme e degli strumenti di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, abbandonando approcci ricostruttivi orientati alla mera analisi particolare, pure indotti dalla specificità delle singole competenze, e dunque tanto necessari quanto poco soddisfacenti.

2. Stratificazione normativa.

A conferma di ciò, è forse opportuno segnalare in via introduttiva almeno le tappe più significative di una storia legislativa che trova origine nell'art. 2 del testo unico approvato con r.d. 21 febbraio 1895 n. 70 e che appare ancora *ben lontana dal sedimentarsi e consolidarsi in un assetto unico, unitario e uniforme* (e solo di quelle tappe, non potendo compiutamente dar conto in questa sede né dei processi di progressiva estensione e ridefinizione del relativo campo di applicazione, né dell'assunzione del sistema di indennizzo da causalità di servizio quale modello generale di riparazione dei danni provocati da attività pericolose messe in atto dalla o per conto della pubblica amministrazione – basti pensare alla disciplina relativa all'uranio impoverito utilizzato nei poligoni di tiro ed a quella relativa ai soggetti c.d. equiparati alle vittime del dovere ³)

³ Cfr. L. 24 dicembre 2007 n. 244, artt. 78 e 79, in relazione «al riconoscimento della causa di servizio e di adeguati indennizzi al personale italiano impiegato nelle missioni militari all'estero, nei poligoni di tiro e nei siti in cui vengono stoccati munizionamenti, nonché al *personale civile italiano* nei teatri di conflitto e *nelle zone adiacenti le basi militari sul territorio nazionale*, che abbiano contratto infermità o patologie tumorali connesse all'esposizione e all'utilizzo di proiettili all'uranio impoverito e alla dispersione nell'ambiente di nanoparticelle di minerali pesanti prodotte dalle esplosioni di materiale bellico, ovvero al coniuge, al convivente, ai figli superstiti nonché ai fratelli conviventi e a carico qualora siano gli unici superstiti in caso di decesso a seguito di tali patologie...». Cfr. poi d.p.r. 7 luglio 2006 n. 243 recante regolamento concernente termini e modalità di corresponsione delle provvidenze alle vittime del dovere ed ai soggetti equiparati, ai fini della progressiva estensione dei benefici già previsti in favore delle vittime della criminalità e del terrorismo, a norma dell'articolo 1, comma 565, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, ed ivi in particolare la disciplina relativa ai soggetti c.d. equiparati (art. 6).

– e neppure infine ai problemi di misurazione del danno e quantificazione dell'indennizzo, resi oltremodo complessi dalla coesistenza⁽⁴⁾ di tabelle eterogenee quanto a finalità e metodologia).

In effetti, confermando quanto già stabilito dall'art. 2 della l. 14 aprile 1864 n. 1731, il testo unico del 1895 riconosceva il «diritto di essere collocato a riposo e di conseguire la pensione, qualunque sia l'età sua e la durata dei suoi servigi», all'impiegato «che, per ferite riportate o per infermità contratte a cagione dell'esercizio delle sue funzioni, fu reso inabile a prestare ulteriormente servizio». Previsione, questa, meglio precisata dal successivo regolamento dettato dal r.d. 5 settembre 1895 n. 603, il cui art. 40 definiva i confini concettuali ed operativi sia della causalità che del servizio. In particolare, si individuava la «*causa di servizio*» (qui così definita per la prima volta nell'ordinamento) in «qualunque fatto richiesto dal medesimo, ed avente in sé virtualmente il pericolo della lesione o della infermità riportata», fermo restando che «saranno considerati in servizio comandato l'impiegato civile ed il militare che avranno operato dietro ordine espresso, od anche spontaneamente, in forza dei doveri che, giusta le leggi ed i regolamenti, spettano al loro ufficio». Parallelamente, si identificava la «*provenienza da causa di servizio*» nel fatto che «la ferita, la lesione o l'infermità, non solo sia stata riportata mentre l'impiegato o il militare attendeva ad un servizio comandato, ma ripeta dal servizio stesso la sua cagione».

«A cagione dell'esercizio», dunque, e non già “nell'esercizio”, tant'è che l'art. 41 – con un pedante tono didascalico – invitava «i consigli di amministrazione, o le autorità civili e militari che ne facciano le veci» ad aver cura, «nei giudizi sulla provenienza delle ferite, lesioni od infermità», «di distinguer bene la causa di servizio (...), dalla semplice occasione di servizio», dal momento che «è occasione quel fatto o quella circostanza attinente al servizio, che ha soltanto un nesso casuale colla lesione od infermità, di cui la causa vera e propria sta nel novero dei fatti comuni estranei al servizio».

E' stato detto che in tale formulazione «si coglie *in nuce* la volontà del legislatore di ricondurre a criteri di corretta correlazione causale il rapporto tra servizio prestato e le infermità/lesioni denunciate»⁽⁵⁾. Credo che quella formulazione possa trovare ragione e senso anche in una ulteriore prospettiva: nell'essere, cioè, il sistema di regolazione dell'impiego civile geneticamente conformato su quello militare, risultando quindi non solo più attento alle lesioni da trauma che ad altre tipologie di eventi morbosi, ma anche più propenso a ragionare naturalmente in termini di (giusta) ricompensa (per i servizi prestati) che non di rischio d'impresa (innervato nella

⁴ Cfr. CONSIGLIERE, MICHELI, VERZELETTI, DE FERRARI, *Pensionistica di privilegio ed equo indennizzo: tempo di armonizzare?*, in *Med. Leg. - Quad. Camerti*, 2008, 1, 3 ss. dove una emblematica comparazione delle tabelle relative: alla pensionistica privilegiata e di guerra (d.p.r. 30 dicembre 1981 n. 834 e l. 6 ottobre 1986 n. 656); all'Inail (d.lg. 23 febbraio 2000 n. 38); all'invalidità civile (d.m. 5 febbraio 1992); alle micro permanenti (d.m. 3 luglio 2003); alla proposta per le macropermanenti (formulata dalla Commissione di cui al d.m. 26 maggio 2004); ed infine alle indicazioni desumibili da BARGAGNA, CANALE, CONSIGLIERE, PALMIERI, UMANI RONCHI, *Guida orientativa per la valutazione del danno biologico*, Milano, Giuffrè, 2001.

⁵ CASTRICA-BOLINO, *I trattamenti*, op. cit., p. 154.

funzione redistributiva del principio *cuius commoda eius et incommoda*, e che costituisce invece il carattere proprio della coeva legislazione sociale, allora allo stato nascente).

In ogni caso, vale la pena ricordare che, sia pure per patologie specifiche, lo stesso decreto introduceva significative distonie rispetto alla regola generale.

Così, ad esempio, l'art. 42, disciplinando l'ipotesi di «malattie epidemico-infettive, contagiose o endemiche», imponeva di valutare se l'impiegato, «o per ordine superiore o nel disimpegno delle funzioni ad esso attribuite dalle leggi o dai regolamenti, ovvero coll'essere comandato da un luogo immune ad un luogo infetto, sia stato esposto a maggiore probabilità e rischio di essere colpito». E ancora l'art. 50 consentiva il «rilascio» del «certificato» – e cioè il riconoscimento della causa di servizio – anche «in quei casi non infrequenti di sconcerti di salute, accompagnati da morbosità e permanente dimagrimento, non che da depressione morale invincibile, segnatamente quando queste condizioni si verificano in individui che abbiano varcato l'età di cinquanta anni, che siano stati esposti a gravi fatiche o pericoli od a naufragio, o che siano stati colpiti da grave anemia, o da altra malattia dipendente dalla vita di mare, i cui effetti perdurino e diano luogo in chi ne è affetto ad una reale e ben accertata incapacità a reggere più oltre alla vita di bordo».

Comunque, è con il successivo r.d. 21 novembre 1923 n. 2480, recante «nuove disposizioni sulle pensioni normali del personale dell'Amministrazione dello Stato», che i benefici connessi sono correlati in modo ancor più stringente al servizio svolto, dovendo questo costituire «la *causa unica, diretta ed immediata* dell'infermità, della lesione o della morte» (art. 13), secondo una formulazione che richiama alla mente l'usuale constatazione che vuole *l'accumulo di aggettivazione inversamente proporzionale alla capacità esplicativa del sostantivo e fonte sicura di inevitabile contenzioso giudiziario*. La formula, tuttavia, ha avuto un buon successo (a dire il vero: *più di pubblico che di critica*), tant'è che ancora oggi essa si trova ripetuta senza alterazioni in recenti massime giurisprudenziali (per tutte Tar Lazio, III, 22 maggio 2007 n. 4729). Ed essa è poi reiterata nel successivo regolamento del 1928. Infatti, disciplinando in modo puntuale le «procedure da seguirsi negli accertamenti medico-legali», il r.d. 15 aprile 1928 n. 1024 non solo ribadiva che l'evento lesivo doveva «deriv(are) unicamente, immediatamente e direttamente dal fatto di servizio allegato» ma segnalava anche, e soprattutto, la necessità che tale univoco nesso fosse «rigorosamente accertato» in sede istruttoria (art. 18).

L'introduzione dell'equo indennizzo ad opera dell'art. 68 del d.p.r. 10 gennaio 1957 n. 3 allarga lo spettro dei benefici connessi alla causalità di servizio ed incrementa il livello di complessità – ma anche di flessibilità (o, se si vuole, di incertezza) – del sistema. In effetti, il testo unico consacra il diritto dell'impiegato civile, «per l'infermità riconosciuta dipendente da causa di

servizio», ad essere tenuto indenne dalle spese di cura e ad ottenere un equo indennizzo «per la perdita dell'integrità fisica eventualmente subita» e ne disciplina, in modo stringato, il relativo procedimento per via del richiamo alle deliberazioni del collegio medico e delle commissioni mediche ospedaliere di cui ai regi decreti 603 del 1895 e 1024 del 1928 prima citati.

Tale disciplina procedimentale sarà poi oggetto, ad opera del regolamento attuativo (d.p.r. 3 maggio 1957 n. 686), di maggiore specificazione ma non sempre di più ampia chiarificazione. Basti pensare, per un verso, al limite di indennizzabilità segnato dal dolo o dalla colpa grave del dipendente (art. 58), e basti ricordare, per altro verso, le lesioni «per certa o presunta ragione di servizio» e le «straordinarie cause morbifiche» di cui parla il secondo comma dell'art. 36 ovvero ancora l'impegno istruttorio dell'amministrazione tenuta – in virtù del terzo comma del medesimo articolo – a «raccolgere tutti gli elementi idonei a provare la natura dell'infermità, (e) la *connessione* di questa con il servizio» (sulla scia di quanto già previsto dall'art. 32 del r.d. 603 del 1895, come novellato dall'art. 4 del R.D. 22 giugno 1926 n. 1067 per la «connessione con gli eventi del servizio»).

Emblematico a me pare, per i margini di flessibilità ad esso connaturati, è proprio l'uso del termine vago di “connessione”, che sembra pure anticipare la più recente diffusione di espressioni quali “malattia *work-related*”. E tuttavia, stante il rinvio normativo ai regi decreti prima citati e l'inerzia concettuale propria di alcune formulazioni giuridiche, che di per sé guardano al passato e risultano già vecchie nel momento in cui sono consacrate in legge, le aperture rese possibili dal sistema del testo unico non sono state subito colte.

Tant'è che la stessa giurisprudenza, ancora nei primi anni '80, affermava che «nell'elaborazione della problematica relativa al nesso eziologico tra servizio ed infermità, accanto al concetto di causalità tipica, diretta ed immediata», radicato nel testo unico del 1957, «deve porsi quello di concausalità» (Tar Sicilia, Catania, 10 giugno 1982 n. 579), riconducendo tuttavia l'introduzione nel sistema di quest'ultima all'art. 16 della l. 22 novembre 1962 n. 1646, ai cui sensi «nei riguardi degli iscritti alle Casse pensioni facenti parte degli Istituti di previdenza, e dei loro superstiti, il diritto alla pensione di privilegio si consegue anche quando nell'evento che ha determinato l'inabilità si ravvisano gli estremi della *concausa necessaria e preponderante di servizio*».

L'occasione segnata dall'approvazione del testo unico delle norme sul trattamento di quiescenza dei dipendenti civili e militari dello Stato con il d.p.r. 29 dicembre 1973 n. 1092 è infine colta dal legislatore per ridefinire in termini più ampi la nozione di infermità o lesione dipendenti da fatti di servizio, precisando, sulla base del modello prima indicato, tanto il concetto di «fatti di servizio», tali ritenendo quelli derivanti dall'adempimento degli obblighi di servizio, quanto la

nozione di dipendenza da fatti di servizio così qualificandosi le infermità o le lesioni rispetto alle quali i fatti di servizio «*ne sono stati causa ovvero concausa efficiente e determinante*» (e non più, come nel '62, necessaria e preponderante).

3. Procedimento e organismi tecnici.

Su questo sfondo regolativo, risultante dall'accumulo progressivo di frammenti normativi che si richiamano e si inseguono vicendevolmente, per pura ironia inseriti il più delle volte in testi che si vogliono unici ed in qualche modo definitivi, si pone il dpr 20 aprile 1994 n. 349 che ha l'ambizione di riordinare i procedimenti di riconoscimento di infermità o lesione dipendente da causa di servizio e di concessione dell'equo indennizzo. Ambizione fallita, a dire il vero, anche e soprattutto a causa del cortocircuito tra quanto previsto dall'art. 6, ai cui sensi «la dipendenza da causa di servizio dell'infermità o lesione contratta (...) deve essere accertata dalla Commissione», e quanto disposto dall'art. 8 in virtù del quale «il Comitato (...) valuta se l'infermità o la lesione siano dipendenti da causa di servizio» benché poi, sempre in virtù dell'art. 8, tale «parere non è vincolante ai fini della decisione finale». Da qui, com'è noto, la lunga diatriba sulla natura giuridica degli atti emanati dai due organi tecnici e sulla soluzione dell'eventuale conflitto valutativo.

Peraltro, vale la pena ricordare che il sistema, per così dire, duale aveva ricevuto un autorevole avallo da parte della Corte Costituzionale. Questa, infatti, chiamata a pronunciarsi sulla legittimità dell'art. 5-bis del d.l. 21 settembre 1987 n. 387 (convertito nella l. 20 novembre 1987 n. 472) – il quale attribuiva carattere di definitività ai giudizi collegiali della Commissione «ai fini del riconoscimento delle infermità per la dipendenza da causa di servizio», facendo comunque salvo il parere del Comitato «in sede di liquidazione della pensione privilegiata e dell'equo indennizzo» – ha risolto la questione individuando il punto di equilibrio nel fatto che il provvedimento dell'amministrazione si innerva in una valutazione più complessa di quella necessaria per l'accertamento della causalità, dovendo prendere in considerazione anche «altri effetti per i quali tale accertamento rileva»: «non dovendosi», cioè, «soltanto appurare se l'infermità trovi origine nella causa di servizio, ma anche se e in quale misura essa abbia dato luogo ad un effetto invalidante; valutazione che appare necessaria» – ed è questo il punto significativo nell'argomentare della Corte – «*anche alla luce delle rilevanti conseguenze di queste decisioni sulla spesa pubblica*» (quelle stesse conseguenze che sono oggi alla base – ad esempio – dell'art. 70 della l. 6 agosto 2008 n. 133).

In tale prospettiva, la funzione di occhio controllore non può che essere attribuita al Comitato, «organo», a giudizio della stessa Corte, «la cui imparzialità è garantita dalla sua stessa composizione», chiamato a verificare «nel merito, l'operato delle singole commissioni mediche

ospedaliera, *onde garantire la tutela dell'interesse del singolo e, nel contempo, quella non meno importante dell'Erario*». In questa stessa prospettiva, il carattere non vincolante del parere del Comitato, tipico di una funzione consultiva, assume un ruolo strategico in una ricostruzione costituzionalmente adeguata del sistema, dal momento che l'eventuale scelta difforme da parte dell'Amministrazione «obbliga (quest'ultima) a motivare le ragioni per le quali ritenga eventualmente di discostarsene».

Per quanto non in grado di dissolvere un notevole e diffuso contenzioso giudiziario, la decisione è impregnata di una indubbia finezza argomentativa, soprattutto se si considera che, individuando la funzione del Comitato nella «riconduzione a principi comuni dell'attività delle Commissioni» e facendo salva la diversa e motivata decisione dell'Amministrazione, dissolve il conflitto valutativo nell'ambito del principio costituzionale sancito nell'art. 97. Infatti, statuisce la Corte, «sia pure con la possibile evenienza di difformità valutative, l'opera del Comitato, lungi dal disattenderli, contribuisce a realizzare i principi dell'art. 97 della Costituzione, sotto il profilo del buon andamento, valendo, in particolare, ad arricchire gli elementi di giudizio di cui l'Amministrazione dispone al momento dell'adozione del provvedimento».

Insomma, costretta tra la consapevole necessità di tutelare gli interessi dell'erario – considerati a rischio di grave lesione per l'operato delle (molte) Commissioni – e la non meno chiara esigenza di assicurare un adeguato margine di flessibilità alla decisione dell'Amministrazione – a tutela degli interessi del singolo (che però, essendo relativi alla salute dovrebbero essere considerati interessi della collettività e quindi anch'essi generali ai sensi dell'art. 32 Cost. e dunque *da contemperare e non subordinare* alle dinamiche della spesa pubblica) – la Corte Costituzionale propone un modello embrionale di strutturazione (per così dire: a formazione progressiva) del procedimento di riconoscimento della causalità di servizio che troverà esplicita strutturazione nel dpr 29 ottobre 2001 n. 461.

Qui, infatti, alla Commissione risulta assegnato dall'art. 6 una funzione esclusivamente tecnica: la diagnosi dell'infermità, «comprensiva possibilmente anche dell'esplicitazione eziopatogenetica, nonché del momento della conoscibilità della patologia», le conseguenze sulla integrità fisica, psichica e sensoriale, la riconduzione ad una categoria di compenso e la valutazione di idoneità al servizio. E ciò dovrà fare secondo i criteri di organizzazione dell'attività e di definizione del verbale di accertamento indicati dal decreto 12 febbraio 2004. Sarà poi compito del Comitato (art. 11) accertare «la riconducibilità ad attività lavorativa delle cause produttive di infermità o lesione, in relazione a fatti di servizio ed al rapporto causale tra i fatti e l'infermità o lesione». A tale stregua l'Amministrazione, preventivamente obbligata a relazionare sugli elementi relativi al nesso causale tra l'infermità o lesione e l'attività di servizio (art. 7), dovrà esprimersi «su

conforme parere del Comitato» (art. 14), potendo al più, in caso di dissenso motivato, chiedere al medesimo l'adozione di un secondo e definitivo parere. Per dirla con il Consiglio di Stato, il dpr 461 finalmente «impone all'organo di amministrazione attiva di conformarsi al parere» e di «assumerlo come motivazione dell'adottando provvedimento » (Cons. Stato, IV, 10 luglio 2007 n. 3911).

Può dunque dirsi, con sufficiente certezza, che la differenza più significativa tra il modello del 1994 e quello del 2001 sta in ciò: nell'introduzione di un sistema di cooperazione progressiva tra organi, basato sulla distinzione delle competenze e sull'accentramento valutativo, e nel definitivo accantonamento di un sistema, di antica data, segnato dalla duplicazione delle competenze e dal decentramento valutativo, che non a caso aveva suggerito alla Corte Costituzionale di enfatizzare l'esigenza di una «riconduzione a principi comuni» dell'attività delle Commissioni. Ciò trova conferma emblematica nel principio di unicità di accertamento sancito dall'art. 12 e nel divieto, sancito dall'art. 16, di richiesta di pareri ulteriori o diversi da quelli previsti da regolamento.

Insomma, volendo ripetere il giudizio della giurisprudenza (Cons. Stato, IV, 7 maggio 2007 n. 1972), il dpr 461 ha introdotto un «nuovo e più ragionevole criterio di riparto delle competenze fra Commissione (...) e Comitato (...), assegnando alla prima il giudizio diagnostico sull'infermità o lesione denunciate nonché l'indicazione della categoria di menomazioni alla quali essi devono ritenersi ascrivibili (...), mentre al secondo ha affidato in via esclusiva il compito di accertare l'esistenza di un nesso causale o quanto meno concausale, ma pur sempre efficiente e determinante, fra le patologie riscontrate dalla Commissione a carico del pubblico dipendente e l'attività lavorativa da lui svolta (cioè la sussistenza dei presupposti per il riconoscimento della c.d. causa di servizio)».

L'innovazione strutturale fondamentale (ma altre saranno richiamate successivamente, se necessario) si accompagna tuttavia, nel 2001, alla conferma della validità della «criteriologia medico-legale in tema di riconoscimento della causa di servizio seguita sulla base della vigente normativa in materia di trattamento pensionistico di privilegio nonché per l'applicazione della tabella A o della tabella B annesse al d.p.r. 30 dicembre 1981 n. 834 o della tabella F1 annessa al d.p.r. 23 dicembre 1978 n. 915, entrambi destinati, prima, alla disciplina unitaria e poi, a distanza di soli tre anni, al «riordino» delle pensioni di guerra.

4. Indennizzo, valutazione, equità.

Ed è proprio il profilo dell'accertamento causale, sul quale il d.p.r. 461 non offre alcuno spunto critico, a costituire ancora oggi il *nucleo magmatico* della materia, rispetto al quale il giurista

che ne tenti un riordino concettuale a partire dall'analisi dei percorsi giurisprudenziali – che però ancora attendono di essere compiutamente esplorati con una ricerca critica ed interdisciplinare avente ad oggetto gli approcci ricostruttivi delle diverse Corti, in relazione anche (almeno a me pare) agli ambiti territoriali di riferimento – ha forte l'impressione di imbattersi in un *diffuso sincretismo argomentativo e valutativo* che spesso sembra tradursi in una sorta di disinvolto shopping metodologico velato, a dire il vero, dalla sostanziale omogeneità delle massime e dunque dal formale riconoscimento di comuni *guidelines*.

E' anche vero, tuttavia, che è proprio il concetto stesso di “causa” a trovarsi, ormai da tempo, sul banco scomodo degli imputati: di esso è stato detto che «ha talmente tanti e diversi tipi di applicazione ed è al tempo stesso una componente così universale del nostro apparato di analisi, sia dell'esperienza scientifica che di quella ordinaria, che non è sorprendente che esista una varietà di *intuizioni contrastanti* sulla natura della causalità»⁽⁶⁾. Intuizioni, a dire il vero, il cui reciproco contrasto è incrementato dall'ovvio fatto che il concetto di causalità assume senso e ragione pregnante soltanto nell'ambito del *contesto* in cui risulta utilizzato, in qualche misura derivando la propria identità dalla funzione perseguita o che ad essa risulta assegnata.

Quando poi la riconduzione causale di un evento ad una circostanza fattuale è destinata non già ad accertare e sanzionare una responsabilità individuale o ad imporre un obbligo risarcitorio ma ad assicurare piuttosto un beneficio economico a carico del datore di lavoro pubblico, e quindi pur sempre gravante sulla fiscalità generale, è del tutto intuibile che i rischi di un indebito ampliamento subiscano un intensivo effetto stressante: nel caso di specie, *come se l'equità dell'indennizzo debba o possa tradursi alla fine in una sorta di giudizio di equità nel caso concreto*.

Di tal genere è, ad esempio, la suggestione che deriva dalla lettura di alcune recenti decisioni. In un caso di teratocarcinoma testicolare seguito da orchietomia e metastasi lombo-aortiche, è stato ritenuto fatto di servizio non solo, e neppure tanto, la caduta dell'interessato, impegnato in attività di falegnameria, con conseguente schiacciamento del testicolo durante l'attività di servizio (la cui relazione con l'infermità è stata giudicata meramente possibile), quanto piuttosto la «assoluta sottovalutazione del problema da parte dei sanitari che, per obblighi professionali, erano tenuti ad operare con perizia e diligenza a salvaguardia della salute dei coscritti» e ciò sia per aver inizialmente diagnosticato una mera orchite, sia per «il mancato approfondimento dell'esatta natura della tumefazione» lamentata. A giudizio della Corte, sono proprio le «incongruenze nella tempestività e correttezza della diagnosi da parte dei sanitari» ad aver «svolto un ruolo concausale ai fini dell'aggravamento del diagnosticato carcinoma e della produzione dell'evento letale, tenuto conto del lungo lasso temporale (nella specie: cinque mesi) nel

⁶ Così SUPPES, *Intuizioni contrastanti sulla causalità*, in CAMPANER, *La causalità tra filosofia e scienza*, Bologna, Archetipolibri, 2007, ed ivi anche il capitolo introduttivo di EAD., *La causalità: prospettive e problemi*.

quale la malattia è stata lasciata progredire senza opporre argini terapeutici» (Corte Conti Lombardia, SG, 10 giugno 2008 n. 371). E sempre la stessa Corte, in un caso di TBC polmonare bilaterale escavativa, ha innervato la propria decisione sull'accertato «lungo periodo di assoluta sottovalutazione del problema tubercolare» da parte delle strutture sanitarie dell'amministrazione interessata, tanto da affermare che «sussiste il nesso di concausalità tra l'infermità letale ed il servizio militare sotto il profilo dell'inadeguatezza delle cure sanitarie apprestate al paziente durante i primi quattro mesi di manifestazione della patologia polmonare, erroneamente sottovalutata al contrario della concomitante bronchite» (Corte Conti Lombardia, SG, 24 maggio 2007 n. 306). A ben vedere, è difficile sfuggire alla suggestione che le forzature sul piano logico-giuridico siano in realtà destinate a risarcire, in qualche modo, il danno derivante dal comportamento negligente dell'amministrazione.

In ogni caso, dal punto di vista propriamente giuridico, il parametro normativo è ben noto: l'art. 64 del d.p.r. 29 dicembre 1973 n. 1092 stabilisce che le infermità e le lesioni che danno diritto al beneficio «si considerano dipendenti da fatti di servizio solo quando questi ne sono stati causa ovvero concausa efficiente e determinante», mentre si precisa che «fatti di servizio sono quelli derivanti dall'adempimento degli obblighi di servizio», a condizione, come pure si ricorderà, che la menomazione non «sia stata contratta per dolo o colpa grave» in virtù dell'art. 58 del d.p.r. 686 del 1957, la quale può consistere, ad esempio, nella guida imprudente di un automezzo di servizio (Corte Conti Toscana, SG, 19 febbraio 2008 n. 91). Alla luce di tale formulazione, ed ai fini del ragionamento che intendo proporre, gli snodi concettuali e pratici della fattispecie risultano essere prioritariamente: l'identificazione dei «fatti di servizio (...) derivanti dall'adempimento degli obblighi di servizio» la e qualificazione di tali «fatti» come causa o concausa di un determinato evento lesivo.

5. *Causa e fatti.*

Per quanto riguarda la questione della causa e della concausa, alla quale tuttavia non intendo consentire di fagocitare la mia attenzione in questa sede (⁷), una sommaria rassegna della giurisprudenza – soprattutto delle Corti superiori – consente di evidenziare la formale condivisione di alcuni principi di fondo. In effetti, se si effettua una ricerca sulle sentenze del Consiglio di Stato, restituite da una significativa banca data giuridica (Jurid Data TM 2/2009) sulla base dell'ampia e generica stringa di ricerca “causa concausa servizio”, si ha, per un verso, un rumoroso silenzio in

⁷ E quindi neppure indicare tutti i testi giuridici e medico-legali che trattano la questione. Per tutti, e solo per lo sforzo di ricognizione dei vari orientamenti giurisprudenziali: BORDON, *Il nesso di causalità*, Torino, Utet, 2006. Analogamente, per il punto di vista delle scienze medico-legali: FIORI, *La causalità nelle malattie professionali*, Riv. It. Med. Leg., 2006, p. 778 (I parte) 2007, p. 11 (II parte).

merito alla nozione di «causa», evidentemente anche a motivo di una sorta di *self-restraint* giurisprudenziale in presenza di organismi tecnici deputati all'accertamento della stessa, e si incontra, per altro e correlato verso, una sostanziale reiterazione del principio secondo cui «le infermità e le lesioni si considerano dipendenti da fatti di servizio solo quando questi ne sono stati causa ovvero concausa efficiente e determinante». In questa prospettiva, i giudici ritengono abitualmente che la concausa possa ritenersi *efficiente* «allorché connota la genesi della malattia (rapporto di causa ed effetto)», ponendosi «quale *causa principale*, anche se non esclusiva, nella genesi della malattia» (Cons. Stato, VI, 30 luglio 2003 n. 4400), mentre si qualifica *determinante* «allorché i fatti di servizio assurgono, invece, a ruolo di elementi preponderanti ed idonei ad influire sul determinismo del male, nel senso che in loro difetto questo non sarebbe insorto od aggravato» (Cons. Stato, IV, 20 marzo 2006 n. 1471 che richiama il precedente di Cons. Stato, VI, 10 agosto 2000 n. 4429). E tuttavia, occorre pure segnalare che la stratificazione normativa non impedisce, alla giurisprudenza, un recupero (almeno formale) delle definizioni più risalenti nel tempo. Così, ad esempio, si legge ancora di causa unica, diretta ed immediata e di concausa preponderante e necessaria (Corte Conti, III, p. c., 23 gennaio 1982 n. 48808), intesa a stregua di *conditio sine qua non* (Corte Conti, IV, p. m., 27 settembre 1979, n. 55393), nel senso che, «diversamente, l'affezione non si sarebbe verificata o avrebbe avuto, se già preesistente, una diversa evoluzione (Corte Conti Lombardia, SG, 28 novembre 2006 n. 672).

Per quanto riguarda, invece, l'identificazione dei *fatti di servizio* e la relativa valutazione giurisprudenziale, il punto di svolta credo possa essere ragionevolmente individuato nella decisione del Consiglio di Stato, IV, 9 aprile 1999 n. 601, che ha teorizzato, per la prima volta in modo esplicito, la distinzione tra discrezionalità tecnica e merito amministrativo: sindacabile la prima, insindacabile il secondo.

Dalla considerazione che il sindacato giurisdizionale sugli apprezzamenti tecnici può svolgersi in base non solo, e non più, al mero controllo formale ed estrinseco dell'iter logico seguito dall'autorità amministrativa, bensì anche in relazione alla verifica diretta dell'*attendibilità delle operazioni tecniche* sotto il profilo della loro correttezza quanto a criteri ed a procedimento applicativo, il Consiglio ha dedotto che, quando la tecnica è inserita nella struttura della norma giuridica, l'applicazione di un criterio tecnico inadeguato o il giudizio fondato su operazioni non corrette o insufficienti comportano un vizio di legittimità dell'atto. In conseguenza di ciò, l'accesso diretto ad un elemento del quadro fattuale, che costituisce il presupposto di legittimità di un provvedimento, non comporta la sostituzione del giudice in una valutazione di opportunità e convenienza della scelta amministrativa, ma si configura a stregua di «doveroso esercizio del

controllo giurisdizionale che esige la *cognizione piena dei profili di fatto* rilevanti nella fattispecie controversa».

Non è difficile intuire le conseguenze in termini processuali di tale orientamento, soprattutto ove si consideri che è principio consolidato della giurisprudenza quello che assegna valore probante soltanto a «fatti ed eventi concreti ed individuati in modo specifico, e non anche circostanze e condizioni generali siccome connaturate al progredire dell'età ed ai disagi propri, connaturati al tipo di attività lavorativa prestata» (TAR Lazio, I, 3 giugno 2008, n. 5398). Sul punto, però, è necessario evidenziare una diversità di accenti giurisprudenziali, ritenendosi, da alcuni, che tali fatti concreti debbano essere caratterizzati da una «ecceden(za rispetto al)le ordinarie condizioni di lavoro, con esclusione quindi delle circostanze e condizioni del tutto generiche, che costituiscono fattore di rischio ordinario in relazione alla singola tipologia di prestazione lavorativa (TAR Lazio, I, 3 aprile 2008 n. 2828) e reputandosi, da altri, che nella diffusa osservazione difensiva di parte resistente in ordine al fatto che «il servizio prestato, soltanto perché non caratterizzato da eventi di carattere eccezionale, non po(ssa) giustificare di per sé la dipendenza dell'infermità da causa di servizio», si annidi in verità un errore logico, «omettendo(si) di considerare, in definitiva, che proprio le *modalità ordinarie di espletamento dell'attività lavorativa (... possono essere) la causa dell'evento morboso che aveva colpito l'interessato*» (Cons. Stato VI, 11 agosto 2005, n. 4355). In entrambi i casi, tuttavia, si richiede che il «provvedimento che nega (...) la dipendenza da causa di servizio della infermità contratta da un pubblico dipendente, de(bba) basarsi su *indagini di fatto* dirette a valutare il tipo di infermità, l'ambiente nel quale l'attività lavorativa veniva prestata e la sua connessione con l'insorgere della malattia»; debba, cioè, essere coonestato da una «esauriente e completa istruttoria» (TAR Lazio Roma, III, 14 settembre 2007 n. 8918).

Così, ad esempio, a proposito dell'infarto miocardico la giurisprudenza ha ritenuto che il forte affaticamento fisico e psichico costituisce concausa efficiente e concorrente nel determinismo dell'infarto e che pertanto la rilevanza concausale del servizio, in ragione della multifattorialità tipica delle affezioni cardiache, non può ritenersi esclusa in presenza di uno stimolo legato ad una prestazione lavorativa particolarmente stressante protrattasi per lungo tempo (TAR Lazio Roma, II, 11 ottobre 2004 n. 10708). In altri termini, ove sia documentata un'attività continuativa faticosa e logorante del pubblico dipendente, il giudizio apodittico di esclusione della dipendenza da causa di servizio dell'infarto – fondato sulla sola circostanza della preesistenza di fattori di rischio o sulla tipicità delle mansioni svolte rispetto al profilo, alla qualifica o alla categoria di ascrizione – «costituisce applicazione di un criterio tecnico inadeguato» proprio in ragione della citata sentenza del Consiglio di Stato.

Ond'è che, ad esempio, ribaltando il giudizio del Comitato, un infarto, «ancorché in presenza di un substrato endogeno-costituzionale», è stato ricondotto alla causalità di servizio a cagione del «forte affaticamento fisico e psichico» derivante, nel caso concreto, dal fatto che l'interessato, operatore amministrativo ministeriale di V qualifica funzionale, «dopo la morte di altro commesso, aveva svolto da solo, tutte le mansioni proprie di commesso; (ed) inoltre (perché), per carenza di personale addetto allo specifico servizio, (aveva) altresì svolto da solo (...) il servizio di protocollo, compreso lo scarico degli atti, (nonché) la spedizione della corrispondenza, l'archiviazione delle pratiche, (ed aveva infine) svolto opera determinante nel trasferimento dell'Ufficio (...) in nuovi locali, sottoponendosi a fatiche non indifferenti per la sistemazione degli uffici e degli archivi». Insomma, a giudizio del Collegio, «le notevoli ed onerose mansioni del ricorrente si sono protratte ininterrottamente fino al collocamento a riposo, comportando attività certamente stressanti», in guisa tale che «alla stregua di tali risultanze circa le reali onerose condizioni di servizio del ricorrente (...) il generico disconoscimento di ogni efficiente rilievo concausale per fattori di disagio e di stress lavorativo, appare incongruo, insufficientemente esplicativo ed affetto comunque da vizi logici» (TAR Lazio Roma, III, 14 settembre 2007 n. 8918).

In proposito, e sulla stessa scia, merita di essere segnalata una recente decisione della Corte dei Conti Calabria, SG, 11 maggio 2009 n. 217, in un caso di cardiopatia ischemica con esito letale. A fronte del parere negativo del Comitato, ritenuto «genericamente motivato con l'affermazione che la cardiopatia ischemica è dovuta ad arteriosclerosi delle arterie coronariche, a sua volta causata da fattori genetici ereditari, familiari, abitudinari (fumo, sedentarietà) o da altre malattie (diabete mellito, ipertensione arteriosa) e che nelle abituali attività lavorative dei pubblici dipendenti non si rinvenivano fattori causali e/o concausali dell'arteriosclerosi», il giudice, sul presupposto che «secondo un'opinione ampiamente diffusa nella letteratura scientifica, in linea generale, non può essere disconosciuto il ruolo causale dello stress», ha affermato che «*assume rilievo il puntuale accertamento delle modalità qualitative e quantitative della prestazione di servizio*», all'esito del quale ha riconosciuto, nel caso discusso, la causalità di servizio.

L'altra faccia della medaglia che valorizza il controllo giudiziario sui fatti presupposti, è data dalla questione dell'*onere della prova*. Infatti, se nell'ambito del sindacato sulla discrezionalità tecnica il giudice amministrativo può avvalersi di una CTU, tale strumento non può supplire ad un onere probatorio non assolto dalla parte. Al riguardo la giurisprudenza amministrativa ha da tempo confermato l'applicazione della regola generale (art. 2697 cod. civ.) alla cui stregua spetta a chi agisce in giudizio indicare e dimostrare specificamente i fatti posti a fondamento delle pretese avanzate: «in questi casi, in sede istruttoria non si applica il sistema fondato sull'onere del principio di prova (fornito il quale il giudice amministrativo può acquisire d'ufficio atti e documenti ritenuti

necessari ai fini della composizione della lite) ma, in presenza di un rapporto caratterizzato da una situazione di parità fra le parti, vale unicamente il principio dispositivo con tutte le regole processuali ad esso correlate» (Cons. Stato, V, 23 novembre 1994 n. 1360; TAR Campania Napoli, III, 6 marzo 2007 n. 1385; TAR Lombardia Brescia, I, 16 giugno 2008 n. 655).

In effetti, il principio dispositivo attenuato con il metodo acquisitivo si giustifica in ragione dell'appartenenza degli elementi probatori in capo alla pubblica amministrazione. Laddove invece tali elementi rientrano nella disponibilità della parte privata occorre che il ricorrente supporti la propria domanda, allegando e dimostrando in giudizio tutti gli elementi costitutivi della sua pretesa. Nei giudizi, quali quello di specie, aventi ad oggetto il riconoscimento di una patologia come dovuta a causa di servizio, i dati medico-scientifici in base ai quali va compiuto l'accertamento rientrano – secondo la giurisprudenza – nella disponibilità del ricorrente in guisa tale che, «in presenza di un argomentato giudizio negativo da parte dell'amministrazione, spetta al primo fornire quanto meno un principio di prova a fondamento della sua pretesa (Cons. Stato, VI, 4 settembre 2007 n. 4621). La distribuzione dell'onere probatorio trova conferma anche nella giurisprudenza della Corte di Cassazione nel cui giudizio, esclusa ogni equiparazione dell'equo indennizzo ad una fattispecie di illecito, contrattuale o extracontrattuale derivante dalla violazione di eventuali obblighi del datore di lavoro ai sensi dell'art. 2087, ne deduce «che, in applicazione dei principi generali, è l'attore, cioè colui che pretende l'adempimento dell'obbligazione, a doverne provare il fatto costitutivo». E' sulla base di tali argomentazioni che – a mero titolo di esempio – alla richiesta di un magistrato con funzioni di sostituto procuratore che lamentava il mancato riconoscimento dell'origine professionale di spondiloartrosi diffusa con discopatia e scoliosi sinistro-convessa del rachide lombare, la Corte risponde semplicemente che «parte ricorrente non ha offerto convincenti elementi di valutazione intesi a far rilevare l'avvenuto svolgimento della prestazione lavorativa in condizioni particolarmente disagiati, trattandosi di attività intrinsecamente connesse con la sostanza prestazionale connotante lo svolgimento delle funzioni di magistrato» (TAR Lazio Roma, I, 3 aprile 2008 n. 2828). Per quanto cacofonica, ed anzi proprio brutta, l'endiadi «sostanza prestazionale» concorre a rendere esattamente l'idea della funzione cardinale assunta dalla *valutazione effettiva e fattuale*, e in questo senso sostanziale, delle attività di servizio prestato, al di là ed oltre delle mere declaratorie contrattuali relative a categoria, qualifica e profilo.

6. Causalità “del” servizio.

Volendo trarre alcune provvisorie conclusioni dalla ricognizione proposta, credo sia ragionevole mettere in evidenza una (tradizionalmente trascurata) *priorità logica dell'accertamento dei fatti di servizio rispetto alla questione della riconducibilità ai medesimi dell'infermità*

lamentata e quindi della relativa qualificazione in termini di causa o concausa. A ben vedere, infatti, la lettura delle sentenze consente di evidenziare una precisa opzione giudiziaria orientata a revocare in dubbio – in virtù di un «accesso diretto» e nell’ambito di una «cognizione piena» – propriamente ed essenzialmente la ricostruzione fattuale delle condizioni di servizio in quanto presupposto di legittimazione del provvedimento amministrativo e condizione di validità dell’accertamento tecnico-discrezionale, intervenendo, per questa via, sulla stessa correttezza metodologica nella valutazione del nesso di causalità.

A tale stregua, e proprio sulla base degli orientamenti giurisprudenziali, l’accertamento della causalità assume una necessaria, specifica e singola valenza, giacché specifiche e singolari sono, e non potrebbe essere diversamente, le modalità di svolgimento dell’attività di lavoro. Per tale motivo, probabilmente *non di causalità “di” servizio dovrebbe parlarsi, bensì di causalità “del” servizio in concreto prestato.*

A conferma di ciò, è interessante segnalare una recente decisione della Corte di Cassazione, secondo cui «le differenze tra equo indennizzo e rendita per malattia professionale – esistenti sotto diversi profili – concernono anche il nesso eziologico tra infermità ed attività lavorativa, atteso che, con riferimento all’indennizzo, la riconducibilità delle infermità alle specifiche modalità di svolgimento delle mansioni inerenti alla qualifica rivestita (quali luoghi di lavoro, turni di servizio, ambiente lavorativo, ecc.) rientrano tra i fatti costitutivi del diritto, mentre la rendita – richiedendo che la malattia sia contratta nell’esercizio o a causa della lavorazione svolta – implica uno stretto nesso tra patologia ed attività lavorativa, che in caso di fattori plurimi deve costituire la *conditio sine qua non* della malattia» (Cass. 26 agosto 2005 n. 17353). In applicazione di tale principio la Corte ha cassato (con rinvio) la sentenza di merito che, in riferimento all’equo indennizzo, non aveva accertato il nesso causale mediante l’analisi delle modalità di espletamento del servizio, per di più in presenza di malattie con molteplici fattori genetici.

L’accertamento delle «specifiche modalità di svolgimento delle mansioni inerenti alla qualifica rivestita» certo non è semplice, dal momento che a tal fine poco rilevano (in positivo o in negativo) le astratte formulazioni dei mansionari e dei profili professionali, e molto, invece, la specificità concreta della quotidiana attività di lavoro. Non è privo di significato che proprio i caratteri di quest’ultima dovrebbe costituire *oggetto di non generica né distratta valutazione da parte del Comitato*, ma anche (meglio: ancor prima e soprattutto) adempimento di uno *specifico obbligo informativo dell’amministrazione*, con le intuibili conseguenze nel caso di informazione parziale o erronea o, peggio, colpevolmente travisata. E non è chi non veda come da tale analisi potrebbero emergere serie conseguenze in tema di risarcimento e di responsabilità per violazione di specifiche norme di legge o di contratto collettivo, dal momento che modalità non idonee di

svolgimento delle mansioni spesso derivano dalla violazione delle regole legali e contrattuali di organizzazione e gestione del lavoro nelle pubbliche amministrazioni.

7. Indennità, retribuzione e previdenza.

Non è infatti da sottovalutare il recente incremento del contenzioso connesso alla coesistenza processuale dell'azione di riconoscimento dell'equo indennizzo con quella destinata ad accertare il diritto al risarcimento dei danni per violazione dell'art. 2087 cod. civ. o per violazione del principio del *neminem laedere*. Questione, questa, che la giurisprudenza abitualmente risolve sulla base di una pertinente differenziazione e specificazione della natura giuridica e della funzione dell'equo indennizzo rispetto ad altre forme risarcitorie.

In effetti, che l'equo indennizzo non abbia natura di risarcimento danni è affermazione pacifica: quell'indennizzo è infatti dovuto anche per eventi non correlati ad una previa affermazione di responsabilità dell'amministrazione. Inoltre, il risarcimento del danno rappresenta la reintegrazione in forma specifica e per equivalente monetario di un pregiudizio provocato dall'altrui fatto doloso o colposo o comunque illecito e comporta il ripristino della posizione del danneggiato in termini integralmente soddisfattivi. Viceversa, l'equo indennizzo è un *«beneficio che l'Amministrazione attribuisce al proprio dipendente per la perdita dell'integrità fisica subita a causa del servizio e per il disagio che ne deriva»*. Di talché, si afferma, la concessione dell'equo indennizzo è deputata non alla protezione del bene dell'integrità fisica, che è solo occasione dell'erogazione, ma della *«speciale condizione del dipendente, divenuto infermo in ragione del suo rapporto con l'Amministrazione e del servizio prestato, sicché il fine della provvidenza de qua non è risarcitorio, ma si inserisce nell'ambito di un sinallagma in cui si intrecciano prestazioni e controprestazioni di contenuto plurimo»*: questa, almeno, è l'opinione di Cass., SU, 7 marzo 2003 n. 3438.

E tuttavia, sulla natura dell'equo indennizzo non vi è unanimità di vedute. Per la Cassazione *«l'equo indennizzo, che si sostanzia nel porre a carico del datore di lavoro un'obbligazione pecuniaria strettamente inerente al rapporto di lavoro e che nasce per effetto dell'insorgenza di una infermità cagionata dalla prestazione di servizio, non ha natura previdenziale ma ha natura giuridica retributiva in senso lato, ancorché sia funzionalmente destinata a riparare un pregiudizio»* (Cass. 8 novembre 2006 n. 23742). L'affermata natura retributiva è conforme all'orientamento espresso, in particolare, dalle sezioni unite della Corte di Cassazione, che hanno costantemente affermato *«l'inerenza dell'istituto e della relativa obbligazione al rapporto di lavoro, escludendone la riconducibilità ad un autonomo rapporto previdenziale, sia ai fini dell'attribuzione della competenza alla giurisdizione amministrativa esclusiva in materia di impiego pubblico, sia con*

specifico riguardo all'applicazione dell'art. 429 c.p.c. ai crediti per equo indennizzo dei dipendenti delle ferrovie dopo la privatizzazione, definiti crediti di lavoro» (Cass. 27 agosto 2003 n. 12547), sia, da ultimo, per quanto riguarda il governo delle spese, ai fini di disporre l'inapplicabilità del disposto dell'art. 152 disp. att. cpc alle relative controversie (Cass., SU, 17 giugno 2004 n. 11353).

Più incerto ed ondivago, invece, l'orientamento della giurisprudenza amministrativa: la natura del credito per equo indennizzo è stata qualificata ora come retributiva (Cons. Stato, IV, 20 novembre 2008 n. 5759), ora come indennitaria ad «indiscutibile carattere previdenziale» (Cons. Stato, IV, 20 settembre 2005 n. 4850), ora infine come propriamente previdenziale (Cons. Stato, CS, 10 novembre 1994 n. 334, costituendo esso, secondo alcuni giudici, «una acquisizione patrimoniale non destinata all'ordinario mantenimento del beneficiario»: così TAR Lazio, II, 14 luglio 1993 n. 791). D'altronde, anche la Corte dei Conti (sez. III, 21 febbraio 1979 n. 42221), ha talvolta reputato che il «ricorso alla stessa procedura stabilita per la liquidazione del trattamento pensionistico privilegiato, previsto dalla legge per far luogo al riconoscimento del diritto all'equo indennizzo non costituisce semplice mutuaione di uno strumento tecnico-giuridico (...), ma rivela la sostanziale e incontrovertibile omogeneità della natura dei due istituti che, pur mantenendo una propria individualità, costituiscono sub-specie riconducibili all'*unica categoria concettuale del rapporto pensionistico-previdenziale*» (con la conseguenza che l'equo indennizzo è un rapporto previdenziale che dà luogo alla concessione di un beneficio la cui erogazione fa carico all'erario, tant'è che «le controversie insorte appartengono alla competenza della Corte»).

In verità, se si considera la coincidenza del soggetto erogante con il datore di lavoro è difficile concordare con chi afferma la natura previdenziale dell'indennità (anche in considerazione di quanto dispone l'ordinamento comunitario, come il recente caso dell'età pensionabile delle dipendenti pubbliche ha clamorosamente evidenziato). Più corretto è dunque propendere per la natura retributiva del medesimo indennizzo: natura che trova giustificazione nella *corrispettività genetica* dell'erogazione con il contratto di lavoro (e con l'assetto degli obblighi e dei diritti da esso nascenti) e che non può certo essere esclusa assumendo che quella stessa erogazione non sia destinata al mantenimento ordinario dell'interessato (che è osservazione di carattere naturalistico e che non considera i caratteri giuridici, e quindi formali, che l'ordinamento richiede al fine di poter considerare una erogazione a stregua di retribuzione).

Questione diversa dalla natura è quella della *funzione*, indubbiamente plurima e polimorfa, che la medesima erogazione può assumere: di riparazione, ad esempio, di un pregiudizio (Cass. 8 novembre 2006 n. 23742) ma anche di ristoro equitativo delle menomazioni subite (Cass. 11 ottobre 2007 n. 21332). Proprio per questo motivo, la giurisprudenza amministrativa più recente tende ad assimilare l'indennizzo ad una delle tante indennità che l'amministrazione conferisce ai propri

dependenti in relazione alle vicende del servizio, con funzioni di graduazione e di equa distribuzione di compensi aggiuntivi.

La questione non sembri meramente teorica. Dall'assunzione dell'una o dall'altra prospettiva derivano conseguenze notevolmente differenti. Così, se si assume che l'indennizzo ha natura retributiva, allora dovrà trarsi la logica conseguenza che la materia della causalità di servizio in relazione all'equo indennizzo rientra nel novero di quelle su cui può intervenire la contrattazione collettiva ed anzi a questa ora affidata dall'art. 3 comma 2 lett. a) della legge 4 marzo 2009 n. 15 ai cui sensi, appunto, «è riservata alla contrattazione collettiva la determinazione dei diritti e delle obbligazioni direttamente pertinenti al rapporto di lavoro».

8. Per una ricostruzione del sistema.

Volendo trarre dalle osservazioni fin qui proposte alcune osservazioni finali, credo che l'attenzione debba essere richiamata almeno su tre circostanze.

La prima è relativa alla rilevanza dei *fatti di servizio* nella disciplina della causalità di servizio. Tradizionalmente assorbita dall'accertamento del nesso causale, credo sia mancata una riflessione critica sui profili di metodo e di merito relativi all'esatta individuazione e delimitazione dei fatti di servizio da prendere in considerazione ai fini specifici dell'applicazione della disciplina ordinamentale. Conferma di ciò è data dall'ambivalenza giurisprudenziale nel radicare la causa rilevante ai fini dell'indennizzo ora in specifici ed eccezionali eventi, ora, invece, nelle stesse modalità ordinarie di svolgimento dell'attività quotidiana di lavoro. La questione non è di poco momento, se si considera che, in entrambi i casi, l'accertamento medico-legale e la valutazione giurisprudenziale dovrebbero assumere consapevolmente, a stregua di parametro di riferimento, l'assetto normativo che vuole i fattori di rischio, organizzativo e professionale, oggetto di precisa indicazione nel documento di valutazione dei rischi, in guisa tale che potrebbe risultare difficile negare la riconducibilità a causalità di servizio di patologie connesse a fattori di rischio già evidenziati in quella stessa sede, soprattutto nel caso in cui non siano stata data attuazione al programma di prevenzione e di riduzione del rischio eventualmente indicato (⁸).

La seconda circostanza è relativa alla *qualificazione giuridica*, ed ai relativi effetti sul piano della disciplina concreta, dell'indennizzo derivante dall'accertata causalità di servizio. Ho segnalato prima, in forma oltremodo stringata, che dall'analisi del diritto vivente potrebbe trarsi la logica conclusione della pertinenza della relativa disciplina alla sfera giuridica proprio del rapporto di lavoro e conseguenzialmente, dal momento che quell'indennizzo costituisce una erogazione monetaria geneticamente corrispettiva con il contratto di lavoro, alla sfera di competenza riservata

⁸ Cfr. CACIARI, CIPRANI, MOROCA, ROCA, *Patologia da lavoro e norme prevenzionistiche. Riflessioni sulle normative vigenti per la pubblica amministrazione*, in *Dif. Sociale*, 2001, 4, p. 129.

delle parti collettive. Se così dovesse alla fine ritenersi, allora l'intero sistema della causalità di servizio andrebbe ripensato, mutando *l'assetto (anche costituzionale) degli interessi in gioco*, a partire dalla funzione ancillare degli organismi tecnici rispetto agli interessi ed agli obiettivi del datore di lavoro pubblico che difficilmente, peraltro, potrebbero essere ricondotti a principi di solidarietà generale.

La terza, ed ultima, è relativa alla evidente ed urgente necessità di *riportare a sistema* il complesso normativo ed organizzativo che disciplina la causalità di servizio nel pubblico impiego, mediante un adeguato e pertinente processo di *reductio ad unitatem piuttosto che di improbabile reductio ad unum* (risultando veramente arduo, proprio a motivo degli interessi in campo, assimilare il personale civile, contrattualizzato, con quello militare, non contrattualizzato). Frutto di un secolare processo di alluvionale stratificazione di leggi, regolamenti, prassi e sentenze quella disciplina sembra caratterizzata da una grande forza di inerzia, derivante dalla massa considerevole dei materiali normativi che la compongono e dalla velocità conseguita nel percorso secolare che la contraddistingue. Da qui la difficoltà di governo del sistema, peraltro caratterizzato dalla presenza di molte leve di comando, ognuna delle quali destinata ad assicurare un limitato ambito di manovra. Eppure, proprio in queste situazione a me pare oltremodo necessaria una elevata capacità ed agilità di manovra, se necessario anche ricostruendo in profondità il sistema, per impedire che l'attenzione alla spendita di risorse pubbliche possa pregiudicare la tutela costituzionale della salute, ma anche per evitare abusi di tutela che molto hanno a che fare con il *privilegio corporativo anziché con i sistemi privilegiati*, ovvero non universali, di tutela della salute dei lavoratori alle dipendenze di una pubblica amministrazione.

PRIMA SESSIONE
LA CAUSA DI SERVIZIO, OGGI

Presidente

G. Sciaudone, *Professore Emerito di Medicina Legale, Seconda Università degli Studi di Napoli*

Moderatore

G. Guadagno, *Presidente della Commissione Medica di Verifica di Napoli*

Danno biologico, danno morale e capacità lavorativa: nuove esigenze di armonizzazione valutativa in tema di causalità di servizio e speciali elargizioni dello Stato

Col. Me. **Luigi LISTA**

Capo Ufficio Politica Sanitaria Generale – Stato Maggiore Difesa – Ufficio Generale della Sanità Militare

Presidente Commissione Medica di Verifica di Roma

Membro Comitato di Verifica per le Cause di Servizio

Nell'ambito degli Istituti normativi concernenti la causalità di servizio e le speciali elargizioni dello Stato, la valutazione medico-legale del danno alla persona è rimasta essenzialmente ancorata alle ormai famose tabelle della pensionistica di guerra; cosicché, si è continuato ad operare con tali tabelle in quanto esse sono rimaste e sono tuttora lo strumento per la valutazione del danno in tema di dipendenza da causa di servizio, dei conseguenti benefici nonché di altri indennizzi.

Negli ultimi quindici anni, tuttavia, la natura di alcune prestazioni a carattere indennitario ha fatto apprezzare immediatamente come inappropriate e difficilmente applicabili tali tabelle che, come è noto, fanno riferimento alla perdita o menomazione della capacità lavorativa generica.

Infatti, tale riferimento è desumibile dall'articolo 2 del DPR 915/78 che prevede: *“Ai militari delle Forze armate, agli appartenenti ai Corpi o servizio ausiliari....che abbiano in guerra riportato ferite o lesioni o contratto infermità da cui sia derivata perdita o menomazione della capacità lavorativa generica, e ai loro congiunti, quando dalle predette ferite, lesioni o infermità sia derivata la morte, sono conferite pensioni, assegni o infermità ...”*.

Inoltre, nel tempo tanto si è detto e si è scritto nel merito di alcune voci tabellari di infermità e lesioni, che risentono sicuramente degli effetti politico-sociali delle epoche in cui nascono unitamente alla stessa finalità per cui vengono previste; il momento storico di periodi bellici e post-bellici hanno fatto privilegiare, sotto il profilo valutativo, le mutilazioni e le lesioni, ma non poca importanza veniva attribuita ad esempio, tra le altre, a malattie come la tubercolosi ed ai suoi esiti che vediamo comparire addirittura, ancora oggi, tra le superinvalidità.

Già negli anni '60, ma in particolare dagli anni '80 si pone l'esigenza di dover valutare in termini percentualistici il danno alla persona, sempre con riferimento al criterio tabellare

pensionistico che, storicamente, nasce con il R.D. 21 febbraio 1895, n. 705 non facendo distinzione tra pensionistica privilegiata ordinaria e di guerra. La nota sentenza della Corte dei Conti (Sez. II speciale pens. Guerra n. 53491 del 1.06.1960), che è stata per mezzo secolo unico riferimento, si era basata proprio sull'art. 3 del citato decreto Luogotenenziale nella valutazione (ai fini della liquidazione indennitaria) della menomazione della capacità lavorativa corrispondente alla categoria di pensione; cosicché tale rispondenza era stata dettata dalla Giurisprudenza e non dalla legge.

Infatti, l'art. 3 del D.Lgs n. 876/17 prevede: *"...per le infermità ascritte alla prima categoria dell'allegata tabella A, la pensione è liquidata nella misura stabilita dall'art. 100, primo comma, del testo unico 21.2.1895, n. 70, ovvero 100%, e per le infermità ascritte alle altre categorie, dalla seconda all'ottava inclusa, è ragguagliata rispettivamente all'80, 75, 70, 60, 50, 40, e 30 per cento della pensione corrispondente infermità di prima categoria"*.

Il vigente testo unico approvato con DPR 1092/73 con l'art. 67 ha conservato lo stesso principio correggendo e ragguagliando, rispettivamente la 2^a e 3^a categoria al 90 e 80 per cento.

È evidente che il legislatore intende riferirsi a percentualizzazioni indennitarie e non a riduzioni della capacità lavorativa generica. Il citato Consesso, senza preoccuparsi dei contenuti delle tabelle e delle categorie, per la stima medico-legale delle menomazioni ha ritenuto di poter applicare le percentuali dell'importo della pensione a quello della riduzione della capacità lavorativa generica: *"... le percentuali di cui al decreto luogotenenziale 20 maggio 1917, n. 876 proprio perché concernenti la misura delle pensioni – possono con criterio giuridico sufficientemente preciso ritenersi corrispondenti al grado di diminuzione di capacità lavorativa determinata dalle infermità ascrivibili alle rispettive categorie"* (Sez. II giurisd. Pens.guerra, sent. N. 53491 del 1.06.1960). Questa interpretazione fu universalmente accettata, secondo il seguente schema:

CATEGORIA DI PENSIONE	RIDUZIONE CAPACITÀ LAVORATIVA GENERICA
1 ^a ctg Tab. A	100% - 80%
2 ^a ctg Tab. A	80% - 75%
3 ^a ctg Tab. A	75% - 70%
4 ^a ctg Tab. A	70% - 60%
5 ^a ctg Tab. A	60% - 50%
6 ^a ctg Tab. A	50% - 40%
7 ^a ctg Tab. A	40% - 30%
8 ^a ctg Tab. A	30% - 20%
Tab. B	20% - 10%

Fino alla promulgazione delle prime tabelle di legge per la valutazione del danno biologico con il D.M. 12 luglio 2000, in esecuzione a quanto previsto dal D.lgs 38/2000, il legislatore già in più occasioni, per alcuni istituti normativi a carattere indennitario in cui era necessario far riferimento al valore percentuale del punto, era stato costretto a ricorrere comunque a tabelle, con indicazioni percentualistiche del danno riferite all'attitudine del lavoratore medio di cui al D.P.R. 1124/65 (INAIL) oppure alla perdita o riduzione della capacità lavorativa generica, semispecifica o specifica di cui al D.M. 5 febbraio 1992 (Invalidità civile).

Ed è così che a seguito della promulgazione della Legge 3 agosto 2004 n. 206 (Nuove norme in favore delle vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice) e della Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006) si vengono a delineare veri e propri nuovi profili medico-legali nell'ambito della causalità di servizio e della valutazione del danno concernenti le elargizioni a favore delle vittime del dovere, dei dipendenti pubblici rimasti invalidi nell'adempimento del loro dovere e dei cittadini o degli apolidi vittime del terrorismo, delle stragi e della criminalità organizzata.

Per tali istituti normativi, forse, si è verificata e si sta verificando una vera e propria svolta epocale che, nei primi momenti di applicazione, ha messo a dura prova gli organismi sanitari competenti ed anche gli stessi organismi in sede giurisdizionale.

Infatti non poche sono state le difficoltà applicative da parte delle Commissioni Mediche Ospedaliere e del Comitato di Verifica per le Cause di Servizio per i predetti istituti normativi, allorquando, occorre far riferimento ad una "causa di servizio nella causa di servizio" oppure, in sede di valutazione del danno alle tabelle pensionistiche di guerra di cui al D.P.R. 915/78, di privilegio ordinario di cui al D.P.R. 834/81 e, contestualmente, percentualizzare sulla base delle tabelle del D.P.R. 1124/65 o sulla base del D.M. 5 febbraio 1992.

Sulle problematiche connesse alla valutazione del danno, occorre inoltre evidenziare che per tali istituti normativi, forse, si era venuta a verificare la più complessa disarmonia valutativa e la necessità di una soluzione che, in assenza di una fonte primaria, risultava davvero complicata, vedremo come sarà lo stesso Giudice del Tribunale di Genova a definirla tale.

Infatti le seguenti Leggi ed i rispettivi regolamenti hanno previsto, già nel tempo:

- 1) Legge n. 466/80 - Speciali elargizioni a favore di categorie di dipendenti pubblici e di cittadini vittime del dovere o di azioni terroristiche - e D.M. 30.10.1980 - art. 8: Le CMO "... esprimono il giudizio con riferimento alle categorie dalla prima all'ottava della tabella A annessa al decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni, percentualizzando la invalidità sulla base delle tabelle previste dal decreto del

Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, di approvazione del testo unico delle disposizioni sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro”.

- 2) Legge n. 302/90 – Norme a favore delle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata – e D.M. 377/92 – art. 6: *La CMO esprime: “... anche la corrispondenza della invalidità riscontrata ad una delle categorie dalla prima alla ottava della tabella A annessa al decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni. Essa percentualizza la invalidità sulla base delle tabelle previste dal decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, adottando, in caso di difformità, il trattamento più favorevole”.*
- 3) D.P.R. n. 364/94 - Regolamento recante semplificazione dei procedimenti di concessione di elargizioni a favore delle vittime del dovere, dei dipendenti pubblici rimasti invalidi nell'adempimento del loro dovere e dei cittadini o degli apolidi vittime del terrorismo e della criminalità organizzata - art. 10: *“La percentualizzazione delle invalidità di cui alle leggi 13 agosto 1980, n. 466 e 20 ottobre 1990, n. 302, è operata sulla base della vigente tabella per i gradi della invalidità civile approvata, in conformità all'articolo 3, comma 3, della legge 29 dicembre 1990, n. 407, con decreto del Ministero della sanità 5 febbraio 1992 e successive modifiche e integrazioni”.*
- 4) D.P.R. n. 510/99 - Regolamento recante nuove norme in favore delle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata - abrogando il precedente D.P.R. 364/94, all'art. 5 prevede: *“... la CMO della Sanità Militare... Esprime il giudizio sanitario sulle cause delle ferite o lesioni che hanno determinato il decesso o la invalidità. Accerta il grado dell'eventuale invalidità riscontrata, stabilisce la percentuale dell'invalidità e dell'eventuale aggravamento ...”.*

La disamina delle disposizioni fin qui esposte ci consente di evidenziare che allo stato attuale, forse per una svista del legislatore, sussiste l'assenza completa di disposizioni ed, in particolare, di riferimenti medico-legali di valutazione percentuale del danno, sia con riguardo alla capacità lavorativa che al danno biologico.

Per un quadro complessivo aggiornato della situazione attuale della complessa materia fin qui trattata, occorre annoverare l'importantissima previsione normativa contenuta nella citata Legge finanziaria 266/2005 laddove al comma 564 contempla: *“Sono equiparati ai soggetti di cui al comma 563 coloro che abbiano contratto infermità permanentemente invalidanti o alle quali consegua il decesso, in occasione o a seguito di missioni di qualunque natura, effettuate dentro e fuori dai confini nazionali e che siano riconosciute dipendenti da causa di servizio per le particolari condizioni ambientali od operative”.*

Con il regolamento approvato con il D.P.R. 243/2006 è stato previsto espressamente:

All'art. 1 – Definizioni – ha chiarito in modo preciso i concetti di “Missioni” e “Particolari condizioni ambientali ed operative” definendoli nelle relative, lettere b) e c): “per missioni di qualunque natura, le missioni, quali che ne siano gli scopi, autorizzate dall'autorità gerarchicamente o funzionalmente sopraordinata al dipendente”; “Per particolari condizioni ambientali od operative, le condizioni comunque implicanti l'esistenza od anche il sopravvenire di circostanze straordinarie e fatti di servizio che hanno esposto il dipendente a maggiori rischi o fatiche, in rapporto alle ordinarie condizioni di svolgimento dei compiti di istituto”.

All'art. 5 – Percentualizzazione della invalidità permanente – ha stabilito lo strumento di valutazione del danno: “La percentuale della invalidità permanente, viene valutata in base alle tabelle per i gradi di invalidità e relative modalità d'uso, approvate con il decreto del Ministero della sanità 5 febbraio 1992 e successive modificazioni. La percentualizzazione del danno biologico viene valutata in base alla tabella delle menomazioni e relativi criteri applicativi, approvata con decreto del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale 12 luglio 2000 e successive modificazioni”.

Così finalmente, per la prima volta è stato utilizzato un corretto criterio di valutazione qualitativo e quantitativo del danno alla persona che, peraltro, approda anche, seppur limitatamente, in tema di dipendenza da causa di servizio.

Ma le problematiche emergono notevolmente, quando i destinatari delle “Nuove norme in favore delle vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice” introdotte dall'art. 6 della Legge 206/2004, non vedono soddisfatte le loro aspettative dagli accertamenti secondo cui “Le percentuali di invalidità già riconosciute e indennizzate in base ai criteri e alle disposizioni della normativa vigente alla data di entrata in vigore della presente legge sono rivalutate tenendo conto dell'eventuale intercorso aggravamento fisico e del riconoscimento del danno biologico e del danno morale”.

Se da un lato il danno biologico, già approdato per effetto del citato D.P.R. 243/06 nei nuovi compiti delle Commissioni mediche della Sanità Militare, poteva sicuramente soddisfare le aspettative dei destinatari, molte ombre rimanevano ed ancora rimangono sul Danno Morale, sia per la sua quantificazione e sia per l'individuazione dell'autorità competente alla sua valutazione.

Infatti, tra gli altri, tale problema si inseriva in una serie previsioni ed istituti da armonizzare per i quali è stato necessario nominare un Commissario Straordinario di Governo (D.P.R. 18 settembre 2006) ed emanare la Direttiva di indirizzo, approvata con D.P.C.M. 27 luglio 2007, al fine di garantire una coerente e coordinata attuazione della citata Legge 206/2004.

In tale Direttiva viene dato particolare rilievo alla disposizione della legge n. 206 del 2004 che dispone la rivalutazione delle percentuali di invalidità già riconosciute ed indennizzate, in

conseguenza dell'eventuale intercorso aggravamento fisico e del riconoscimento del danno biologico e morale (art. 6, comma 1).

Sulle modalità di attuazione di tale disposizione da parte dei competenti organi sanitari, si è espresso il Consiglio di Stato – I Sezione – con il parere n. 565/06, espresso in sede consultiva, nel senso che la condizione globale della salute della vittima del terrorismo, nei suoi aspetti fisici, psichici e morali che abbiano riflesso permanente sulla capacità lavorativa, va valutata – caso per caso – dalla C.M.O. sulla base del danno complessivo non patrimoniale subito, con l'espressione di un unico valore percentuale di invalidità permanente.

In proposito, nella stessa direttiva si è reso opportuno rivolgere un invito alle competenti Direzioni generali dei Ministeri della difesa e dell'interno perchè le commissioni mediche ospedaliere, competenti ai sensi dell'*art. 5 del decreto del Presidente della Repubblica n. 510 del 1999*, tengano sempre conto nelle proprie valutazioni tecniche di quanto previsto dall'*art. 6, comma 1, della legge n. 206 del 2004*.

Venerdì 12 Giugno u.s., il Consiglio dei Ministri ha approvato lo schema di regolamento, adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 1, lettera b) della legge 23 agosto 1988, n. 400, che ha il fine di attuare e integrare l'articolo 6, comma 1, della legge 3 agosto 2004, n. 206, determinando i criteri con i quali calcolare l'aggravamento fisico, il danno biologico e quello morale, individuando come valore finale, in ottemperanza a quanto previsto nel citato parere del Consiglio di Stato, una percentuale unica di invalidità. In particolare, i criteri dettati hanno l'obiettivo di fornire alle Commissioni mediche modalità operative per l'accertamento e la valutazione della invalidità permanente, del danno biologico e del danno morale, quali singole componenti della percentuale unica di invalidità complessiva.

La necessità di individuare tale soluzione emerge dalla predetta analisi dell'evoluzione della normativa che, nel tempo, ha disciplinato la materia dell'indennizzo delle vittime del terrorismo, ma che al momento presenta la citata lacuna.

Peraltro, anche in ordine alla nozione di danno biologico, il legislatore primario, nel citato articolo 6 della legge n. 206/2004, non ha fornito alcun criterio né per la sua definizione, né per la sua quantificazione. Il danno biologico è comunque già da tempo entrato tra le competenze valutative delle Commissioni mediche (cfr. art. 5 D.P.R. 243/2006 in materia di provvidenze alle vittime del dovere) con parametri valutativi e criteri medico-legali sorretti da precise disposizioni normative. Il danno biologico ha visto la sua genesi in pronunce giurisprudenziali, avallate anche da decisioni della Corte costituzionale (per tutte cfr. sent. n. 184 del 30. giugno 1986, poi superata dalla successiva sentenza n. 372/1994), che hanno individuato il fondamento di tale categoria di danno nella necessità di tutelare il bene salute, costituzionalmente garantito. Dopo decenni di giurisprudenza, il legislatore ha fornito una nozione di danno biologico nel Codice delle assicurazioni private (d.lgs 7 settembre 2005, n. 209). Al fine di garantire, con il nuovo intervento normativo, omogeneità rispetto alla disciplina esistente, il danno biologico viene definito attraverso il richiamo alla nozione contenuta negli articoli 138 e 139 del Codice delle assicurazioni private. Tale opzione è in linea con le motivazioni della decisione delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione. La sentenza in tema di danno non patrimoniale stabilisce che gli articoli citati del Codice delle assicurazioni private *“individuano il danno biologico e ne danno una definizione suscettiva di generale applicazione in quanto recepiscono i risultati*

ormai definitivamente acquisiti di una lunga elaborazione dottrinale e giurisprudenziale” (cfr. sentenza 11 novembre 2008, n. 26972).

Infatti per danno biologico, ai fini dell’emanando regolamento, si intende: *“la lesione di carattere permanente all’integrità psico-fisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale che esplica un’incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito”*.

Più complessa è l’individuazione della definizione e dei criteri di liquidazione del *danno morale*, in quanto la legge n. 206/2004 ha previsto, per la prima volta, che sia un organismo sanitario e, segnatamente, la Commissione medica, a compiere tale liquidazione, senza però indicare alcun elemento sulla base del quale la valutazione debba essere determinata. Tradizionalmente il danno morale rappresentava l’unica categoria di danno non patrimoniale e veniva limitato al c.d. danno “da reato” disciplinato normativamente dall’articolo 2059 codice civile e dall’articolo 185 codice penale. I ristretti limiti di questa interpretazione, sono stati superati dalle note sentenze della Corte di Cassazione n. 8827 e n. 8828 del maggio 2003, con le quali il danno non patrimoniale è stato svincolato dai ristretti limiti dell’art. 185 c.p.. La Suprema Corte ha superato il precedente orientamento giurisprudenziale, che riconosceva il danno patrimoniale solo in presenza di un fatto reato, individuandolo in ogni ipotesi in cui sia lesa un valore fondamentale inerente la persona. Questa evoluzione ha trovato conferma in una sentenza della Corte costituzionale (sent. n. 233 del 30 giugno 2003) nella quale si è affermata la necessità di fornire un’interpretazione costituzionalmente orientata dell’articolo 2059 c.c., tesa a *“ricomprendere nell’astratta previsione della norma ogni danno di natura non patrimoniale derivante da lesioni inerenti la persona”*. Alla luce della evoluzione giurisprudenziale esposta, il legislatore primario ha potuto rimettere ad un organo non giurisdizionale la valutazione del danno non patrimoniale, anche *sub specie* di danno morale, proprio in quanto non è più necessario, per la sussistenza di tale danno, il verificarsi di un illecito e la sua qualificazione come reato in tutti i suoi elementi oggettivi e soggettivi, accertamento che nel nostro ordinamento è proprio dei soli organi giurisdizionali.

Anche la nozione di danno morale è stata oggetto della richiamata decisione delle Sezioni Unite della Cassazione (sent. n. 26972/2008 cit.) che hanno affermato la necessità di superare la limitazione propria della tradizionale figura del *“danno morale soggettivo transeunte”*, *“poiché la sofferenza morale cagionata dal reato non è necessariamente transeunte, ben potendo l’effetto penoso protrarsi per lungo tempo”*. La Suprema Corte ha precisato che il danno morale non *“individua un’autonoma sottocategoria di danno, ma descrive, tra i vari pregiudizi non patrimoniali, quello costituito dalla “sofferenza morale”, cioè “dalla sofferenza soggettiva cagionata dal fatto reato in sé considerato”*. E questa conclusione è stata quasi letteralmente mutuata per definire, nel nuovo intervento normativo, il danno morale.

Date tali premesse è, comunque, necessario individuare, con fonte regolamentare, i parametri per la determinazione del danno morale, se si considera che le Commissioni mediche, diversamente dall’autorità giudiziaria, alla quale è stata da sempre rimessa la determinazione dei danni morali attraverso il parametro equitativo, hanno una capacità di apprezzamento e mezzi di indagine che non possono andare oltre quelli riguardanti la sfera della valutazione dei danni all’integrità psico-fisica dell’individuo. Sul punto appare opportuno evidenziare che la Suprema Corte, nella richiamata sentenza ha affermato che il danno non patrimoniale *“è categoria generale e unitaria non suscettibile di suddivisione in sottocategorie variamente etichettate”*, aggiungendo che *“il riferimento a determinati tipi di pregiudizio, in vario modo determinati (danno morale, danno biologico, danno da perdita di rapporto parentale), risponde ad esigenze descrittive, ma non implica il*

riconoscimento di distinte categorie di danno". Questo assunto, espresso nell'ambito di una decisione nella quale i giudici di legittimità hanno avuto l'obiettivo di evitare la proliferazione di autonome voci di danno (quali quello esistenziale, parentale, estetico, etc.), con riferimento all'intervento normativo di cui trattasi, merita di essere filtrato alla luce della norma primaria cui il presente regolamento deve dare attuazione. Infatti, è l'art. 6 della l. n. 206/2004 ad aver esplicitamente previsto il "*riconoscimento del danno biologico e morale*", e ciò non al fine di duplicare voci di danno, ma per riconoscere un più completo indennizzo alle vittime del terrorismo e delle stragi di tali matrice. Peraltro, solo l'esplicita previsione di tali voci di danno permette di rendere trasparenti le future liquidazioni dell'indennizzo, se si considera che le Commissioni mediche, che dovranno effettuare queste valutazioni, sono organismi sanitari chiamati ad operare applicando principi di omogeneità di trattamento di situazioni simili e di prevedibilità del *quantum* da indennizzare. Tali vincoli, non operanti nell'ambito della determinazione del risarcimento del danno operata in sede giurisdizionale, impongono di ritenere prevalente la necessità di dettare criteri omogenei e trasparenti di liquidazione, ancorati a parametri verificabili (ferma la necessaria soggettivizzazione dell'indennizzo) rispetto alle diverse (e più elastiche) regole che devono essere applicate nell'ambito del risarcimento del danno determinato all'esito di un giudizio.

Intanto, nelle more di approvazione del regolamento all'art. 6, comma 1, della Legge 206/2004, il legislatore ha necessità di provvedere con altro regolamento a quanto previsto dall'art. 2, commi 78 e 79 della Legge 244/2007, per la disciplina dei termini e delle modalità di riconoscimento di particolari infermità da cause di servizio per il personale impiegato nelle missioni militari all'estero, nei conflitti e nelle basi militari nazionali, a norma dell'articolo 2, commi 78 e 79, della Legge 244/2007.

Con tale norma è stato previsto che: "*Al fine di pervenire al riconoscimento della causa di servizio e di adeguati indennizzi al personale italiano impiegato nelle missioni militari all'estero, nei poligoni di tiro e nei siti in cui vengono stoccati munizionamenti, nonché al personale civile italiano nei teatri di conflitto e nelle zone adiacenti le basi militari sul territorio nazionale, che abbiano contratto infermità o patologie tumorali connesse all'esposizione e all'utilizzo di proiettili all'uranio impoverito e alla dispersione nell'ambiente di nanoparticelle di minerali pesanti prodotte dalle esplosioni di materiale bellico, ovvero al contuge, al convivente, ai figli superstiti nonché ai fratelli conviventi e a carico qualora siano gli unici superstiti in caso di decesso a seguito di tali patologie, è autorizzata la spesa di 10 milioni di euro per ciascun anno del triennio 2008-2010*".

Il regolamento viene recentemente approvato con D.P.R. 3 marzo 2009, n. 37, pubblicato nella G.U. del 22 aprile 2009 che, oltre a principi generali e specifiche procedure, in tema di accertamento del nesso di causalità, all'art. 2, prevede che:

"...ai soggetti indicati al comma 2, che abbiano contratto menomazioni all'integrità psicofisica permanentemente invalidanti o a cui è conseguito il decesso, delle quali l'esposizione e l'utilizzo di proiettili all'uranio impoverito e la dispersione nell'ambiente di nano-particelle di minerali pesanti prodotte da esplosione di materiale bellico abbiano costituito la causa ovvero la concausa efficiente e determinante, è corrisposta l'elargizione di cui..." mentre, per la determinazione dell'invalidità permanente, all'art. 5, stabilisce i seguenti criteri: *a) la percentuale d'invalidità permanente (IP), riferita alla capacità lavorativa, è attribuita scegliendo il valore più favorevole tra quello determinato in base alle tabelle per i gradi di invalidità e relative modalità d'uso approvate, in conformità all'articolo 3, comma 3, della legge 29 dicembre 1990, n. 407, con il decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992 e successive modificazioni, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 47 del 26 febbraio 1992, e il valore determinato in base alle tabelle A, B, E ed F1 annesse al decreto del Presidente della Repubblica 23*

dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni, e relativi criteri applicativi. Alla classifica di cui alle categorie della tabella A e della tabella B sono equiparate le fasce percentuali d'invalidità permanente, riferite alla capacità lavorativa, secondo le corrispondenze indicate nella tabella in allegato 1. Alle invalidità o mutilazioni di prima categoria della tabella A che risultino contemplate anche nella tabella E corrisponde una invalidità permanente non inferiore al cento per cento;

Nell'ottica di dettare disposizioni di favore per i destinatari in argomento, e preso atto della mancata indicazione nella fonte primaria di precisi criteri cui ancorare la liquidazione, prevede che la determinazione della percentuale di invalidità permanente venga effettuata scegliendo il valore più favorevole tra quello previsto dalle tabelle annesse al D.P.R. 23 dicembre 1978, n. 915 (Tabelle delle pensioni di guerra) e quello previsto dalle tabelle approvate con D.M. del Ministero della sanità 5 febbraio 1992 (Tabelle di invalidità civile). Ambedue le tabelle, nel tempo, hanno costituito riferimento valutativo delle Commissioni mediche. È stato ritenuto di adottare il criterio del valore più favorevole, poiché, da un lato, i criteri di liquidazione contenuti nella disciplina della pensionistica di guerra si attagliano alla necessità di indennizzare danni derivanti da un evento terroristico, la cui natura violenta può essere considerata analoga alle circostanze belliche. Le tabelle dell'invalidità civile, dall'altro lato, in quanto più aggiornate, consentono alle Commissioni mediche di incrementare i valori della percentuale di invalidità permanente, fino al 5% (laddove sussista un riflesso sulla capacità lavorativa specifica o semispecifica), e prevedono una maggiore pluralità e graduazione di menomazioni, nonché nuove voci nosografiche di danno, per le quali spesso è difficile, se non impossibile stabilire una corretta e precisa quantificazione, anche ricorrendo ai noti criteri dell'analogia o equivalenza (come ad esempio nelle patologie iatrogene, eziopatogeneticamente correlabili e come tali indennizzabili, come le epatopatie da farmaci o trasfusioni, ecc.). Inoltre queste ultime tabelle prevedono in modo dettagliato anche i danni compresi nella fascia 1-10%, non previsti nelle tabelle di guerra o previsti solo parzialmente nella tabella B per la fascia 11-20%. Una tutela ancora maggiore è garantita anche dai criteri applicativi delle tabelle di invalidità civile laddove occorre valutare infermità plurime concorrenti o coesistenti, soprattutto appartenenti alle predette fasce d'invalidità micropermanenti, che risulterebbero escluse in applicazione della tabella F1 di calcolo per il cumulo, prevista dalla pensionistica di guerra.

Per questi motivi viene previsto che le Commissioni mediche attribuiscono la percentuale di invalidità sulla base di entrambi i sistemi tabellari per poi scegliere il valore percentuale più favorevole. Si è presentata la necessità di rendere omogenei i dati per effettuare il confronto e scegliere il dato più favorevole, in quanto le tabelle della pensionistica di guerra prevedono l'attribuzione di "categorie" di invalidità in relazione al danno subito (per esempio: una SECONDA categoria per la perdita di una mano, non protesizzabile, viene resa corrispondente ad una percentuale compresa nella fascia 81-90%). È stato inserito un Allegato al provvedimento, nel quale tali categorie sono trasformate in percentuali di invalidità permanente riferita alla capacità

lavorativa in modo da poter comparare i dati così ottenuti. Tali corrispondenze sono state individuate prendendo come parametro sempre la citata nota sentenza della Corte dei Conti (Sez. II - Pens. Guerra - Sentenza 53491 del 1.6.1960) ma tenendo conto dell'aggiornamento delle fasce, che sono state modificate per la seconda e terza categoria dall'art. 67 del D.P.R. 1092/1973, il predetto allegato contiene la nuova Tabella delle corrispondenze di cui al comma 1, lettera a, dell'art. 5:

TABELLA	CATEGORIA	PERCENTUALE INVALIDITA'
A	PRIMA	100% - 91%
A	SECONDA	90% - 81%
A	TERZA	80% - 71%
A	QUARTA	70% - 61%
A	QUINTA	60% - 51%
A	SESTA	50% - 41%
A	SETTIMA	40% - 31%
A	OTTAVA	30% - 21%
B	===	20% - 11%

b) la percentuale del danno biologico (DB) è determinata in base alle tabelle delle menomazioni e relativi criteri applicativi di cui agli articoli 138, comma 1, e 139, comma 4, del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, e successive modificazioni; fino alla data di predisposizione delle tabelle di menomazione di cui agli articoli 138, comma 1, e 139, comma 4, del citato decreto legislativo n. 209 del 2005, la percentuale del danno biologico è determinata in base alla tabella delle menomazioni e relativi criteri applicativi, approvata con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 12 luglio 2000, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 172 del 25 luglio 2000, e successive modificazioni. La percentuale del danno biologico, così determinata, può essere aumentata, ai sensi degli articoli 138, comma 3, e 139, comma 3, del decreto legislativo n. 209 del 2005, da parte dei competenti organismi sanitari di cui all'articolo 6, comma 3, del presente regolamento.

Ai fini della valutazione e determinazione della percentuale del danno biologico (DB) (lettera b), si fa riferimento alle tabelle delle menomazioni e relativi criteri applicativi di cui agli articoli 138 e 139 del citato d.lgs. n. 209/2005, Codice delle assicurazioni private; tali tabelle non sono state ancora predisposte e pertanto il comma 2 dello stesso articolo prevede che fino alla loro adozione vengono applicate le tabelle INAIL di cui al D.M. 12 luglio 2000, che rappresentano, allo stato, lo strumento normativo più aggiornato per il calcolo del danno biologico. È comunque possibile applicare l'aumento della percentuale di danno biologico, “con equo e motivato apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato” come previsto dai citati articoli del codice delle assicurazioni.

c) la determinazione della percentuale del danno morale (DM) viene effettuata, caso per caso, tenendo conto della entità della sofferenza e del turbamento dello stato d'animo, oltre che della lesione alla dignità

della persona, connessi e in rapporto all'evento dannoso, in una misura fino a un massimo di due terzi del valore percentuale del danno biologico;

Per la valutazione e determinazione del danno morale (DM) (lettera c), si è tenuto conto dell'elaborazione giurisprudenziale in materia. La giurisprudenza, in mancanza di precisi indici normativi, ha sempre avvertito la difficoltà di quantificare in termini monetari valori, quali il dolore, il turbamento e la sofferenza dell'animo, che si sottraggono a precise valutazioni di carattere economico, tanto che la liquidazione di tale voce di danno è da sempre equitativa, in quanto rimessa al prudente apprezzamento del giudice. La Suprema Corte ha ritenuto legittima la valutazione compiuta dai giudici di merito quando il risarcimento del danno morale è stato ancorato ad una serie di parametri quali: la gravità del fatto reato dal quale il danno era stato generato, l'intensità del "turbamento subito", le condizioni soggettive della vittima. Tuttavia, nei casi in cui l'illecito abbia prodotto lesioni psico-fisiche, il danno morale è stato calcolato anche facendo riferimento al grado delle lesioni subite, alla natura dei postumi, all'entità dell'invalidità accertata. Per questo, nella prassi della maggior parte dei Tribunali di merito il danno morale viene determinato facendo riferimento ad una frazione della somma liquidata a titolo di danno biologico, in modo da avere un riferimento certo (rappresentato dalla entità delle lesioni subite che, se più gravi, possono presumibilmente aver dato luogo ad una sofferenza più elevata) e da ancorare la liquidazione a parametri oggettivi evitando, in tal modo, di sconfinare nell'arbitrio. La Suprema Corte ha considerato legittimo tale criterio di liquidazione (per tutte Cass. 9 gennaio 1998, n. 134) cassandolo solo quando la liquidazione era del tutto sganciata da ogni personalizzazione.

Tale orientamento sembra essere stato oggetto di rivisitazione critica nella sentenza delle Sezioni Unite dell'11 novembre 2008, che non sembra condividere la prassi dei Tribunali di liquidare il danno morale come una percentuale del danno biologico. Come già osservato, tale osservazione critica può essere condivisa con riferimento ad una liquidazione giudiziaria del risarcimento del danno, in un contesto nel quale il giudice ha in primo luogo il dovere di risarcire il pregiudizio patito dalla persona offesa e ha a disposizione tutti i mezzi di prova (documenti, testimonianze, nozioni di comune esperienza, presunzioni) e i mezzi per acquisirli.

Le Commissioni mediche invece, come più volte ribadito, sono organismi sanitari con un limitato campo di indagine ed inoltre sono chiamate a determinare elementi per la quantificazione di un indennizzo e non di un pieno risarcimento. Date tali premesse, è stato ritenuto necessario, anche al fine di garantire omogeneità nelle liquidazioni ed evitare disparità di trattamento, ancorare la determinazione della percentuale del danno morale alla percentuale di danno biologico, non eludendo la necessaria "personalizzazione" dell'indennizzo da riconoscere alla vittima. La "personalizzazione" viene garantita dalla previsione di un valore massimo (fino ai 2/3 del valore percentuale del danno biologico) in riferimento al quale la Commissione medica determinerà la

corretta percentuale, tenendo conto dell'entità della sofferenza e del turbamento dello stato d'animo e della lesione della dignità della persona, considerando le specificità del caso concreto. Il valore massimo di riferimento per il calcolo del danno morale è stato fissato considerando la particolare natura dell'evento lesivo (terrorismo e stragi di tale matrice). In tal modo, si è cercato di contemperare i due interessi in gioco: da un lato, la necessaria soggettivizzazione dell'indennizzo, dall'altro, l'uniformità di trattamento di situazioni omogenee, da ancorare al dato obiettivo della percentuale del danno biologico (unico danno che la Commissione medica può agevolmente determinare in considerazione delle specificità tecniche che gli sono proprie).

Tale sistema di calcolo trova avallo nella chiara lettera della legge 206/2004, che connette la rivalutazione della percentuale d'invalidità al riconoscimento del danno biologico e del danno morale, espressamente distinti nell'art. 6, comma 1, oltre che dell'intercorso aggravamento. Ciò permette, quindi, di inquadrare i parametri di calcolo adottati in un sistema coerente, ad un tempo, con la lettera della legge e con quanto stabilito dalla Corte di Cassazione nella sentenza dell'11 novembre 2008, proprio laddove fa salvo un diverso meccanismo di individuazione del danno nei casi di espressa previsione legislativa, imponendo comunque al giudice di determinare un risarcimento integrale del pregiudizio.

d) la percentuale di invalidità complessiva (IC), che in ogni caso non può superare la misura del cento per cento, è data dalla somma delle percentuali del danno biologico, del danno morale e del valore, se positivo, risultante dalla differenza tra la percentuale di invalidità riferita alla capacità lavorativa e la percentuale del danno biologico: $IC = DB + DM + (IP - DB)$.

Infatti, per la valutazione e determinazione della percentuale unica dell'invalidità complessiva (IC), di cui all'articolo 6 della Legge 206/2004, al fine di evitare la duplicazione delle poste di danno, segnatamente per quanto attiene la percentuale di danno biologico e la percentuale di invalidità permanente con riferimento alla capacità lavorativa (danno conseguenza), è stata individuata la formula che è espressione della somma delle percentuali di danno biologico, di danno morale e del valore, se positivo, risultante dalla differenza tra la percentuale di invalidità riferita alla capacità lavorativa e la percentuale di danno biologico: $IC = DB + DM + (IP - DB)$. Tale sistema si è reso necessario poiché i dati risultanti dal calcolo delle percentuali di invalidità permanente, in quanto elaborati sulla base di tabelle adottate quando la categoria del danno biologico era solo di creazione giurisprudenziale, possono contenere al loro interno anche una quota di quello che ora viene definito danno biologico. Tale quota deve essere scorporata dalla percentuale di invalidità permanente, in modo da evitare duplicazione di voci risarcitorie (rischio da scongiurare, secondo quanto affermato anche dalla Corte costituzionale nelle richiamate sentenze, per tutte cfr. sent. n. 184/1986 e da ultimo dalle Sezioni Unite della Cassazione).

La formula elaborata sommando poste di danno che già potrebbero essere elevate (si pensi ad un danno biologico vicino al 100%) potrebbe dare come risultante valori superiori al 100%.

L'art. 5, lett. d), stabilisce che la percentuale unica di invalidità complessiva “in ogni caso non può superare il cento per cento”. Questa precisazione è necessaria sia per motivi medico-legali (non può esistere un danno alla persona oltre tale misura) e sia per l'entità dell'indennizzo che attualmente trova una limitazione solamente indiretta nell'importo stabilito dalla legge nella sua misura massima. Tali casi, tuttavia, non si presentano problematici in quanto la norma primaria (art. 3 legge n. 466 del 1980) prevede che l'indennizzo sia erogato nella misura massima, laddove si raggiunga una percentuale di invalidità non inferiore all'80%. Dunque, il legislatore ha già previsto una “massimizzazione” dell'indennizzo, con fissazione di tetti massimi quanto al risarcimento *una tantum*, mentre non ha previsto indennizzi o assegni aggiuntivi o di altra natura laddove venga superato il limite del 100% di invalidità o della corrispondente I categoria della tabella A (come invece accade in altri ambiti quali quello della pensionistica privilegiata di guerra o per servizio con assegni di cumulo previsti dalla tabella F ed F1 di cui al d.P.R. n. 915/78 e successive modificazioni).

In conclusione ritengo che il regolamento già emanato e l'emanando regolamento abbiano costituito una svolta epocale nella valutazione del danno alla persona ed, in particolare, della condizione globale della salute dell'interessato, valutata “caso per caso”, nei suoi aspetti fisici, psichici e morali che hanno riflesso permanente anche sulla capacità lavorativa.

La formula delineata, già da me presentata per la prima volta al Congresso SISMLA e successivamente al 3° Congresso di Medicina Legale Militare,

$$\% \text{ D.B.} + \% \text{ D.M.} (0 \leftrightarrow 2/3 \text{ D.B.}) + [\% \text{ I.P. (Tabellare)} - \% \text{ D.B.}]$$

per le argomentazioni esposte può ritenersi semplice ed efficace; tuttavia, al fine di pervenire ad una ottimizzazione medico-legale di ciascun parametro addendo occorre sicuramente intervenire nel merito dei barèmes che determinano l'I.P., segnatamente alle tabelle di Invalidità Civile, in quanto è venuta l'ora di un loro aggiornamento, ed alle Tabelle della Pensionistica di privilegio con un aggiornamento anche per esse, ovvero di una semplice armonizzazione tra le stesse tenuto conto che la tabella di equiparazione/conversione è già stata approvata.

In altri termini non occorre inventarsi o prevedere voci diverse, per ambiti distinti, che vanno a quantificare una I.P. riferita allo stesso parametro della capacità lavorativa e, quindi basterebbe una unica tabella espressa anche solo in termini percentuali, ora legalmente facilmente convertibile nelle categorie della tabella A o B della pensionistica di privilegio e, non necessariamente, di guerra.

Sperequazioni nei vari ambiti delle assicurazioni sociali tra pubblico e privato: il perché di una doppia valutazione responsabile dell'aumento del contenzioso

Giuseppe Bonifaci

Sovrintendente Medico Generale Reggente INAIL

Patrizio Rossi

Dirigente Medico Sovrintendenza Medica Generale INAIL, Roma

Si rimanda alla Sezione dei supporti visivi alle relazioni ed al relativo abstract.

Caratteristiche, sovrapposizioni e prospettive valutative tra malattie professionali, malattie correlate al lavoro e malattie dipendenti da causa di servizio

Bruno Della Pietra

Associato di Medicina Legale presso il Dipartimento di Medicina Pubblica, Clinica e Preventiva - Sezione di Medicina Legale - Seconda Università degli Studi di Napoli.

Il tema che mi è stato assegnato non mi ha spinto a soffermarmi solo sugli aspetti definitivi che, peraltro, sono di certo ben noti a tutti i presenti, ma mi ha portato ad esplorare la strada normativa inerente l'evolutiva "privatizzazione del pubblico impiego" e, quindi, di pervenire alle identità ed alle diversità previdenziali tra 'settore pubblico' e 'settore privato'.

In tal senso è sin da subito da rilevare la notevole difficoltà di un tal tipo di ricerca, avuto riguardo alla diversità del 'pubblico dipendente' in relazione all'Ente da cui dipende e, quindi, il correlato 'ginepraio' di competenze ed attribuzioni che oggi esistono su questa materia.

In tempo di crisi economica e di conseguente volontà di riordino della pubblica amministrazione, ci sembra che un tentativo di complessiva 'rivisitazione' e riordino della materia non sia più procrastinabile, soprattutto per la consapevolezza che il moltiplicarsi delle 'competenze' non può che portarci – e di certo ci ha già portati – verso un modello di valutazione di un 'danno alla persona' che varia in relazione all'ambito nel quale deve essere inquadrato.

Avuto riguardo alle finalità per le quali questo Convegno è stato organizzato, è di tutta evidenza come la strada che si vuole intraprendere sia difficile e tortuosa, certamente lastricata di contrasti ed impopolarità, in particolar modo quando si ha volontà di procedere ad un tentativo di razionalizzazione di procedimenti che, di certo, possono toccare 'privilegi' e 'poteri', antichi e più recenti, ma in gran parte consolidati.

In relazione a questa premessa si vogliono, in sintesi, affrontare i seguenti fondamentali aspetti che il tema della relazione e, forse, di tutto il Convegno mi pongono:

- evoluzione [ultimi due decenni] verso la completa 'privatizzazione' di ampi settori del 'pubblico impiego';
- evoluzione verso un inquadramento normativo ed amministrativo di 'privatizzazione' (contrattualizzazione) di alcuni settori del 'pubblico impiego';
- problematiche inerenti l'autonomia di alcuni Enti (Regioni e Province autonome);
- introduzione – dapprima con la L. 833/78 – di un inquadramento della 'prevenzione' nei luoghi di lavoro con successiva emanazione della normativa di cui al D.Lgs. n° 626/1994 ed al D.Lgs. n° 81/2008;
- evoluzione delle 'competenze' INAIL nell'ambito del 'pubblico impiego' con duplicazione della valutazione del 'danno alla persona' [duplice tutela].

Per quanto riguarda i primi tre punti indicati si vuole ricordare come – in relazione all’inquadramento normativo ed amministrativo del “pubblico impiego” – si possono distinguere quattro diversi periodi:

- 1) **prima del T.U. del 1957**: i pubblici dipendenti (tutti, compresi quelli degli Enti locali) erano inquadrati in una *posizione di assoluta subordinazione gerarchica* ed erano ripartiti per *gruppi o stadi* a cui corrispondeva il *livello stipendiale*; si faceva riferimento, per il contenzioso, alla *giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo*;
- 2) **D.P.R. n° 3 del 10.01.1957 (T.U. degli impiegati civili dello Stato)**: trasformazione in *carriere (direttiva, di concetto, esecutiva ed ausiliaria) e qualifiche* e limitazione della subordinazione gerarchica; con la Legge ospedaliera del 1968 (n° 132 del 12.02.1968) veniva riconosciuta per la prima volta la rappresentanza sindacale in un settore del pubblico impiego con un progressivo ampliamento agli altri settori;
- 3) **Legge 11.07.1980 n° 312**: istituzione delle *qualifiche funzionali* con indicazione di diversi *livelli professionali*; venivano previste 8 qualifiche, divenute nove con la Legge n° 78 del 24.03.1986;
- 4) **dalla Legge quadro 29.03.1983 n° 93 al D. Lgs. n° 29 del 3.02.1993** che conclude l’evoluzione della normativa verso la “*privatizzazione*” del pubblico impiego.

Quest’ultima normativa ha di certo comportato una rilevante sovrapposizione ed omogeneizzazione tra il lavoro pubblico e quello privato.

La *ratio* ispiratrice della riforma si concreta:

- nell’enunciazione programmatica dei principi di *efficienza* ed *economicità* dell’azione amministrativa;
- in una *razionalizzazione* dell’organizzazione dei pubblici uffici, basata sulla ridefinizione di uffici e organici e su di un intelligente gestione delle risorse umane;
- in un riassetto complessivo della *dirigenza pubblica*, imperniato sulla responsabilizzazione e sull’affermazione dell’autonomia della stessa rispetto al ceto politico;
- nella ridefinizione del regime della contrattazione collettiva, attraverso l’abolizione della previgente recezione del testo degli accordi in seno ad atti amministrativi o regolamentari, e l’istituzione dell’*agenzia per le relazioni sindacali*;
- nella valorizzazione della *mobilità* lavorativa, verticale ed orizzontale;
- nella razionalizzazione dell’*accesso*;
- nella devoluzione della cognizione delle controversie in materia di pubblico impiego al *giudice ordinario*.

Da questa normativa venivano esclusi:

magistrati ordinari, amministrativi e contabili;
personale militare e delle Forze di Polizia;
personale delle carriere diplomatica e prefettizia;
dirigenti generali dello Stato;
dipendenti del settore creditizio, valutario, di risparmio, ecc.
professori e ricercatori universitari (per particolari aspetti in via di riforma per una uniformità con la L. 168/89).

In questi anni, peraltro, si è assistito da un lato alla privatizzazione di ampi settori del pubblico impiego (ad es. Poste, Telecomunicazioni, Ferrovie, ecc.), al trasferimento mediante mobilità all'interno di diverse amministrazioni del settore pubblico (verso gli Enti Locali ed, in particolare, verso le Regioni) e, dall'altro, all'evoluzione delle forme di lavoro nell'ambito della 'flessibilità' (tempo determinato, part-time, job sharing, contratti di formazione e lavoro interinale), del tutto possibili nel pubblico impiego a norma dell'art. 36 del D.Lgs. n° 165 del 30.03.2001.

Normative successive e deleghe al Governo stanno determinando una sempre maggiore sovrapposizione ed integrazione tra il rapporto di pubblico impiego e quello privato.

La normativa di merito è rappresentata dal ricordato D.Lgs. n° 165/2001 che sostituiva il D.Lgs. 29/1993 e che ha solo in parte realizzata la delega al Governo prevista dalla L. n° 340 del 24.11.2000.

Infine si perviene alla Legge Costituzionale n° 3 del 18.10.2001 che ha riformato il Titolo V, parte seconda, della Costituzione e che ha stabilito la definitiva autonomia delle Regioni e, di conseguenza, ne è derivata una netta differenziazione tra il personale dello Stato e quello delle Regioni e, più in generale, degli Enti Locali.

In questa evoluzione normativa si è avuta anche l'evoluzione delle **“qualifiche e mansioni”** dei dipendenti pubblici che, in breve, può così essere scandita:

- ◆ l'art. 56 del D.Lgs. 29/1993 prevedeva che il prestatore di lavoro doveva essere adibito alle mansioni proprie della qualifica di appartenenza; poteva anche essere adibito a compiti specifici non prevalenti della qualifica superiore ovvero, occasionalmente, a compiti o mansioni immediatamente inferiori;
- ◆ per il D.Lgs. n° 80/98 il dipendente pubblico deve essere adibito alle mansioni per le quali è stato assunto e a quelle considerate equivalenti nell'ambito della classificazione professionale (qualifica) prevista dai Contratti Collettivi;
- ◆ l'art. 52 del D.Lgs. 165/01 stabilisce che il prestatore di lavoro può effettuare solo le mansioni per le quali è stato assunto o le mansioni equivalenti nell'ambito della qualifica professionale (ovvero mansioni di qualifica superiore dopo corsi / concorsi di qualificazione);

- ◆ per il **rapporto di lavoro con le Autonomie Locali**, il D.Lgs. n° 267/00 ed il D.Lgs. n° 165/01 hanno definitivamente sancito che il prestatore di lavoro delle Autonomie Locali è del tutto assimilabile, tranne che per alcune caratteristiche inerenti i contratti collettivi, al “lavoratore privato”.

Affrontando i **punti d)** ed **e)** in precedenza delineati, va fatto presente come in contemporanea con l’evoluzione normativa delle qualifiche e delle mansioni dei pubblici dipendenti, si sia avuta l’evoluzione normativa in tema di prevenzione e di tutela della salute nei luoghi di lavoro.

I punti cardine di queste norme sono rappresentati:

- dalle norme costituzionali (artt. 32 e 42) e dalla legge quadro n° 833/78 e successive modifiche ed integrazioni;
- dal D.P.R. n° 1124/1965 che per alcuni aspetti, anche se estremamente limitati, prevedeva la tutela INAIL di alcune figure di dipendenti pubblici o di “coloro che, pur non essendo legati da un rapporto di pubblico impiego, vengono impiegati in compiti propri dell’amministrazione”;
- dal dettato (art. 1) del D.Lgs. n° 626/94 (alla luce del più recente D.Lgs. n° 81/2008) dal quale si rileva come la “sicurezza sui luoghi di lavoro” sia estesa a “tutti i settori di attività privati e pubblici” per cui si rese necessaria l’emanazione della Circolare del Ministero del Lavoro n° 102 riguardante le prime applicazioni di tali norme al pubblico impiego;
- dalla normativa (art. 2 D.Lgs. 242/1996) e dalla giurisprudenza di merito si è pervenuti all’identificazione del ‘datore di lavoro’ nelle pubbliche amministrazioni nel “dirigente al quale spettano i poteri di gestione, ovvero il funzionario non avente qualifica dirigenziale, nei soli casi in cui quest’ultimo sia preposto ad un ufficio avente autonomia gestionale”. L’art. 15 del D.Lgs. 165/2001 appare sancire, di contro, che un tal tipo di riconoscimento debba essere attribuito solo ai dirigenti ed ai funzionari con qualifica dirigenziale ribadito dall’art 2 del più recente D.Lgs. n° 81/2008 (Testo Unico);
- dall’art.3 del D.Lgs. n° 81/2008 (Testo Unico) nel quale si ribadisce che lo stesso “si applica a tutti i settori di attività, privati e pubblici, e a tutte le tipologie di rischio”; sempre all’art. 3 si dava un termine di “dodici mesi” affinché alcuni settori (tra cui settori pubblici quali, ad esempio, i servizi della protezione civile, le università, ecc.) potessero pervenire all’individuazione delle “effettive particolari esigenze connesse al servizio espletato o alle peculiarità organizzative” al fine dell’emanazione di mirati Decreti Ministeriali.

L’insieme di queste norme pone al centro di tutto il ‘sistema’ il **documento di valutazione di tutti i rischi per la salute e la sicurezza** (art. 28) da cui far derivare la **sorveglianza sanitaria** [con il

controllo della vigilanza effettuata dai Servizi di prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro delle ASL] e la conseguente copertura assicurativa previdenziale presso l'INAIL.

In una dimensione nella quale il cerchio dell'intervento sanitario e previdenziale si chiude con una contiguità ed una interrelazione dei quattro archi rappresentati da (1) prevenzione, (2) diagnosi e terapia, (3) riabilitazione e (4) medicina legale per un continuo aggiornamento dei 'rischi' e, di conseguenza, della identificazione delle nuove 'malattie professionali' da tabellare (compito annuale dell'INAIL) o 'da lavoro'.

È su questa scena normativa ed organizzativa che va rivisitata la materia previdenziale per cui – esclusi alcuni particolari settori del 'pubblico impiego' – mi sembra che ormai le sovrapposizioni tra 'settore pubblico' e 'settore privato' siano divenute tali da non poter più sostenere importanti difformità (a mio avviso anche di dubbia costituzionalità) tra la tutela previdenziale del 'lavoratore pubblico' e del 'lavoratore privato'.

Queste novità devono trovare un primo riscontro nell'assetto delle definizioni per le quali mi sembra opportuno annotare, in breve, identità e diversità tra la **tutela INAIL** e quella derivante dalla "**causalità di servizio**" facendo presente come per ampia parte il documento di valutazione dei rischi – che assurge a ruolo centrale in un'ottica di prevenzione nei luoghi di lavoro – possa assorbire quanto tuttora inquadrato all'interno del concetto giuridico di "**fatti di servizio**" nell'ambito della "**causalità di servizio**".

Non mi soffermerò sulla definizione di *infortunio sul lavoro*⁹ per la quale l'elemento eziologico è da ricondurre alla *causa violenta* che si realizza in *occasione di lavoro*¹⁰.

In proposito appare di tutta evidenza come la pericolosità del lavoro costituisca la presunzione dell'esistenza del rischio e il fondamento dell'assicurazione stessa.

⁹ D.P.R. 30 giugno 1965, n° 1124 Art. 2: "... l'assicurazione comprende tutti i casi di infortunio avvenuti per causa violenta in occasione di lavoro, da cui sia derivata la morte o una inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero un'inabilità temporanea assoluta che importi l'astensione dal lavoro per più di tre giorni ...".

¹⁰ La causa violenta produttiva dell'infortunio lavorativo è rappresentata da agenti esterni, dotati di idoneità lesiva e di concentrazione cronologica. È quest'ultima che differenzia l'infortunio dalla malattia professionale. L'esteriorità della causa è propria delle azioni nocive estranee all'organismo dell'infortunato, che operano "ab extrinseco".

L'idoneità lesiva, va intesa nel senso che la capacità di provocare l'infortunio è ammessa per tutte quelle azioni anormali rispetto al regolare andamento del lavoro, capaci di produrre lesioni corporali da cui derivi la morte o un'inabilità.

La concentrazione cronologica, cioè la causalità concentrata nel tempo, si riferisce alla durata del contatto tra l'agente esterno e l'organismo del lavoratore (sino ad un turno lavorativo).

Le concause preesistenti, simultanee o sopravvenute, non escludono l'indennizzabilità dell'infortunio. Di fatto l'infortunio può essere determinato da una sola causa oppure da un concorso di cause, la cui presenza può agire in vario modo, cioè come concausa d'infortunio, di lesione o di inabilità.

L'occasione definisce il rapporto eziologico: il lavoro deve aver creato la condizione che ha permesso alla causa accidentale di divenire causa lesiva.

Il rischio professionale (*generico, generico aggravato o specifico*)¹¹, infatti, è l'elemento fondamentale su cui si basa, quindi, l'assicurazione obbligatoria poiché è il lavoro che reca in sé il movente dell'azione lesiva, nonostante la previsione e la realizzazione di misure di prevenzione.

Diversa è la definizione di malattia professionale o di malattia da lavoro o di tecnopatia per la quale si identifica l'eziopatogenesi nell'esposizione protratta agli effetti nocivi del lavoro.

Quindi si tratta di tutte quelle manifestazioni cliniche dovute all'azione lenta e ripetuta nel tempo di agenti patogeni legati al lavoro che vanno continuamente monitorati (*rischi specifici*) onde poterne aggiornare l'elenco ed adeguarlo al progresso scientifico e tecnologico.

Per quanto riguarda il settore pubblico si vuole solo ricordare l'importanza del rischio biologico che rappresenta - anche attraverso la frequente modalità dell'infortunio-malattia - un rischio specifico caratteristico del settore sanitario.

Come è ben noto diversa e più limitata è la nozione di “malattia professionale” che si deduce dal T.U. n° 1124 del 30 giugno 1965 [sistema tabellare chiuso]¹² che, con la Sentenza della Corte Costituzionale n° 179 del 18 febbraio 1988 che dichiarava incostituzionali le norme che limitavano la tutela delle malattie professionali a quelle indicate tassativamente nelle tabelle del T.U., ha esteso tale tutela ad ogni malattia diversa da quelle comprese nelle tabelle, causata da lavorazioni o da agenti patogeni diversi da quelli indicati nelle tabelle stesse, anche se manifestatasi oltre il periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione del lavoro, purché ne sia provata la causa di lavoro [sistema tabellare misto].

Per quanto riguarda la tutela del dipendente pubblico è da far presente come la “**causalità di servizio**” ebbe, fondamentalmente, inizio con la L. n° 416 dell'11 marzo 1926 che venne, poi, attuata con il R.D. n° 1024 del 15 aprile 1928 e che riguardavano le “*procedure da seguirsi negli accertamenti medico-legali delle ferite, lesioni ed infermità del personale dipendente dalle amministrazioni militari e da altre amministrazioni dello Stato*”.

Secondo tale disposizione, l'impiegato statale – divenuto inabile a prestare servizio per le ferite riportate o per le infermità contratte a cagione dell'esercizio delle sue funzioni – aveva

¹¹ Il **rischio generico** è rappresentato da una situazione di pericolo che grava in egual misura sul lavoratore intento alla propria opera come su ogni altro individuo (rischio di catastrofe naturale).

Il **rischio generico aggravato** è quello che incombe su ogni cittadino, ma grava in misura maggiore, per frequenza o entità, su coloro che disimpegnano determinate attività lavorative (ad esempio: investimento automobilistico per un lavoratore addetto alla manutenzione di strade).

Il **rischio specifico** è quello strettamente inerente alle condizioni di determinate attività lavorative e incombe in modo esclusivo o nettamente preponderante su coloro che esplicano mansioni peculiari (ad esempio: lesioni da energia elettrica in addetto alla riparazione di circuiti elettrici).

¹² Sono comprese nell'assicurazione obbligatoria solo le “malattie professionali indicate nella tabella, contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni specificate nella tabella stessa, che si manifestano entro il periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione del lavoro”.

esclusivamente diritto ad essere collocato a riposo ed a conseguire la “*pensione privilegiata*”, senza percepire altro indennizzo.

In tale epoca, e sino all’emanazione del già ricordato D.P.R. n° 3 del 10 gennaio 1957, (“*Testo Unico sullo Statuto degli impiegati civili dello stato*”) tutti i dipendenti pubblici, compresi quelli degli Enti locali, in caso di contenzioso potevano far riferimento alla **giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo**.

Tale inquadramento mutò a seguito del suddetto Testo Unico che, come già ricordato, introdusse il concetto di **carriera** (direttiva, di concetto, esecutiva ed ausiliaria) e di **qualifica**, limitando la subordinazione gerarchica del dipendente pubblico; inoltre tale D.P.R., attuato anche attraverso gli artt. 35 e ss. del D.P.R. n° 686 del 3 maggio 1957, introduceva per i dipendenti che riportavano la “*perdita dell’integrità fisica dipendente da causa di servizio*” la nozione di “**equo indennizzo**” ed il diritto alle cure, ai ricoveri, alle protesi ed all’aspettativa per un periodo non superiore a diciotto mesi.

Si vuole ricordare come, in questa prima fase di ricostruzione storico-normativa, il rapporto di pubblico impiego con le amministrazioni statali e con gli altri enti pubblici era costituito da una disciplina rigorosamente unilaterale, nell’ambito della quale non sussisteva ancora alcun rapporto di tipo “**contrattuale**”.

Le successive Leggi estesero gradualmente il beneficio dell’equo indennizzo anche a talune categorie di dipendenti pubblici che, in un primo momento, non ne avevano diritto; pertanto la L. n° 831 del 28 luglio 1961 estese l’equo indennizzo “*al personale direttivo ed insegnante delle scuole elementari, secondarie ed artistiche*”, la L. n° 1077 del 6 dicembre 1966 ai “*dipendenti civili non di ruolo delle Amministrazioni dello Stato*” e la Legge n° 1094 del 23 dicembre 1970 al “*personale militare*”.

Per quanto riguarda il personale degli Enti Locali si è assistito all’emanazione di alcuni D.P.R. [191/1979; 810/1980; 347/1983 e 268/1987] che hanno equiparato questo personale con quello statale.

In seguito a tutta questa normativa tipica della tutela del dipendente pubblico si è pervenuti, poi, all’art. 55 della L. n° 144 del 17 maggio 1999 con la quale venne data delega al Governo di emanare regolamenti in materia di assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali; nell’ambito dello stesso articolo si individuavano, per l’INAIL, quattro gestioni separate (industria, artigianato, terziario ed “altre attività”, tra le quali vennero individuati gli Enti Pubblici).

È su questa scena normativa ed organizzativa che fu quindi promulgato il D.Lgs. n° 38 del 23 febbraio 2000 mediante il quale venne prevista, all’art. 1, la tutela INAIL anche per le “**attività**

... svolte dagli Enti Pubblici, compresi lo Stato e gli Enti Locali” prevedendo, così, che anche per il pubblico dipendente si doveva pervenire ad una valutazione del “**danno biologico**” che veniva definito e posto in relazione con l’emanazione della successiva Tabella prevista dal **D.M. 12 luglio 2000**.

Tale normativa ha avviato, quindi, un processo di riforma basato sull’“**universalità della tutela INAIL**”, ovvero una tendenza ad estendere la tutela a **tutti i lavoratori** e per **tutti i rischi e danni correlati al lavoro**; rispetto al sistema di tutela precedente (T. U. 1124/1965), basato sulla capacità lavorativa generica, si ridisegna il sistema centrandolo sulla “**salute del lavoratore**” al fine di realizzare una tutela globale che comprenda la prevenzione, la cura, l’indennizzo, la riabilitazione ed il reinserimento lavorativo.

Ma tale universalità ed univocità di tutela del lavoratore privato e di quello pubblico venne ridimensionata dall’emanazione del successivo D.P.R. n° 461 del 29.10.2001 con il quale veniva riformata – ma comunque ribadita – la sussistenza della tutela del pubblico dipendente anche mediante la “**causalità di servizio**” pervenendo all’identificazione definitiva di una “**duplice tutela**”; infatti tale norma era relativa al “Regolamento recante semplificazione dei procedimenti per il riconoscimento della dipendenza delle infermità da causa di servizio, per la concessione della pensione privilegiata ordinaria e dell’equo indennizzo nonché per il funzionamento e la composizione del comitato per le pensioni privilegiate ordinarie”, tuttora in vigore.

In relazione a ciò non mi soffermerò sulle definizioni inerenti la “**causalità di servizio**”¹³ per pervenire direttamente alle problematiche aperte dalla “**duplice tutela**” per la

¹³ Per **causa di servizio** si intende la riconducibilità all’attività lavorativa (intesa quale svolgimento del rapporto di servizio e/o di dipendenza) di un fatto alterante l’equilibrio psico-fisico del dipendente pubblico; per la riconducibilità dell’infermità al servizio debbono rinvenirsi i “**fatti di servizio**” (intesi quali gli inevitabili accadimenti “*derivanti dall’adempimento degli obblighi di servizio*”) e il “**rapporto causale o concausale efficiente e determinante**” tra i fatti e l’infermità o lesione (art. 64 del D.P.R. 29 dicembre 1973, n. 1092).

Affinché si possa affermare l’esistenza del nesso di causalità è, in altri termini, necessario che siano individuate specifiche modalità di espletamento del servizio (i “**fatti di servizio**”) che abbiano esercitato in modo concreto un’influenza giuridicamente rilevante, inserendosi nel momento genetico dell’infermità ovvero nel suo decorso evolutivo; in caso contrario il servizio è solo l’occasione in cui viene a manifestarsi un evento dannoso, ovvero un mero fattore di evidenziazione (“*momento rivelatore*”).

In relazione al problema della “**concausa efficiente e determinante**” si fa presente come la normativa vigente preveda che, nel decorso evolutivo di una malattia, debbano inserirsi elementi esattamente individuati e specificati, ricollegabili al servizio, che interferendo con tale processo, lo abbiano influenzato in modo **preponderante**.

Quindi è necessario ritrovare nel servizio prestato dal dipendente fatti specifici di natura, intensità e durata tali da potersi considerare “**concause giuridicamente rilevanti**”, in quanto “efficienti” (cioè attivamente produttive di effetti) e “determinanti” (ossia tali da provocare direttamente l’avverarsi del fatto).

Il nesso di finalità con il servizio è evidente per tutti i fatti verificatisi in conseguenza o nel corso di prestazioni alle quali il dipendente è tenuto in forza del rapporto di lavoro intrattenuto con la pubblica amministrazione, essendo chiaro il legame di derivazione causale tra il servizio ed i fatti che da questo si siano originati; questa relazione è immediatamente meno apprezzabile quando l’antecedente causale è costituito da un evento prodottosi al di fuori delle modalità di tempo e di luogo proprie della prestazione di servizio.

Anche in quest’ultima fattispecie, l’accadimento, pur se avulso dal contesto cronologico e topografico della prestazione di lavoro, deve essere stato determinato da una condotta intesa all’adempimento degli obblighi

quale la Cassazione (sentenza Cassazione Civile, Sez. lavoro, n° 4004 del 25 febbraio 2005) ha fatto presente come “*L'autonomia dei due distinti istituti della causa di servizio e della malattia professionale e dei relativi accertamenti ... non esclude che nella pratica si possa realizzare una vasta area di coincidenza del nesso causale della patologia con l'attività lavorativa sia ai fini dell'equo indennizzo che della malattia professionale*”.

Ed in merito, Bolino e Lista, hanno sottolineato come in “entrambe le fattispecie, infatti, ben si può operare una *reductio ad unum* in tema di accertamento del nesso causale, atteso che il servizio o il lavoro devono costituire *condicio sine qua non* dell'infermità/lesione (e della conseguente menomazione), ovvero della malattia nella loro derivazione dal servizio o dal lavoro”¹⁴.

inerenti al servizio; in tal caso è opportuno ricordare come “*i fatti di servizio da cui deve conseguire, seppure con un semplice rapporto di concausalità, purché efficiente e determinante, la lesione all'integrità fisica del pubblico dipendente, non vanno circoscritti al periodo in cui il dipendente presta la sua opera durante l'orario di lavoro e nella sede dell'ufficio, dovendo comprendere qualsiasi altra attività inerente al servizio, purché comandata ed autorizzata*” (App. Bari, sez. lavoro, 15 aprile 2008).

In tal modo si fanno rientrare nella nozione giuridica di servizio anche i fatti avvenuti fuori dall'orario e del luogo in cui viene ad essere svolta la prestazione lavorativa; si tratta, quindi, di eventi oggettivamente estranei alla prestazione lavorativa ma ad essa soggettivamente correlati, quali l’*“infortunio in itinere”*, lo svolgimento di attività fisiologiche (assunzione di pasti, attuazione di pause di riposo e di ristoro, soddisfazioni di esigenze personali non rinviabili), i fenomeni morbosi eziologicamente indipendenti dal servizio ma che da questo siano stati condizionati (possibilità di effettuare accertamenti diagnostici, corretta somministrazione di trattamenti terapeutici, accelerazione del decorso della patologia, etc.).

Per la concessione dell’*equo indennizzo* debbono riscontrarsi il requisito della dipendenza da causa di servizio e la sussistenza di una menomazione dell’integrità fisico-psichica, con l’ascrivibilità della stessa ad una delle otto categorie della Tabella A od alla Tabella B allegate al D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834; per la concessione della “*pensione privilegiata*” deve verificarsi l’inabilità permanente ed assoluta ad effettuare la prestazione di lavoro con la conseguente *risoluzione del rapporto di lavoro*.

In relazione a tale ambito – ed alla luce dell’art. 2697 c.c. – l’*onere della prova* grava sul dipendente pubblico, non sussistendo in tale materia presunzioni di dipendenza da causa di servizio, come accade invece nei lavoratori del settore privato per le malattie professionali tabellate; il lavoratore è quindi tenuto a dimostrare le caratteristiche delle attività espletate ed il nesso eziologico con la patologia denunciata.

Per la sussistenza di una dipendenza dal servizio, i fatti debbono necessariamente produrre infermità o lesioni a carico della compagine “*fisica o psichica o sensoriale*” (art. 2 D.P.R. n. 461/2001); infermità e lesione sono, per il legislatore, causa delle menomazioni dell’integrità personale del lavoratore, fondamento produttivo della situazione oggetto di tutela (invalidità, inabilità - art. 6 D.P.R. n. 461/2001).

L’infermità, e la conseguente menomazione, può derivare da un singolo evento o da una sequela di eventi, provvisti di efficacia lesiva e che agiscono con azione protratta e ripetuta; nel primo caso ci si trova innanzi ad un’*azione lesiva concentrata nel tempo* in grado di causare un “*infortunio*”, nel secondo caso l’*azione lesiva è diluita nel tempo* ed idonea a causare una “*malattia*”.

La **causa di servizio** ricomprende entrambi gli eventi, *prescindendo però, per gli infortuni sul lavoro, dalla professionalità del rischio* (generico, generico aggravato e specifico), insita nell’assicurazione obbligatoria di coloro i quali sono tenuti ad effettuare una prestazione che naturalmente comporta la probabilità del verificarsi di un determinato evento dannoso.

Nella disciplina contenuta nel D.P.R. n. 461/2001, la dipendenza da causa di servizio, una volta riconosciuta con provvedimento formale, non può più essere rimessa in discussione; essa esplica i propri effetti a fini **indennitari** (equo indennizzo), **previdenziali** (pensionistica privilegiata) ed **amministrativi** (congedo straordinario o assenza per malattia).

¹⁴ Bolino G., Lista L.: *I virtuosismi dialettici e valutativi nelle inabilità pensionabili nel pubblico impiego*. Riv. It. Med. Leg., 3:703, 2008.

Certamente la “**causa di servizio**” ricomprende tutti gli eventi tutelati dall’INAIL prescindendo dalla professionalità del rischio per la quale è insito, nel rapporto di lavoro e nella mansione espletata, il “pericolo” di un eventuale evento dannoso.

Nella “**causa di servizio**” sono, quindi, inquadrati sia i “**fatti di servizio**” che possono essere ricondotti sia a quelli che vengono già tutelati dall’INAIL, sia a quelli che possono comunque essere riconosciuti in base ad una valutazione di sussistenza del servizio quale concausa efficiente e determinante, sia a quelli derivanti dall’assolvimento degli “**obblighi di servizio**” che appaiono essere di specifica appartenenza al pubblico dipendente ed, in particolare, a coloro i quali assolvono a compiti di sicurezza dello Stato.

Nell’ambito di questa “**duplice tutela**” oggi è possibile prevedere che il dipendente pubblico possa:

- ❖ in caso di “**duplice tutela**” presentare entrambe le domande di riconoscimento (*denuncia all’INAIL entro il termine prescrizione di 3 anni e domanda di riconoscimento di causa di servizio all’Amministrazione di appartenenza entro il termine di 6 mesi dalla conoscenza certa della malattia*), tenendo presente che la denuncia all’INAIL non interrompe i termini per la presentazione della domanda di riconoscimento della causa di servizio;
- ❖ in caso di non “**duplice tutela**” (“fatti di servizio” e, ancor di più, “obblighi di servizio”) la domanda di riconoscimento segue la regolamentazione della sola “**causalità di servizio**”;
- ❖ con la “**duplice tutela**” si esclude, tuttavia, il duplice indennizzo/risarcimento: va dedotto dall’equo indennizzo ciò che il lavoratore percepisce in virtù di assicurazioni a carico della pubblica amministrazione.

Nell’ambito di un intervento di semplificazione delle procedure e di riduzione dei costi si potrebbe pervenire ad una configurazione della “**duplice tutela**” – attraverso un riordino della materia – mediante l’adozione per il “settore pubblico” dei seguenti percorsi valutativi o di altri da identificare per cui:

- *una vasta gamma di tutela previdenziale (dipendenti contrattualizzati e larga parte dei dipendenti non contrattualizzati) potrebbe essere unificata nell’ambito della tutela INAIL, che risulterebbe competente per tutti gli infortuni sul lavoro da rischio specifico o generico aggravato e per le malattie professionali con una mirata equiparazione economica al quantum previsto per la “causalità di servizio” ed inglobando per la L. 38/2000 anche il “danno biologico”;*
- *una restante gamma di tutela previdenziale, ovvero quella relativa a parte dei dipendenti non contrattualizzati (ad esempio i militari), potrebbe permanere ab initio nell’ambito della causalità di servizio configurando anche la valutazione del “danno biologico”;*

- ***infine le CC. MM. di cui al D.P.R. 461/2001 risulterebbero competenti per tutti i dipendenti pubblici per i quali l'INAIL non abbia riconosciuta in prima istanza l'infortunio o la malattia come indicato in precedenza, oltre a quanto rapportabile ai "fatti di servizio".***

Tale proposta potrebbe essere, quindi, alla base dell'estensione ed emanazione di un nuovo Testo Unico finalizzato a garantire una tutela comune per le prestazioni previdenziali ed indennitarie nei confronti di tutti i dipendenti, pubblici e privati, dovendo necessariamente prevedere il "danno alla salute" come bene da tutelare per tutti i lavoratori.

Il Comitato di Verifica per le Cause di Servizio: competenze e profili giuridici e medico-legali nell'unicità e definitività dell'accertamento

Alberto Avoli

Vicepresidente del Comitato di Verifica per le cause di servizio

Consigliere della Corte dei Conti

Il Comitato di verifica per le cause di servizio è organo consultivo delle Amministrazioni pubbliche centrali e locali nelle procedure di riconoscimento delle cause di servizio in favore del personale dipendente, con particolare e specifica competenza nella valutazione del nesso di dipendenza fra l'attività lavorativa e la lesione o l'infermità subite.

Il riconoscimento del nesso di dipendenza è normalmente finalizzato al conseguimento dell'equo indennizzo o della pensione privilegiata. Il riconoscimento stesso può però avere anche una valenza autonoma di rilievo, per così dire, solo potenziale: infatti esso può essere chiesto anche in presenza di stati patologici non classificabili al momento della visita collegiale di riscontro.

In altre parole il Comitato deve esprimersi anche sulle nosologie "pregresse", ovvero su quelle che, non classificabili allo stato, potrebbero divenirlo in seguito.

Come è noto le procedure per il riconoscimento dell'equo indennizzo e della pensione privilegiata si articolano nelle seguenti fasi: a) Impulso d'ufficio o, più frequentemente, ad istanza di parte; b) Istruttoria dell'amministrazione di appartenenza; c) Visita collegiale di riscontro della menomazione; d) Accertamento di dipendenza fra il servizio e la menomazione stessa; e) Provvedimento conclusivo.

La competenza del Comitato si colloca al punto c) e si esplica attraverso il principio della cosiddetta "unicità" dell'accertamento. In base ad esso, la dipendenza viene stabilita una volta per tutte ed ha valore sia per l'equo indennizzo che per la pensione privilegiata (e in eventuali altri casi fosse richiesta per legge).

Il Comitato pronuncia pareri obbligatori e vincolanti. Infatti l'Amministrazione è tenuta a conformarsi al parere del Comitato. Qualora non ritenga di conformarsi, può chiedere motivatamente il riesame, ma, ove il parere venga confermato, l'obbligo di conformità è inderogabile.

Il parere reso dal Comitato non è di per sé impugnabile, divenendolo successivamente quale atto necessario presupposto del provvedimento finale, oggetto, esso sì, del requisito generale dell'impugnabilità.

L'inserimento del riconoscimento della dipendenza in una procedura di equo indennizzo o di pensione privilegiata rileva ai fini della individuazione del Giudice munito della giurisdizione e cioè del potere di decisione sulla controversia.

Nell'ambito dell'equo indennizzo, il personale civile contrattualizzato deve adire il Giudice ordinario. Quello non contrattualizzato il Giudice amministrativo.

Per le pensioni privilegiate prevale la competenza della Corte dei conti in qualità di Giudice naturale delle pensioni pubbliche.

Il Comitato è attualmente definito come struttura operativa del Ministero dell'Economia e delle finanze, pur rendendo pareri a tutte le Amministrazioni pubbliche. Tali intendendosi quelle di cui all'articolo 1 comma due del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165 (nonché quella del Corpo dei Vigili del fuoco e quelle militari e di polizia ovvero ricomprese nell'articolo 1 del d.p.r. 29 dicembre 1973 n. 1092).

Quanto sin qui detto a livello descrittivo si colloca in un ambito ove non mancano rilevanti problematiche, che in questa sede possono solo essere richiamate.

Innanzitutto ci si può chiedere se corrisponda a coerenza di sistema il fatto che la causalità lavorativa presenti due strutture procedurali del tutto distinte fra loro, addirittura spesso non osmotiche: una per i dipendenti pubblici (ancorché fruitori di contratti privatizzati) e l'altra per quelli privati.

A riguardo appare incontrovertibile il dato normativo che prevede una causalità di servizio pubblica distinta da quella privata. Il Comitato di verifica costituisce una delle espressioni strutturali di tale diversificazione.

Il secondo punto riguarda l'inesistenza di un Giudice unico della causalità di servizio pubblica. Come evidenziato, si intrecciano e si sovrappongono competenze del Giudice ordinario, del Giudice amministrativo e della Corte dei conti quale giudice delle pensioni pubbliche.

Tenuto conto che ciascun Giudice opera sulla base di procedure proprie, di regole specifiche in materia probatoria e comunque di sensibilità diverse, risulta un quadro giurisprudenziale complesso e talora incoerente.

È ragionevole supporre che l'individuazione del Giudice unico per le causalità di servizio pubbliche potrebbe rendere più semplici i percorsi impugnativi, soprattutto contribuendo ad un più armonico quadro delle pronunce.

Il terzo punto riguarda le relazioni di servizio (o, meglio, di strumentalità) che si instaurano fra il Comitato – e ciascuno dei suoi componenti – e le varie amministrazioni di appartenenza del personale interessato.

Secondo una autorevole opinione, il Comitato è sempre legato da rapporto di servizio con il Ministero dell'Economia e, quindi, con lo Stato. Secondo altri, il Comitato è assoggettato al principio di mutevolezza del rapporto di servizio. Per cui si stabilisce di volta in volta il rapporto con l'Amministrazione che ha richiesto il parere.

Poiché in ciascuna seduta del Comitato si discutono pareri per amministrazioni diverse (Comuni, Stato, Università, Aziende sanitarie e ospedaliere ecc), il Comitato di volta in volta stabilirebbe un rapporto di servizio con ciascuna di esse.

Il tema non è solo teorico; può infatti avere importanti riflessi pratici, ad esempio in materia di responsabilità amministrativa, alla quale sono sicuramente assoggettati i componenti del Comitato nell'esercizio delle loro funzioni e nell'ambito della quale riveste uno specifico rilievo l'individuazione esatta del rapporto di servizio in essere.

Il Comitato per le cause di servizio ha dunque una competenza generale nell'accertamento del nesso di dipendenza fra il servizio prestato presso amministrazioni pubbliche e menomazioni per infermità o lesioni.

Recentemente, in questo ampio contesto, si è inserita una nuova competenza, che può farsi rientrare a buon diritto nel novero delle causalità specifiche.

Il d.P.R. 7 luglio 2006 n. 243 porta come oggetto "Regolamento concernente termini e modalità di corresponsione delle provvidenze alle vittime del dovere ed ai soggetti equiparati ai fini della progressiva estensione dei benefici già previsti a favore delle vittime della criminalità e del terrorismo, a norma dell'art. 1 comma 565 della legge 23 dicembre 2005 n. 266".

Va subito rilevata una certa imprecisione nel testo ora riportato.

Infatti l'oggetto del regolamento contiene il riferimento al solo comma 565 della Legge n. 266/05, là dove occorre richiamarsi a tutti i commi dal 562 al 565 (come peraltro correttamente suggerito nelle premesse).

Il comma 562 contiene la previsione della copertura finanziaria e non è di particolare interesse in questa sede.

Il comma 563 definisce invece il concetto di "vittima del dovere" ed il successivo 564 quello di "soggetto equiparato".

Il comma 565 demanda a successivo regolamento (appunto il d.P.R. 243/06) la determinazione "dei termini e delle modalità per la corresponsione delle provvidenze"

Ai sensi del richiamato comma 563 per vittime del dovere debbono intendersi i soggetti di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 1980 n. 466 e, in genere, gli altri dipendenti pubblici deceduti o che abbiano subito una invalidità permanente in attività di servizio o nell'espletamento delle funzioni di istituto per effetto diretto di lesioni riportate in conseguenza di determinati eventi.

Tali eventi debbono essersi verificati: a) Nel contrasto ad ogni tipo di criminalità; b) Nello svolgimento di servizi di ordine pubblico; c) Nella vigilanza ad infrastrutture civili e militari; d) In operazioni di soccorso; e) In attività di tutela della pubblica incolumità; f) A causa di azioni recate in impieghi internazionali non aventi necessariamente carattere di ostilità.

Il comma 564 stabilisce che “sono equiparati ai soggetti di cui al comma 563 coloro che abbiano contratto infermità permanentemente invalidanti o alle quali consegua il decesso, in occasione o a seguito di missioni di qualunque natura, effettuate dentro e fuori dai confini nazionali e che siano riconosciute dipendenti da causa di servizio per le particolari condizioni ambientali od operative”.

Va subito detto che la competenza attribuita al Comitato non riguarda le vittime del dovere in senso stretto, bensì solo i soggetti ad esse equiparati, così come individuati dal menzionato comma 564.

Infatti in questi casi la procedura per il conseguimento del beneficio prevede: a) L’impulso a domanda o d’ufficio; b) L’istruttoria affidata all’amministrazione di appartenenza; c) L’intervento delle Commissioni di verifica per il riscontro sanitario e del Comitato per l’accertamento della dipendenza; d) La determinazione del Ministero dell’Interno per l’inserimento nella graduatoria unica nazionale degli aventi diritto secondo l’ordine cronologico di accadimento degli eventi; e) La determinazione del Ministero dell’Economia per le risorse da inserire in bilancio; f) L’adozione del provvedimento definitivo.

Ai sensi dell’articolo 6 del d.P.R. n. 243 (con oggetto: “Riconoscimento delle infermità per particolari condizioni ambientali o operative”) “l’accertamento della dipendenza da causa di servizio per particolari condizioni ambientali od operative di missione delle infermità permanentemente invalidanti o alle quali segue il decesso ... è effettuato secondo le procedure di cui al d.P.R. 29 ottobre 2001 n. 461, prescindendo da eventuali termini di decadenza”.

Ancora nella norma è detto che “le commissioni mediche di verifica esprimono il giudizio sanitario sulla percentualizzazione dell’invalidità”.

Inoltre – ed è particolarmente importante – “le infermità si considerano dipendenti da causa di servizio per particolari condizioni ambientali od operative di missione solo quando le straordinarie circostanze e i fatti di servizio ... ne siano stati la causa ovvero la concausa efficiente e determinante”.

E quindi “il Comitato di verifica per le cause di servizio ... accerta la riconducibilità delle infermità dipendenti da causa di servizio alle particolari condizioni ambientali od operative di missione e si pronuncia con parere da comunicare all’Amministrazione ... Il parere ... è motivato specificamente in ordine alla ricorrenza dei requisiti previsti”.

La lettura delle norme appena evidenziate impone subito una considerazione.

È indubbio che il comma 564, nell’introdurre la figura dei “soggetti equiparati” alle vittime del dovere, si pone come obiettivo una finalità estensiva dei particolari benefici in questione, fra l’altro di un certo peso economico.

L'estensione appare caratterizzata da una notevole indeterminatezza soggettiva ed oggettiva.

Comunque l'interprete deve muoversi in questo contesto e non può "tradire" l'intento legislativo, pur rimanendo in un ambito procedurale il più rigoroso possibile.

I presupposti per l'attribuzione dei benefici economici in questione sono quattro: a) Condizione di "missione" di qualunque natura, all'interno e all'esterno del territorio nazionale; b) Servizio prestato in particolari condizioni ambientali od operative; c) Infermità permanentemente invalidanti o decesso; d) Riconducibilità dell'infermità o del decesso al servizio sulla base del nesso di causalità o concausalità determinante ed efficiente.

Innanzitutto deve affermarsi il principio della presupposizione, in base al quale il riconoscimento della causa speciale (quella per particolari condizioni ambientali od operative di missione) deve necessariamente avere come presupposto quello della causa ordinaria.

Questa presupposizione è sempre necessaria ed è ineludibile: la causalità ordinaria non necessariamente porta a quella speciale; quella speciale non può esistere senza quella ordinaria.

Il principio vale anche nell'ipotesi (di per sé ricorrente) che la causalità speciale venga accertata contestualmente a quella ordinaria. Infatti, anche in caso di contestualità, l'ordine logico vuole prima la trattazione dell'ordinaria e subito, in successione immediata, quella speciale.

Ciò che caratterizza le "vittime equiparate" è dunque lo stato di missione e la particolarità delle condizioni ambientali od operative (requisiti elencati poco sopra alle lettere "a" e "b").

Circa la competenza ad accertare la sussistenza di tali presupposti, sono ipotizzabili tre scenari.

Secondo il primo, l'Amministrazione, in sede istruttoria, certifica sotto propria responsabilità la sussistenza della condizione di "servizio in missione", nonché lo svolgimento di impieghi in particolari condizioni ambientali od operative. Il Comitato, preso atto di tale certificazione, rende il parere sulla dipendenza.

Nella seconda ipotesi, l'Amministrazione, sempre nella sede istruttoria, fornisce tutti gli elementi conoscitivi utili perché il Comitato, in sede di valutazione sulla dipendenza, si pronunci anche sulla sussistenza dello stato di missione e sulla particolarità delle condizioni.

Infine può ammettersi che l'Amministrazione attesti motivatamente e documentalmente lo stato di missione e le particolari condizioni, ma che il Comitato possa disattendere tali certificazioni, ad esempio negando lo stato di missione o anche quello delle particolari condizioni.

Il problema è aperto e non sembra possibile individuare una soluzione assolutamente ottimale. Anche perché in pratica è spesso difficile separare completamente il momento dell'apprezzamento della dipendenza da una correlata e specifica considerazione sul servizio.

Nella causalità ordinaria i due momenti (quello certificativo del servizio e dei rischi connessi e quello attinente all'accertamento della dipendenza) sono maggiormente separabili. Nella speciale, la loro interconnessione è certamente maggiore.

Si deve dare atto che i primi dati disponibili sulla prassi amministrativa in corso di consolidamento spingono a ritenere che: a) Compete all'Amministrazione attestare la condizione di missione, dandone opportuno riscontro documentale e motivazionale; b) Compete all'Amministrazione qualificare nel servizio la sussistenza della particolarità delle condizioni di impiego, ponendo in esplicita evidenza i fattori di rischio ulteriore che le stesse hanno comportato; c) Compete al Comitato procedere all'accertamento della causalità speciale.

La sussistenza della condizione di missione è comunque un dato oggettivo, che può, per quanto detto, essere rimesso alla competenza dell'amministrazione in sede istruttoria. La relativa certificazione deve essere completa ed evidenziare l'esatto contenuto tipologico e temporale del servizio comandato in missione.

Parecchi dubbi continuano a manifestarsi sul concetto di missione rilevante ai fini del riconoscimento dei benefici in questione.

La norma non fa distinzioni fra missioni nazionali ed internazionali. Questo è vero. Ma non si può negare che esistono una molteplicità di livelli operativi di missioni, ad esempio, alcune strutturate ed altre, più occasionali, no.

È indubbio che sul concetto di missione, quale genericamente individuato dalla norma, pesa il cosiddetto "paradosso di Monterotondo".

Se tutto è missione rilevante, anche il Carabiniere mandato da Roma a Monterotondo (distante solo una ventina di chilometri) è in missione. Qualora il suo servizio presentasse le particolari condizioni, egli avrebbe diritto ai benefici. Non anche il suo collega con titolarità nella stessa località, che fosse stato impegnato nel medesimo servizio (salvo il caso in cui non rientri fra le vittime del servizio tout court).

Un bel "pasticcio" dal quale è difficile venire a capo, se non estendendo il concetto di missione, non restringibile in nessun modo sulla base della lettura testuale delle norme. L'unico paletto che può essere posto riguarda la necessità della formalizzazione del provvedimento autorizzativo, provvedimento di regola in forma scritta, eccezionalmente anche verbale (purché giustificato dalla straordinarietà delle circostanze e confermato dal soggetto disponente sovraordinato e in ipotesi asseverato per conferma dal superiore di quest'ultimo).

Se la condizione di missione può considerarsi un presupposto oggettivo certificabile (con tutte le perplessità di cui si è detto), la particolarità delle condizioni presenta profili di indeterminazione ben più pregnanti.

Le particolari condizioni ambientali od operative costituiscono il presupposto forse maggiormente caratterizzante l'attribuzione dei benefici ai soggetti equiparati alle vittime del dovere.

Il testo normativo non offre all'interprete spunti significativi per delimitare senza ambiguità lo spazio del servizio reso nelle richieste "particolari" condizioni.

L'unico elemento di qualche significato è dato dal fatto che la particolarità deve essere inerente al servizio (principio di inerenza). Inoltre la norma lega le parole "ambientali" ed "operative" con la disgiuntiva "o", con la conseguenza che non sembra esistere la necessità del cumulo delle particolarità ambientali con quelle operative.

Del resto, le particolari gravosità ambientali ed operative non sono fra loro sinonimi. I fattori ambientali sono quelli esterni al servizio, pur ad esso inerenti (nel senso che essi costituiscono il quadro di contorno all'interno del quale collocare il servizio stesso). Le condizioni operative invece attengono al servizio in quanto tale, alle sue applicazioni concrete, alle sue dinamiche di svolgimento previste ex ante e poi concretamente dispiegate.

Occorre ora approfondire il concetto di "particolare".

Va premesso che appare molto rilevante poter definire con chiarezza i confini di un concetto volutamente lasciato indefinito dal legislatore.

La particolarità delle condizioni di impiego in missione va parametrata alla normalità e alla ordinarietà. Ma quanto grande deve essere la distanza fra particolare e normale, fra straordinario ed ordinario?

Manca una misura predefinita e si corre il rischio di voler definire l'aggettivo "particolare" ricorrendo ad altri aggettivi, in una rincorsa qualificatoria dove le parole si aggiungono alle parole senza mai consolidare un concetto spendibile nella pratica dell'esperienza applicativa.

Una misura definita dunque non è disponibile e all'interprete non può essere chiesto di fare miracoli. È però necessario cercare di pervenire a qualche risultato di relativa certezza e questo obiettivo può essere raggiunto solo offrendo un percorso argomentativo puntuale concretamente percorribile.

Sembra innanzi tutto che la particolarità dell'impiego debba essere individuata mediante un criterio improntato ad un alto livello di rigore, anche per compensare la rete fin troppo larga della platea dei soggetti con diritto al beneficio.

La particolarità dell'impiego può quindi essere considerata come l'elemento di selezione principale per l'individuazione dei beneficiari della specifica provvidenza economica.

Essa implica che nel medesimo si possa ravvisare un "quid pluris" rispetto a quello ordinario. Non solo: la particolarità da sola non è sufficiente. Occorre che essa abbia comportato un

rischio ulteriore, nuovo o maggiore rispetto a quello necessario per la causalità ordinaria presupposta.

Stabilito che la “particolarità” deve misurarsi sia come valore assoluto in sé, sia come un riferimento relazionale alla “normalità”, deriva come corollario che la valutazione della dipendenza da causa di servizio si concretizza come un giudizio caso per caso, dove non possono e non debbono assumere alcun ruolo determinante le semplici presunzioni.

In pratica, la particolarità del servizio deve essere provata, così debbono trovare adeguato riscontro probatorio i fattori di rischio specifico ulteriori.

Il provvedimento conclusivo della procedura, sia positivo che negativo, deve dunque essere congruamente motivato e dare esplicito conto di tutti gli elementi valorizzati per pervenire alla decisione.

All'interno della procedura amministrativa assume dunque un ruolo centrale il parere del Comitato, parere che deve contenere una specifica e congruente motivazione, ricollegata alla specificità di ogni singolo caso.

L'obbligo di motivazione non può ritenersi assolto dall'uso (rectius: dall'abuso) di formule stereotipe standardizzate, neppure nell'ipotesi concessiva.

Il Comitato, nel rendere il proprio parere, obbligatorio e vincolante, deve poter contare su di un rapporto informativo redatto in modo completo ed esaustivo.

Allorché la procedura sia stata attivata ad iniziativa di parte e l'interessato abbia egli stesso allegato la particolarità dell'impiego e la presenza di rischi ulteriori, l'Amministrazione dovrà confermare le asserzioni formulate. La conferma (o la negazione) non deve essere generica, ma completa ed esaustiva.

Giova sottolineare l'importanza che vengono ad assumere i rapporti di servizio. Essi debbono: a) Certificare la condizione di missione, precisando il periodo temporale di impiego, la tipologia esatta dell'incarico, nonché l'autorità conferente; b) Individuare le condizioni particolari di impiego che debbono essere circoscritte in base al principio della specificità e della effettività, previa indicazione della tipologia ordinaria (non ogni missione genera condizione particolare di impiego); c) Dare conto delle situazioni di rischio ulteriore presenti nel servizio qualificato particolare.

La valutazione della particolarità in base alle risultanze del rapporto deve tenere conto anche delle specifiche caratteristiche del personale interessato, il più delle volte appartenente a Corpi militari.

Secondo una “opinione sociologica”, per un militare la partecipazione ad una operazione bellica con impiego di armi costituisce una forma di impiego assolutamente ordinaria.

Del resto un determinato servizio può essere “particolare” in un determinato momento e “ordinario” in un altro.

Ad esempio, il servizio nella protezione civile di soccorso a popolazioni colpite da un terremoto può tranquillamente essere qualificato ordinario. Può invece essere considerato particolare e straordinario per i componenti delle unità di soccorso intervenute immediatamente dopo l’evento.

Il concetto di particolarità si coniuga assai frequentemente con quello di urgenza, pur non dovendosi confondere con esso.

Sempre per continuare ancora con esempi significativi, la particolarità del servizio non può essere riconosciuta neppure a quanti operano in missioni all’estero in scenari oramai stabiliti.

La criteriologia applicata nella materia in esame, pur non potendo fare propria l’estrema opinione sociologica appena segnalata (della quale peraltro si deve ammettere una logica difficilmente superabile sul piano teorico) non può mancare di rigore.

Del resto può a riguardo essere preso lo spunto dal paragone fra la misura dei benefici previsti alle vittime del dovere e ai soggetti equiparati e quella ordinaria. La differenza quantitativa fra i due benefici è molto ampia: pertanto, come il beneficio per le vittime del dovere ed equiparati è molto più elevato di quello ordinario, così a monte il servizio in missione deve aver comportato una comprovata particolarità operativa altrettanto ampia.

Sarebbe priva di giustificazione logica e contrasterebbe con il principio di ragionevolezza ed imparzialità dell’azione amministrativa, l’attribuzione di un beneficio economico di gran lunga più consistente ad un soggetto con un servizio appena un po’ più gravoso del normale e quindi al beneficio ordinario previsto in sede di equo indennizzo.

Alla centralità procedurale del rapporto di servizio si accompagna l’importanza dei processi verbali delle Commissioni di verifica. Appare all’uopo necessario richiamare tutti gli elementi che debbono essere ricompresi nel processo verbale.

È previsto nel comma 6 dell’articolo 6 del d.P.R. n. 461/01 che “dal verbale debbano risultare le generalità del dipendente, la qualifica e la firma dei componenti della commissione, il giudizio diagnostico, gli accertamenti e gli elementi valutati ai fini diagnostici, la determinazione della data di conoscibilità o stabilizzazione dell’infermità, la categoria di ascrivibilità, il giudizio di idoneità o altre forme di inabilità”.

La tipologia dei processi verbali delle commissioni è astrattamente uguale sia per la causalità ordinaria che per quella speciale. Del resto del tutto sovrapponibili sono i criteri di determinazione causale. Anche l’onere probatorio segue lo stesso regime e nel caso di procedure ad impulso di parte rimane a carico dell’istante.

In realtà nella causalità speciale i singoli istituti finiscono per atteggiarsi in modo diverso, creando uno iato fra le modalità applicative del d.P.R. n. 461 e quelle del d.P.R. n. 243.

Per quanto riguarda in particolare i processi verbali, posto che la causalità speciale può essere pronunciata anche contestualmente a quella ordinaria, non sembrano sussistere motivi ostativi alla unicità della visita collegiale e della conseguente verbalizzazione. Purché ovviamente l'unicità e la contestualità mantengano ben distinte le catene causali speciale ed ordinaria.

I criteri seguiti dal Comitato per la pronuncia sulla causalità di servizio speciale (o, meglio, del servizio speciale) sono i medesimi di quelli adottati per la causalità ordinaria.

Sono rilevanti sia la causa che la concausa che abbiano avuto un ruolo efficiente e determinante nella eziologia patogenetica, con ciò assestando un colpo definitivo al superato parametro della preponderanza concausale.

Circa i contenuti concreti da racchiudere nell'efficienza e nella valenza determinativa, si richiama il lungo dibattito in corso che percorre tutte le componenti della medicina legale.

L'aggettivazione affiancata via via al concetto di causa o concausa si presenta molte volte poco significativa: senza ombra di dubbio può affermarsi che la sua pletorica abbondanza (e ridondanza) rischia di essere inversamente proporzionale alla chiarezza.

In linea generale, il Comitato collega una patologia al servizio, mediante l'applicazione dei cosiddetti "criteri di collegamento" stabiliti per via normativa e rafforzati dalla prassi.

Punto nodale del collegamento è rappresentato dal ricorso alla "condicio sine qua non". Ciò anche con riferimento a quanto detto ai commi secondo e terzo dell'art. 64 del d.P.R. 29 dicembre 1973 n. 1092 ("... fatti di servizio sono quelli derivanti dall'adempimento degli obblighi di servizio. Per gli stessi effetti, le infermità o le lesioni si considerano dipendenti da fatti di servizio, quando questi ne siano stati causa ovvero concausa efficiente e determinante").

Il concetto di efficienza significa che i fattori di rischio comprovati debbono essere di per sé idonei a produrre una determinata patologia o, quanto meno, ad incidere sulla sua insorgenza e sul suo corso in termini aggravativi.

Il concetto di determinatezza segna il passaggio fra l'efficienza causale astratta e la conseguenza patologica effettivamente riscontrata. Sia la causalità speciale che quella ordinaria attribuiscono particolare rilevanza al rischio qualificato mentre la escludono per quello elettivo.

Invece il rischio generico, che di regola non trova ingresso nella causalità ordinaria, finisce con l'assumere un ruolo non secondario in quella speciale per le vittime equiparate del dovere, che, trovandosi in missione, hanno dovuto operare in condizioni di servizio particolarmente avverse.

SECONDA SESSIONE
LA CRITICITÀ DEL SISTEMA TABELLARE ABEF

Presidente

L. Lista, *Capo Ufficio Politica Sanitaria Stato Maggiore Difesa, Presidente C.M.V. di Roma*

Moderatore

C. De Collibus, *Coordinamento Generale Medico-Legale INPS, Roma*

Sperequazioni tra evoluzione clinica e staticità del sistema ABEF

Francesco Consigliere

Presidente C.M.V. del MEF di Brescia

Medaglia d'oro al merito della Sanità Pubblica

Quarant'anni or sono, nel proporre al mio maestro, Prof. Aldo Franchini, come argomento della mia tesi di specializzazione un'analisi critica delle tabelle della pensionistica di privilegio, che allora si riferivano alla normativa del 1948, ebbi la risposta: "Ma vuoi sparare alle nuvole?" Mi dirottò altrove, nell'ambito dell'invalidità civile...

Da allora malgrado più volte in convegni si sia toccato l'argomento, ricordo in particolare a Roccaraso un convegno SIMLA organizzato da Umani Ronchi nel 1994, non si è mai riusciti a fare smuovere tali tabelle da una sclerosi scientifica fuori misura. Bolino e Castrica nel loro testo avevano evidenziato le discrasie che sottendono tali tabelle e recentemente Lista con molto pudore ha parlato di aporie ma in sostanza si tratta spesso di autentici anacoluti medico-legali. Oggi onestamente ma velatamente si parla in un convegno di criticità di tali tabelle. L'incontro odierno infatti verte sulla criticità del sistema tabellare ABEF con il proposito - ma dobbiamo dircelo chiaramente se veramente questo sarà possibile - di giungere al superamento del tale sistema valutativo. E' opportuno quindi approfondire inizialmente quale sia stato l'exkursus, invero piuttosto travagliato, della valutazione tabellare in tema di pensionistica di guerra. Va premesso che il sistema tabellare ABEF previsto per la pensionistica di guerra è sempre stato trasferito in sede applicativa alla pensionistica di privilegio e all'equo indennizzo con il criterio che più recentemente è stato disposto della "ascrivibilità a categoria della tabella A o della tabella B annesse al DPR 834/81 ovvero al DPR o legge vigente al momento dell'istanza". Pertanto l'analisi delle tabelle in quanto tali resta circoscritto alla pensionistica di guerra e a tale proposito non è inopportuno rammentare che tali tabelle sono state improntate per "lesioni e infermità da cui sia derivata perdita della o menomazione della capacità lavorativa generica (DPR 915/78)".

Quando la Corte Costituzionale stabilì che era indennizzabile il danno da violenza carnale relativo ai fatti avvenuti nel maggio del 1944, in sede giurisprudenziale si stabilì che il riferimento

alla capacità lavorativa generica poteva essere superrato per motivazioni sociali e, pertanto, l'indennizzo poteva avere luogo.

Ritornando alla pensionistica di guerra tralasciando i primordi legislativi, è il D.L.g.le n°874/1917 che ha fornito una panoramica molto ristretta e relativa di infermità di genesi pressoché esclusivamente post-traumatica; mentre il R.D. 12/7/1923 n°1441, pietra miliare sul piano giuridico ha introdotto i concetti di “cumulo per menomazioni plurime” e quello di “superinvalidità”, trasformando la tabella unica di cui al D.L. 874/1917, in due tabelle, la A e la B. La prima di otto categorie di menomazioni psicofisiche determinanti diritto alla pensione vitalizia, la seconda unica categoria, con menomazioni da risarcire una tantum. Dagli anni '40 ai '50 sono poi seguite normative molto parziali e settoriali, che hanno ampliato le categorie dei soggetti del diritto e modificato le tabelle, introducendo nuovi assegni di accompagnamento e di incollocabilità. La L. 10/8/1950 n°648, riordinando la precedente normativa, introduceva nuovi assegni e ritoccava le tabelle con spostamento di voci con valutazioni più favorevoli all'invalido. Dal '50 al '68 è stato tutto un susseguirsi di interventi normativi parcellari tra cui va ricordata la L. 9/11/1961 n°1240, che prevedeva criteri per il parere di inabilità al lavoro proficuo e termini per la constatazione dell'infermità (5 anni dalla cessazione del servizio ma 10 per il Parkinsonismo).

La L. 18/3/1968 n° 313 “Riordinamento della legislazione pensionistica di guerra” (alcuni contenuti della quale erano stati anticipati dalla L. 18/5/1967 n° 318), ha ampliato notevolmente le tabelle introducendo ben 64 voci nuove, quasi tutte di patologia internistica, per le quali in precedenza si ricorreva al criterio di equivalenza, e precisava la procedura per valutare la coesistenza di più di due infermità.

L'oggetto della valutazione, nella formulazione del Legislatore del DPR 461/2001, riguarda *“le conseguenze sull'integrità fisica, psichica o sensoriale e sull'idoneità al servizio”* (art. 2 comma 1 DPR n. 461/2001) per la causa di servizio, ovvero *“una menomazione della integrità fisica o psichica o sensoriale”* (art. 2 comma 4 DPR n. 461/2001) per l'equo indennizzo.

In realtà tale valutazione viene concretamente demandata a parametri valutativi utilizzati in passato e che appaiono oggi in tutta la loro insufficienza, cioè le Tabelle A e B allegate al DPR 841/1981 e la Tabella E di cui alla legge 656/1986.

L'oggetto del danno nel sistema tabellare ABEF è la capacità lavorativa generica, entità assolutamente anacronistica in un panorama medico-legale incentrato sul danno biologico, parametro accolto anche dal Legislatore in ambito INAIL ormai da tempo. Si tratta, infatti, di un sistema valutativo pensato per la pensionistica di guerra, fondato sulle perdite anatomiche (con voci ridondanti e spesso superflue) e sulla “motricità”, che ignora quasi totalmente gli esiti funzionali delle lesioni e che fa riferimento a nozioni scientifiche di quasi trent'anni fa.

Inoltre, va sottolineata l'assenza di riferimenti strumentali adeguati che permettano di graduare il danno (audiometria, timpanogramma, campimetria), di distinzione tra arto dominante e non, la totale assenza di riferimenti a lesioni o patologie dell'apparato genitale femminile, nonché la mancata considerazione per possibili interventi chirurgici (sia per patologia benigna che maligna, esiti di trapianto) o di ausili protesici (sostituzione di valvole cardiache, protesi per aneurismi vascolari, protesi ortopediche) in grado di modificare radicalmente la prognosi quoad vitam e/o quoad valetudinem di determinate patologie. Infine, in molti casi, le valutazioni proposte dalle tabelle risultano francamente eccessive pur tenendo conto dell'ottica di "privilegio".

Il nostro lavoro¹⁵ propone una revisione sistematica delle voci che ha consentito di individuare alcune "categorie di inadeguatezza": voci ridondanti o superflue, voci che sovrastimano eccessivamente il danno se paragonate ad altri strumenti valutativi più moderni, voci concettualmente o formalmente inadeguate, voci troppo generiche, voci prive di riferimenti funzionali, strumentali od a presidi terapeutici che sarebbero assolutamente necessari per una valutazione più obiettiva possibile della reale incidenza della menomazione.

Tra le voci prive di riferimenti funzionali si segnalano:

Tab. A, Voce n. 20, I categoria: Cardiopatie organiche in stato di permanente scompenso o con grave e permanente insufficienza coronarica ECG accertata.

Tab. A, Voce n. 9, IV categoria: Le malattie di cuore senza sintomi di scompenso evidenti, ma con stato di latente insufficienza del miocardio.

Tab. A, Voce n. 12, V categoria: Le malattie organiche del cuore senza segni di scompenso.

Tab. A, Voce n. 15, V categoria: Le nefriti o le nefrosi croniche.

Tab. A, Voce n. 17, VII categoria: Bronchite cronica diffusa con modico enfisema.

Voci prive di riferimenti strumentali:

Tab. A, Voce n. 21, IV categoria: Le alterazioni organiche ed irreparabili di un occhio che ne abbiano prodotto cecità assoluta e permanente, con alterazioni pure irreversibili della visione periferica dell'altro, sotto forma di restringimento concentrico del campo visivo di tale grado da lasciarne libera soltanto la zona centrale o le zone più prossime al centro, oppure sotto forma di lacune di tale ampiezza da occupare metà del campo visivo stesso o settori equivalenti.

Tab. A, Voce n. 20, VI categoria: La diminuzione bilaterale permanente dell'udito, non accompagnata da affezioni purulente dell'orecchio medio, quando l'audizione della voce di conversazione sia ridotta alla distanza di 50 cm.

Tab. A, Voce n. 31, VIII categoria: Otite media purulenta cronica semplice.

Voci inadeguate:

Tab. A, Voce n. 20, I categoria: Cardiopatie organiche in stato di permanente scompenso o con grave e permanente *insufficienza coronarica ecg accertata*.

Tab. A, Voce n. 10, IV categoria: Calcolosi renale bilaterale con accessi dolorosi frequenti e con *persistente compromissione* della funzione emuntoria.

Tab. A, Voce n. 12, IV categoria: *Psico-nevrosi* gravi (fobie persistenti).

¹⁵ F. Consigliere, L. Micheli, A. Verzeletti, F. De Ferrari, "Pensionistica privilegiata ed equo indennizzo: tempo di armonizzazione?", *Medicina Legale Quaderni Camerti*, n. 1, 3-112, 2008

Tab. A, Voce n. 1, VI categoria: *Le cicatrici estese e profonde del cranio* con perdita di sostanza delle ossa in tutto il loro spessore, senza disturbi funzionali del cervello.

Tab. A, Voce n. 14, VI categoria: *Ulcera gastrica o duodenale, radiologicamente accertata*, o esiti di gastroenterostomia con neostoma ben funzionale.

Tab. A, Voce n. 19, VII categoria: *Nevrosi cardiaca* grave e persistente.

Tab. A, Voce n. 26, VII categoria: *Calcolosi renale senza compromissione della funzione emuntoria*.

Tab. A, Voce n. 27, VII categoria: *Isteronevrosi* di media gravità.

Tab. E, Voce H4: *Cardiopatie organiche in stato di permanente scompenso con grave e permanente insufficienza coronarica ECG accertata* o gravi al punto da richiedere l'applicazione di pace-maker o il trattamento con by-pass o la sostituzione valvolare.

Voci prive di riferimento a terapia e/o protesi:

Tab. A, Voce n. 21, I categoria: *Gli aneurismi dei grossi vasi arteriosi del collo e del tronco*, quando, per sede, volume o grado di evoluzione, determinano assoluta incapacità lavorativa.

Tab. A, Voce n. 6, II categoria: *La perdita di una coscia a qualunque altezza*.

Tab. A, Voce n. 8, IV categoria: *La lussazione irriducibile di una delle grandi articolazioni*.

Tab. A, Voce n. 17, VIII categoria: *Disturbi funzionali cardiaci persistenti (nevrosi, tachicardia, extra-sistolia)*.

Voci eccessivamente generiche:

Tab. A, Voce n. 18, I categoria: *Le alterazioni polmonari ed extrapolmonari di natura tubercolare e tutte le altre infermità organiche e funzionali permanenti e gravi al punto da determinare una assoluta incapacità al lavoro proficuo*.

Tab. A, Voce n. 19, II categoria: *Le affezioni gravi e permanenti degli organi emopoietici*.

Tab. A, Voce n. 10, III categoria: *L'epilessia con manifestazioni frequenti*.

Tab. E, Voce B2: *Tubercolosi o altre infermità gravi al punto da determinare una assoluta e permanente incapacità a qualsiasi attività fisica e da rendere necessaria la continua o quasi continua degenza a letto*.

Voci sovrastimate:

Tab. A, Voce n. 8, I categoria: *“La disarticolazione di un braccio o l'amputazione di esso all'altezza del collo chirurgico dell'omero”* (81-100%). Bargagna et al. 55-60%, I. Civile 75-80%, INAIL 50-65%, Macropermanenti 55-65%.

Tab. A, Voce n. 25, I categoria: *“Il diabete mellito ed il diabete insipido entrambi di notevole gravità”* (81-100%). Diabete insipido: Bargagna et al. 10-20%, I. Civile 46%, INAIL \leq 25%, Macropermanenti 10-25%.

Tab. A, Voce n. 27, I categoria: *“Castrazione e perdita pressoché totale del pene”* (81-100%). Bargagna et al. 14-60%, I. Civile 20-40%, INAIL \leq 50%, Macropermanenti 20-60%.

Tab. A, Voce n. 8, III categoria: *“Labirintiti e labirintosi con stato vertiginoso grave e permanente”* (71-75%). Bargagna et al. 25%, I. Civile 40%, INAIL \leq 18%, Macropermanenti 25%.

Tab. A, Voce n. 14, IV categoria: *“Pansinusiti purulente croniche bilaterali con nevralgia del trigemino”* (61-70%). Bargagna et al. 25-55%, I. Civile 20-40%, INAIL 25-40%, Macropermanenti 7-20%.

Tab. A, Voce n. 12, V categoria: *“Le malattie organiche del cuore senza segni di scompenso”* (51-60%). Bargagna et al. $<$ 10%, I. Civile 11-30%, INAIL \leq 10%, Micropermanenti $<$ 10%.

Tab. A, Voce n. 16, VI categoria: *“Nefrectomia con integrità del rene superstite”* (41-50%). Bargagna et al. 15%, I. Civile 25%, INAIL 18%, Macropermanenti 15%.

Tab. A, Voce n. 15, VIII categoria: “Gli esiti di pleurite basale o apicale monolaterali di sospetta natura tubercolare” (20-30%). Bargagna et al. 2-5%, I. Civile < 11%, INAIL ≤ 5%, Micropermanenti 1-3%.

Una tale situazione appare ormai insostenibile (anche la Corte di Cassazione ha recentemente evidenziato questi limiti con la sentenza n. 10214 del 4 maggio 2007) e assolutamente bisognosa di un intervento normativo che proponga, nell’ottica del danno biologico, nuove tabelle per la pensionistica privilegiata o che almeno s’impegni nella modifica e nell’aggiornamento degli aspetti più deficitari di quelle esistenti. Ciò presuppone una rivisitazione organica e radicale di tutta la valutazione del “privilegio”.

La Cassazione è stata piuttosto esplicita ultimamente; non vogliono tenerne conto? *“il danno alla salute, e non già l’incapacità lavorativa generica, rappresenta l’unità di misura che deve potere essere applicata al fine del riconoscimento dell’indennizzo ... inteso ... come menomazione dell’integrità psico-fisica in sé e per sé considerata... La tabella A annessa al T. U., come modificato dal D.P.R. n. 834 del 1981, non comprende, ovvero vi annette scarsa considerazione, i deficit funzionali degli organi interni, né riporta patologie o condizioni comunque invalidanti che sarebbero state definite solo alcuni anni più tardi, come ad esempio l’infezione da HIV”* (Cassazione civile sez. lavoro, 4 maggio 2007, n. 10214).

Nelle more di un compiuto riassetto del sistema si può ipotizzare il ricorso a sistemi tabellari di legge imperniati sul “danno biologico”, seguendo l’evoluzione che si è avuta in ambito INAIL con il decreto n. 38/2000, che potrebbe rappresentare un buon modello a cui tendere in un’ottica di sostanziale riforma della pensionistica privilegiata.

Infatti, pur in un contesto di carattere indennitario, quale quello relativo all’istituto in questione, il Legislatore nel Decreto 38/2000 ha recepito la necessità della tutela dell’ “integrità psico-fisica” del lavoratore quale diritto costituzionalmente garantito e tutelato. Un intervento così radicale avrebbe anche il merito di dare un importante contributo all’esigenza di armonizzare il panorama valutativo italiano, che troppo spesso appare afflitto da una totale mancanza di uniformità di giudizio riguardo alla valutazione di una stessa menomazione nei diversi ambiti valutativi, e alla volontà di integrare i sistemi pensionistici al fine di raggiungere un’unica tabella di legge fondata sulla valutazione del danno biologico. È evidente che una scelta “rivoluzionaria” di questo tipo, prevede un impegno notevole sotto vari profili, data la complessità della materia da riformare. C’è questo impegno? Attendo risposte fattive.

Ma forse anche oggi ho sparato alle nuvole...

Dal giorno della mia proposta al Prof. Franchini sono passati molti anni; la mia idea, oggi, è la stessa e non vorrei che anche dopo questo convegno fosse valida l’asserzione: “Ma vuoi sparare alle nuvole?”

Patologie otorinolaringoiatriche e Sistema ABEF

Domenico Porpora

Componente Commissione Medica di Verifica di Napoli

Le patologie di pertinenza del distretto Otorinolaringoiatrico sono presenti nella quasi totalità delle categorie delle Tabelle annesse al Decreto del Presidente della Repubblica n. 834 del 30 Dicembre 1981. Le infermità sono riportate nelle varie voci tabellari in maniera descrittiva e spesso in modo poco attinente alla realtà, sia per la enorme evoluzione delle tecniche diagnostiche sia per le possibilità terapeutiche più attuali che hanno inciso in modo spesso assai significativo nel ridurre o comunque modificare l'impatto sulla persona. Nella trattazione che segue si farà riferimento a quei quadri patologici la cui valutazione tabellare appare chiaramente non congrua e comunque distante dagli altri ambiti di valutazione delle assicurazioni sociali e private, tralasciando di riportare quelle condizioni –soprattutto correlate a perdita di organi, ampie distruzioni ossee della faccia e quadri complessi e/o gravissimi tali da consentire l'assegnazione di una superinvalidità – che appaiono correttamente valutate (vedi Tab. A Cat. 1[^]: voci 15, 16, 22, 32 – Tab. A Cat. 2[^]: voci 1, 2, 12, 17 – Tab. E, H, ecc.). Al fine di ottenere una visione d'insieme si è voluto evitare una discussione analitica di ogni singola voce tabellare optando per una valutazione dei quadri patologici più frequentemente riportati nelle diverse Tabelle e che maggiormente si discostano nella valutazione dagli altri ambiti valutativi.

Si sono esaminati:

- Disturbi dell'equilibrio
- Sinusiti croniche
- Otiti croniche e funzione uditiva
- Comunicazione verbale (favella, parola)

I disturbi dell'equilibrio

I disturbi dell'equilibrio sono riportati nella Tabella A – Terza categoria al capitolo 8 (Labirintiti e labirintosi con stato vertiginoso grave e permanente) e nella Tabella A Quarta categoria capitolo 17 (Labirintiti e labirintosi con stato vertiginoso di media gravità):

INFERMITÀ	DPR 834/81	INAIL	INV. CIV.
labirintiti e labirintosi con stato vertiginoso grave e permanente	tab A, cat 3 [^] (71-75%)	10%: sindrome deficitaria unilaterale mal compensata	31% - 40% vertigine in grandi crisi parossistiche
labirintiti e labirintosi con stato vertiginoso di media gravità	tab A, cat 4 [^] (61-70%)	10%: sindrome deficitaria unilaterale mal compensata	31%- 40% vertigine in grandi crisi parossistiche

Tab 1: valutazioni della vertigine nei diversi ambiti.

Dalla tabella si evince la notevole discrepanza tra il valore percentuale assegnato in ambito INAIL e invalidità civile e quello assegnato nelle tabelle, di cui al DPR 834/81. Si è scelto di porre in relazione quadri patologici clinicamente simili, per quanto lo possano consentire le descrizioni degli stessi nelle diverse tabelle. In realtà in ambito INAIL e invalidità civile la vertigine o, meglio, i disturbi dell'equilibrio di tipo periferico, vestibolare, vengono descritti e percentualizzati in maniera più complessa.

TAB 2: D.M. 5 febbraio 1992

COD	APPARATO VESTIBOLARE	%
4101	sindrome vestibolare centrale	11 - 20
4102	sindrome vestibolare deficitaria bilaterale	31 - 40
4103	sindrome vestibolare unilaterale ben compensata	6
4104	sindrome vestibolare deficitaria unilaterale mal compensata	21 - 30
4105	vertigine ben sistematizzata	1 - 10
4106	vertigine e nistagmo di posizione (vertigine otolitica posizionale)	11 - 20
4107	vertigini in grandi crisi parossistiche	31 - 40

Tab 3: Danno biologico in caso di infortunio sul lavoro e di malattie professionali

314	vertigine parossistica posizionale benigna	fino a 4%
315	sindrome labirintica deficitaria unilaterale o bilaterale in accettabile compenso	fino a 5%
316	sindrome labirintica deficitaria unilaterale mal compensata	fino a 10%
317	sindrome vestibolare centrale disarmonica	fino a 18%

Dalle definizioni in tabella emerge con chiarezza la necessità di eseguire in ogni caso test oggettivi in grado di documentare il grado di compromissione vestibolare e, quindi, la importanza di una collaborazione tra lo specialista otorinolaringoiatra e lo specialista medico legale per una corretta definizione clinica e una precisa valutazione del danno.

Le sinusiti croniche

Tab 4: valutazioni delle sinusiti nei diversi ambiti.

PATOLOGIA IN TABELLA	DPR 834/81	INAIL	INV. CIV.
----------------------	---------------	-------	-----------

Pansinusiti purulente croniche bilaterali con nevralgia del trigemino	Tab A, cat 4 [^] (61-70%)	322. Sinusopatia cronica etmoido-sfenoidale o frontale a seconda dei sintomi e dell'impegno del seno: 7%	COD: 6012 sinusite cronica con reperto rx significativamente positivo: 15%
Sinusiti purulente croniche o vegetanti con nevralgia	Tab A, cat 6 [^] (41-50%)	7%	come sopra: 15%

Risulta evidente (tab 4) la discrepanza tra la valutazione delle sinusopatie in ambito di pensione di privilegio, in invalidità civile ed infortunistica sul lavoro. In effetti negli anni in cui sono state emanate le tabelle relative alla causalità di servizio l'andamento clinico delle sinusiti si presentava frequentemente estremamente grave e non scevro da complicanze, con propagazione della flogosi a livello osseo, endocranico ed endoculare (1, 2, 3). Nel corso del tempo i miglioramenti tecnici hanno consentito delle diagnosi più precise (T.C.) e l'impiego di nuovi antibiotici ha modificato profondamente l'evoluzione clinica delle sinusiti. La corretta diagnosi (tab. 5), la terapia medica efficace e l'introduzione di tecniche chirurgiche endoscopiche atte a ripristinare la fisiologica ventilazione dei seni paranasali, rende la sinusite, almeno nella grande maggioranza dei casi, una patologia ben controllabile e che incide in maniera assai modesta sulla validità del paziente.

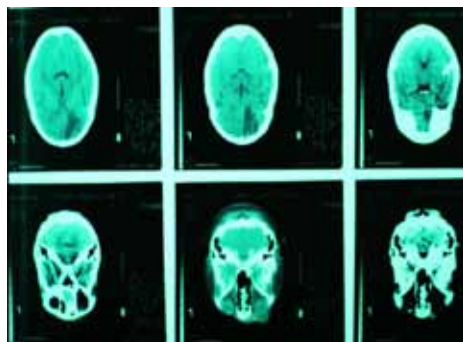


Foto 1: Complicanze endoculari.

Foto 2: Complicanza endocranica.

Foto 1 e 2: per gentile concessione di Vincenzo Pucci. Maestro.

La valutazione dell'impatto funzionale non può prescindere da una completa e attenta valutazione anamnestica, clinica obiettiva ed endoscopica ma soprattutto radiologica (tab. 5). A tal proposito è ormai chiara la scarsa utilità della radiologia convenzionale (4, 5) nella valutazione dei seni paranasali. Sarebbe opportuno, quindi, far sempre riferimento ad una valutazione T.C. che consente una precisa ed attendibile visione delle cavità nasali e paranasali.

Tab. 5

Iter diagnostico

- Anamnesi (gravità, persistenza)

- Esame obiettivo
- Rinofibroscopia
- Xgrafia
- TC in proiezione assiale e coronale senza mezzo di contrasto

Otiti croniche e funzione uditiva

Le infermità inerenti il sistema uditivo sono presenti in quasi la totalità delle categorie delle tabelle annesse al DPR 843/81 a partire dalla Tabella A Categoria seconda fino alla tabella B (vedi Tab 6). La descrizione delle infermità consente una correlazione solo approssimativa tra le tabelle di valutazione in tema di causalità di servizio e/o pensione di privilegio e ambito INAIL o invalidità civile. Emerge una valutazione della ipoacusia, percettiva o associata a flogosi croniche, assolutamente soggettiva e, che non prevede la esecuzione di un esame audiometrico nè di altri esami diagnostici (es. ABR) ormai di uso comune. Per quei capitoli in cui è possibile una coerente equiparazione si nota la eccessiva valutazione delle infermità citate.

Tab 6

PATOLOGIA IN TABELLA	DPR834/81	INAIL	INV. CIV.
Ipoacusia bilaterale superiore al 90% con voce di conversazione gridata ad concham senza affezioni purulente dell'orecchio medio	TAB A CAT 2 [^] (76-80%)	50 -60%	50 -60%
Otite media purulenta cronica bilaterale con voce di conversazione percepita ad concham	TAB A CAT 4 [^] (61-70%)	deficit uditivo	Cod: 4201: otite cronica bil. a timpano aperto con otorrea persistente: 20% + deficit uditivo
Otite media purulenta cronica bilaterale con complicazioni (carie degli ossicini, esclusa quella limitata al manico del martello, colesteatomi, granulomi)	TAB A CAT 4 [^] (61-70%)	deficit uditivo	Cod: 4201: 20% + deficit uditivo
Otite media purulenta cronica bilaterale senza complicazioni con voce di conversazione percepita a 50 cm accertata con esame audiometrico. Otite media purulenta cronica unilaterale con complicazioni.	TAB A CAT 5 [^] 51-60%	Deficit uditivo	20% + Deficit uditivo
La diminuzione bilaterale permanente dell'udito non accompagnata da affezioni purulente dell'orecchio medio, quando la voce di conversazione sia ridotta ad concham.	TAB A CAT 5 [^] 51-60%	Orientativo 30-40% (calcolato con apposita tabella)	orientativo 30- 40% (calcolato con apposita tabella)
La diminuzione bilaterale permanente dell'udito, non accompagnata da affezioni	TAB A CAT 6 [^]	20-30% (tabella)	20-30 (tabella)

purulente dell'orecchio medio.	41-50%		
La diminuzione bilaterale permanente dell'udito non accompagnata da affezioni purulente dell'orecchio medio, quando l'audizione della voce di conversazione sia ridotta ad un metro, accertata con esame audiometrico.	TAB A CAT 7^ 31-40%	10-20% (tabella)	10-20% (tabella)
Esito di intervento radicale (antroatticotomia) con voce di conversazione percepita a non meno di un metro	TAB A CAT 7^ 31-40%	10% + deficit uditivo 10-15%	10% + Deficit uditivo 10-15%
Perdita di un padiglione auricolare	TAB A CAT 8^ 20-30%	8%	13% prot. inapplicab.
Sordità unilaterale assoluta e permanente o ipoacusia unilaterale con perdita uditiva superiore al 90% accertata con esame audiometrico	TAB A CAT 8^ 20-30%	15%	15%
La diminuzione bilaterale permanente dell'udito (non otite purulenta) , quando l'audizione della voce sia ridotta a due metri, accertata con esame audiometrico	TAB A CAT 8^ 20-30%	10-15%	10-15%
Otite media purulenta cronica semplice	TAB A CAT 8^ 20-30%	deficit uditivo	20%
riduzione unilaterale dell'udito con voce di conversazione ad concham a mt 1	TAB B	5% circa	5% circa

Una valutazione corretta dovrebbe prevedere, oltre che l'anamnesi e l'esame obiettivo, la esecuzione di almeno un esame audiometrico. Trattandosi di una metodica soggettiva di indagine, nei casi dubbi, potrebbe essere opportuno l'integrazione con metodiche obiettive quali l'ABR (rilievo dei potenziali evocati uditivi per soglia) (Tab 7). Le ipoacusie associate a flogosi croniche dell'orecchio medio dovrebbero essere valutate eseguendo più esami audiometrici, in relazione alla possibile variazione di soglia dovute alle variabili condizioni dell'orecchio medio. È appena il caso di aggiungere che sarebbe opportuno poter fare riferimento ad apposite tabelle e formule per la valutazione del danno, analogamente a quanto avviene in altri ambiti assicurativi.

Tab. 7

Iter diagnostico

- Anamnesi
- Esame obiettivo (otoscopia)
- Esame audiometrico
- Eventuale ABR
- TC rocche petrose senza mezzo di contrasto

Comunicazione verbale (favella, parola)

La confusione delle lingue, l'impedimento della comunicazione fu, dunque, punizione divina. Nelle Tabelle di Valutazione in tema di causalità di servizio, in effetti, le infermità che interferiscono sulla capacità di comunicare trovano un posto di rilievo, essendo presenti nella Tabella A Categoria 1[^] (cap. 15, 31, 32), Categoria 2[^] (cap. 17) e categoria 8[^] (cap. 1) dando luogo anche ad una voce di superinvalidità (Tab. E, H). Alla valutazione comparativa con gli altri ambiti, sebbene non sia possibile paragonare pienamente le diverse definizioni, non emergono grandi differenze valutative.

Particolarmente interessanti sono “gli esiti delle lesioni boccali che producano disturbi della masticazione, della deglutizione o della parola, congiuntamente o separatamente che per la loro entità non siano da ascrivere a categoria superiore” alla Tabella A categoria 8[^]. Volendo tralasciare i disturbi cognitivi o di articolazione, in questo capitolo vanno valutate le disfonie che per la loro alta incidenza, particolarmente nel personale docente, meriterebbero un inquadramento e una valutazione specifica. L'incidenza della infermità negli insegnanti è molto variabile ed esistono studi che evidenziano una raucedine in circa il sessanta per cento dei docenti dopo sei mesi di insegnamento, mentre sono stati documentati noduli delle corde vocali in circa il 13% dei docenti dopo cinque anni di attività di insegnamento (6). Può aiutare a comprendere l'importanza del fenomeno se si considera che in Italia sono in servizio circa 850.000 docenti nelle varie scuole di ogni ordine e grado. Appare ovvia la necessità di un inquadramento delle disfonie in uno specifico capitolo che consenta anche una “graduazione” del danno in analogia a quanto accade in altri ambiti valutativi (tab. 8, 9)

Tab. 8

D.M. 5 FEBBRAIO 1992	VALORI %
disfonia cronica lieve	1 - 10
disfonia cronica media	11 - 20
disfonia cronica grave	21 - 30

Tab. 9: D. Lgs. 23/02/2000 N 38 e D.M. 12/2000

325	Esiti di lesioni traumatiche o malattia cronica del laringe che incidono apprezzabilmente sulla funzione fonatoria	Fino a 8
326	Esiti di lesioni traumatiche o malattia cronica del laringe che determinano una disfonia molto grave ovvero subtotale	Fino a 30

Al fine di consentire una discriminazione tra le varie forme, lieve cronica e grave, in ambito di invalidità civile, sono state proposte numerose metodiche tra le quali quelle di D'Alatri e coll. Si riporta a titolo di esempio la guida dell'American Medical Association (Tab. 10) (7)

Tab. 10: Guida AMA

Classe I – disfonia lieve	il contatto verbale è sufficiente per molti bisogni della comunicazione quotidiana, la voce è udibile in situazioni normali, mentre è disturbata l'audizione in ambienti rumorosi	10-20%
Classe II - disfonia media	il contatto verbale è sufficiente solo a distanza ravvicinata ed è considerevolmente difficoltoso in ambienti rumorosi; la voce si stanca facilmente e la disfonia si aggrava dopo pochi secondi	20-30%
Classe III - disfonia grave	la voce è d'intensità minima, sufficiente solo per pochi bisogni quotidiani, distinguibile come sussurro al telefono, impedito il contatto verbale	30-40%

La valutazione è quindi basata sulla gravità dell'impatto sulla capacità di comunicazione. Si ritiene che non si possa prescindere dall'eseguire una video laringostroboscopia che consentirebbe non solo di documentare affezioni organiche delle corde vocali ma anche fini alterazioni della mobilità (8).

In conclusione appare evidente come sia ormai indispensabile un profondo rimaneggiamento delle Tabelle annesse al DPR 834/81 per quanto attiene la causalità di servizio. L'innovazione tecnologica, la modifica profonda della storia naturale di molte infermità, condizionata da nuove terapie e l'evoluzione della stessa metodologia medico legale "impongono" un ripensamento delle Tabelle o addirittura la riscrittura delle stesse. Compito certamente complesso e che necessita della collaborazione di esperti Medici Legali e Specialisti Clinici. In effetti anche la trattazione della sola patologia otorinolaringoiatrica richiederebbe certamente la collaborazione di specialisti nelle varie branche (otologi, vestibologi, audiologi, foniatri, ecc.) profondi conoscitori della materia e dello stato dell'arte.

Bibliografia

1. Barry B e coll. Orbital complications of sinusitis in adults. Ann OTO-Laryngol Chir Cervico-Faciale. 2000; 117: 19-25
2. Becker W et al: Orbital complications of sinusitis. In Surgery of the paranasal sinuses. Philadelphia: WB Saunders Company. 1991;457-69
3. Blitzer A, Carmel PW. Intracranial complications of disease of paranasal sinuses. In Surgery of the paranasal sinuses. Philadelphia: WB Saunders Company. 1991;471-83
4. Burke TF e coll. Comparison of sinus xray with computed scans in acute sinusitis. Acad Emerg Med 1994; 1:235-9
5. Manfrè L.: il moderno neuroimaging dei seni paranasali In: La Sinusite. Pacini Editore 2002; 55-76
6. Araújo TM, Reis EJ, Carvalho FM, Porto LA, Reis IC, Andrade JM: Factors associated with voice disorders among women teachers. Cad Saude Publica. 2008 Jun;24(6):1229-38.
7. AAVV. AMA Guides to the evaluation of Permanent Impairment. Fifth edition. Chicago: American Medical Association Press 2000.
8. Cicognani A, Ingravallo F, Landuzzi F, Limarzi M, Mallardi V: Metodologia medico-legale nella valutazione delle disfonie. 89° Congresso Nazionale SIO Relazione Ufficiale.

Patologie neuropsichiatriche e Sistema ABEF

Antonello Crisci

Professore Associato di Medicina Legale, Seconda Università degli Studi di Napoli

Si rimanda alla Sezione dei supporti visivi alle relazioni ed al relativo abstract.

Patologie oncologiche e Sistema ABEF

Corrado Pietrantuono

Dirigente Medico di II Livello Responsabile del Centro Medico-Legale INPS di Napoli

Presidente della Commissione Medica di Verifica Provinciale INPS di Napoli

Vicepresidente Comitato Etico Azienda Sanitaria Locale Napoli I

I molteplici interventi della Corte Costituzionale sulle tematiche del risarcimento del danno nella persona in ambito civilistico hanno ricordato l'integrale protezione giuridica del bene 'salute' da parte del nostro ordinamento, affermando indirettamente la necessità che ogni approccio alla valutazione delle 'incapacità' della persona tragga fondamento in primo luogo dalla quantificazione dell'entità della menomazione. In esecuzione dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 38/2000, il Decreto 12 luglio 2000 del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ha statuito, tra l'altro, la 'Tabella delle Menomazioni' pertinente al danno biologico da ricomprendere tra i fini della tutela dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Recependo le sollecitazioni della Corte Costituzionale (sentenze n. 87, n. 356 e n. 485 del 1991), il legislatore ha inteso garantire il diritto al risarcimento del danno biologico, sofferto dal lavoratore nello svolgimento ed a causa delle proprie mansioni, perchè non previsto ed assicurato in quanto tale dal Testo Unico per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (D.P.R. 30 giugno 1965, n. 1124). La problematica attinente alla valutazione del grado di incapacità lavorativa - eventualmente determinata dalla menomazione dell'integrità psico-fisica provocata da eventi lesivi causalmente riconducibili a fatti di lavoro - viene risolta con l'introduzione del sommario principio della presunzione tabellare di legge, giacché al crescere del danno biologico (a partire dalla opinabile soglia del 16 %) viene erogata una rendita commisurata alla retribuzione dell'assicurato ed al coefficiente (di cui all'apposita 'Tabella dei Coefficienti') che costituiscono gli indici per quantificare l'indennizzo delle pur sempre 'presunte', conseguenze patrimoniali. La predetta semplificazione normativa oltre ad assegnare il danno biologico alla tutela dell'unico ente pubblico di assicurazione sociale che poteva razionalmente assumerla, ha confermato che solo rapportandosi al requisito della 'ridotta attitudine al lavoro' è lecito autorizzare pericolosi automatismi valutativi tabellari, giacché - solo in tal caso - la capacità lavorativa di riferimento è, nella realtà, insussistente perché astratta (nonostante l'originaria e, ormai storica, distinzione tra lavoratori dell'industria e dell'agricoltura). La conseguenza della conflittuale coesistenza di molteplici riferimenti tabellari e/o requisiti sanitari si è tradotta, nel tempo, nella grossolana diseguità delle procedure di riconoscimento di diritti costituzionalmente garantiti (specie per quanto attiene alla stima della malattia neoplastica), tenuto conto che, nella realtà, non sono

state personalizzate le conseguenze della menomazione (cioè, il ‘danno’ per la riduzione e/o la perdita di una qualsiasi ‘capacità’), bensì la menomazione ‘in sé e per sé’ considerata, la cui stima dovrebbe essere univoca, o, quanto meno, dovrebbe fondarsi su criteri omogenei da applicarsi in tutti i settori ove sia prioritariamente richiesta. È appena il caso di rimarcare la vigente sperequazione valutativa tra le tabelle della pensionistica privilegiata e quelle della legislazione assistenziale per la invalidità civile, quest’ultima palesemente disordinata allorché associa ad un inquadramento di ordine generale, lodevolmente ancorato al criterio prognostico-probabilistico, la stima di specifiche forme, indipendentemente dalla loro aggressività e prevedibile storia naturale (linfomi non Hodgkin), o dagli esiti della terapia praticata. Il sistema tabellare ABEF se da un lato appare laconico nel suo inquadramento valutativo, dall’altro risulta quanto meno chiaro ed inequivocabile laddove assegna la I categoria di tab. A ai *‘Tumori maligni a rapida evoluzione’*, sgomberando, quindi, il campo da ogni equivoca interpretazione semplicistica, tanto prolifica nel settore di tutela degli invalidi civili. Anche nell’ambito della tabella E (assegna di superinvalidità) costante è il richiamo alla ‘rapida evolutività’ della malattia neoplastica anche quando, previa analogia con la tubercolosi, alle lettere B n. 2 ed F n. 8 viene operato il richiamo alla necessità o meno alla degenza continua o quasi continua a letto. In tutti gli altri casi – oncopatie in remissione completa – da valutarsi saranno gli esiti dei trattamenti praticati da ricercarsi nelle molteplici voci della tabella A. La più recente ‘Tabella delle Menomazioni’ INAIL – seppure estremamente accurata nella descrizione della patologia oncologica – appare, invece, contraddittoria, giacché si rapporta ad una scala parametrica di cui sono oscuri gli estremi e solo vagamente sembra riproporre un modello assimilabile alla graduazione dello stato di validità, in cui, però, la perdita della ‘validità’ – come è noto – corrisponde alla morte del paziente. Al riguardo, è appena il caso di ricordare che la stima del ‘Performance status’ del paziente oncologico proposta da Karnofsky nel 1948, tuttora utilizzata per fini strettamente clinico-terapeutici (anche dopo la semplificazione effettuata dall’E.C.O.G. nel 1982) nel prevedere una scala da 100 (piena validità) a 0 (paziente deceduto) configura la riduzione, fino alla perdita di ogni capacità lavorativa, per un decremento di appena trenta/quaranta punti (1 - 2 secondo la scala E.C.O.G.), appalesando una criteriologia valutativa degli aspetti clinici di una infermità del tutto dissimili dalla prevalente metodologia medico-legale – precipuamente assicurativa – imperante nel nostro paese. Ciò rivela che nell’ottica di qualsiasi ipotesi di riunificazione dei sistemi di tutela (già, peraltro, prevista dalla L. 335/95) sarà prioritario concordare non solo l’oggetto della valutazione (danno biologico? handicap? disabilità?) ma anche le dimensioni della scala parametrica da adottare se si vuole realmente conseguire l’obiettivo di scardinare l’”atomizzazione” delle invalidità (più volte richiamata da Barni), sistema perverso ormai destinato all’implosione.

Patologie cardiovascolari e Sistema ABEF

Stefano Castaldo

Coordinatore Sanitario Regionale INPS della Campania

Una corretta valutazione medico-legale delle cardiopatie presuppone l'individuazione di parametri in grado di stabilire la gravità della compromissione funzionale, la prognosi e la concreta possibilità di interventi terapeutici. I parametri dovrebbero essere ricavabili, in parte o in tutto, da esami strumentali non invasivi, accessibili e ripetibili. Questa impostazione è ancora più necessaria quando è previsto il ricorso a tabelle, per ridurre al minimo le divergenze nella percentualizzazione, se la tabella stessa ha carattere indicativo e/o il ricorso alla interpretazione analogica, quando, soprattutto con il passare del tempo e la caratterizzazione di nuove patologie (si pensi ad esempio ai tumultuosi progressi in tema di eziopatogenesi, diagnosi e terapia delle aritmie cardiache), risulti difficile utilizzare vecchie percentuali per nuove esigenze valutative.

Le Tabelle della pensionistica di guerra contenute nel DPR 834 del 30 dicembre 1981 appaiono al riguardo obsolete se confrontate con la classificazione e il quadro anatomico-clinico-prognostico-funzionale quale emerge dalle più recenti acquisizioni in tema di patologia cardiovascolare. Se poi si esaminano in dettaglio le voci riportate:

- Non vi è alcun esplicito riferimento (*ad eccezione dell'ECG*) ad esami strumentali e/o a parametri quantitativi da essi ricavabili da utilizzare nella metodologia diagnostica (si pensi alla "grave e permanente insufficienza coronarica ECG accertata");
- I criteri di valutazione funzionale sono male applicabili e disomogenei (per la gravità si fa riferimento a una condizione di "permanente scompenso", o di "latente scompenso, ovvero di "assoluta incapacità lavorativa");
- Esiste una discontinuità nelle fasce percentuali;
- I riferimenti prognostico-terapeutici non sono più attuali (si pensi ai successi ottenuti dagli interventi di rivascolarizzazione miocardica, mediante non solo BPAC, ma anche PTCA; ovvero ai significativi successi nella terapia ablativa di alcune aritmie cardiache).

Ove poi si confrontino queste Tabelle con quelle della Invalidità Civile, ovvero del Danno Biologico INAIL o con le Tabelle AMA, ancora di più se ne evidenzierà la obsolescenza sul piano valutativo che amplifica ulteriormente le distorsioni inevitabilmente legate alla metodologia di un sistema tabellare.

Conseguentemente, urge una riprogettazione delle tabelle stesse, che preveda: 1) un aggiornamento nosografico delle infermità tabellate; 2) un sistema di valutazione a doppio binario (abbinamento "functional capacity/objective assessment"); 3) risultati e applicabilità alla singola cardiopatia di concreti interventi terapeutici; 4) un aggiornamento programmato delle voci e delle valutazioni che tenga conto dei progressi in campo diagnostico e terapeutico.

Criticità generali ed attualità valutative in tema di inabilità di cui alla Legge 335/95

Giuseppe Clemente

Presidente delegato Commissione Medica di Verifica di Napoli

Giuseppe Guadagno

Presidente della Commissione Medica di Verifica di Napoli

La pensione di inabilità nel pubblico impiego

La legge 335/95 ha esteso ai dipendenti pubblici l'istituto della pensione di inabilità previsto dall'art. 2 della legge 12 giugno 1984 n. 222 onde rimediare alla disparità, precedentemente esistente, tra impiego privato (pensionamento per gli inabili assoluti con il massimo della anzianità) e impiego pubblico dove, a pari condizioni di inabilità, la pensione veniva calcolata solo nei limiti della anzianità effettivamente maturata.

Parimenti ha fissato i requisiti contributivi: anzianità contributiva di almeno cinque anni, di cui almeno tre nel quinquennio precedente alla decorrenza della pensione.

I riferimenti normativi sono rappresentati dalla legge 8 agosto 1995 n. 335; dal Decreto Ministeriale 8 maggio 1997 n. 187; dal Decreto Ministero Economia e Finanze n. 44 del 23 febbraio 2004; dalla Circolare del Ministero Economia e Finanze n. 426 del 26 aprile 2004, dal DPR n. 461 del 19.10.2001.

L'art. 2 comma 12 della legge 8 agosto 1995 n. 335 cita testualmente: “con effetto dal 1 gennaio 1996 per i dipendenti delle Amministrazioni pubbliche ... omissis ... cessati dal servizio per infermità non dipendenti da causa di servizio per le quali si trovino nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa, la pensione è calcolata in misura pari a quella che sarebbe spettata all'atto del compimento dei limiti di età previsti per il collocamento a riposo”.

Pertanto la concessione della pensione di inabilità consegue alla risoluzione del rapporto di lavoro a causa di infermità (l'infermità deve essere la causa della cessazione dal servizio) non dipendenti da causa di servizio per le quali il lavoratore si trovi nella **assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa**.

Assoluta: la residua validità lavorativa non deve consentire al lavoratore di esercitare una qualsiasi attività lavorativa, comunque intesa.

Permanente: ovvero non si deve poter prevedere nel tempo un miglioramento delle condizioni di salute spontaneo o a seguito di cure, non necessariamente immutabile, tanto che è previsto l'istituto della revisione.

Impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa: non si fa riferimento pertanto alla capacità lavorativa specifica né a occupazioni confacenti. L'esclusione deve essere totale, il lavoratore non deve essere più impiegabile ad alcun titolo nel mondo del lavoro, anche part-time

La pensione è calcolata in misura pari a quella che sarebbe spettata all'atto del compimento dei limiti di età previsti per il collocamento a riposo. In ogni caso non potrà essere computata

un'anzianità, utile ai fini del trattamento di pensione, superiore a 40 anni e l'importo del trattamento stesso non potrà superare l'80% della base pensionabile, né quello spettante nel caso che l'inabilità sia dipendente da causa di servizio.

Il riconoscimento della inabilità assoluta comporta, oltre alla cessazione dal servizio, l'incompatibilità con l'iscrizione negli elenchi di operai agricoli, lavoratori autonomi, albi professionali. È previsto l'istituto della revisione, qualora la Commissione ritenga che, a distanza di tempo, possano venire a mancare i requisiti psico-fisici precedentemente accertati (esempio infermità suscettibili di miglioramenti per cure o interventi chirurgici).

Comparazione tra L. 222/84 e L. 335/95 in tema di inabilità

Il concetto di inabilità assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa è identico nelle due leggi con la sola eccezione che nella L. 222/84 si parla di "a causa di infermità o difetto fisico o mentale", mentre nella L. 335/95 si fa riferimento solo alle infermità, specificando però che non devono essere dipendenti da causa di servizio.

La differenza principale sta nel fatto che, secondo la L. 222/84 al lavoratore "non inabile assoluto" può essere riconosciuto l'assegno di invalidità, qualora la sua capacità di lavoro, in occupazioni confacenti, sia ridotta a meno di un terzo.

L'assegno di invalidità ha validità triennale, con due eventuali successivi rinnovi.

Tale assegno non è incompatibile con il prosieguo della attività lavorativa.

Al contrario il dipendente pubblico "non inabile assoluto" può essere riconosciuto inabile in modo assoluto e permanente al servizio e a qualsiasi proficuo lavoro, quando le infermità accertate non siano così gravi da escludere totalmente e permanentemente la capacità lavorativa.

In questo caso la Amministrazione provvede a collocare il dipendente in pensione con gli anni di contribuzione maturati fino a quel momento.

Dovendosi la Commissione Medica di Verifica pronunciarsi comunque anche sulla idoneità al servizio del dipendente pubblico, pesa su colui che chiede il riconoscimento dell'inabilità assoluta, al contrario del lavoratore privato, la spada di Damocle del pensionamento per inabilità a proficuo lavoro.

Solo per i dipendenti pubblici inoltre sono previste:

- la inabilità al servizio temporanea assoluta o relativa, quando le infermità accertate non abbiano ancora acquisito il carattere della permanenza;
- l'inabilità al servizio permanente assoluta o relativa, che può comportare rispettivamente il pensionamento o l'esclusione di una o più mansioni lavorative incompatibili con le infermità accertate.

Procedure Amministrative

Vengono regolate dal Decreto Ministeriale n. 187/97 a cui si rimanda per completezza. In sintesi la domanda deve essere presentata dall'interessato all'Amministrazione di appartenenza per

l'istruttoria secondo le modalità previste appunto dal suddetto decreto, corredata di certificato medico attestante l'inabilità assoluta e permanente.

In caso di lavoratore in quiescenza la domanda può essere inoltrata entro due anni dalla collocazione a riposo. In caso di decesso dell'interessato nella fase istruttoria è indispensabile accertarsi che la domanda sia stata presentata in vita, poiché il carattere di reversibilità della L. 335/95 non permette la presentazione della domanda da parte degli eredi.

L'amministrazione può inoltre invitare il dipendente a presentare la domanda nei casi in cui debba procedere all'accertamento delle sue condizioni di salute e delle sussistenze di eventuali cause di assoluta e permanente inabilità a svolgere qualsiasi proficuo lavoro (*comma 4 art 3 D.M. n. 187/97*). Risulta inoltre indispensabile accertare che le infermità che danno luogo alla inabilità assoluta non siano state già riconosciute dipendenti da causa di servizio e, nel caso sia in corso, per le stesse infermità, domanda di dipendenza da causa di servizio, si deve esaminare prima la dipendenza da causa di servizio e solo in caso di parere negativo procedere alla inabilità ai sensi della L. 335/95.

Nel caso di coesistenza di infermità dipendenti e non da causa di servizio, la CMV deve precisare, al termine dell'accertamento sanitario, se la inabilità è determinata in misura prevalente dalle une o dalle altre (art. 6 DM 187/97). L'importo del trattamento stesso non potrà superare quello spettante nel caso in cui la infermità sia dipendente da causa di servizio.

Per tale ragione la Commissione provvede ad ascrivere le infermità accertate che hanno dato luogo alla inabilità assoluta e permanente alla tabella A della legge 313/68 e successive modifiche.

Giudizi della Commissione

A seguito del D.P.R 461/01 e successivo Decreto applicativo del 12/02/2004 le competenze dell'accertamento delle inabilità vengono devolute anche alle ASL ed alle Commissioni Mediche di Verifica del Ministero dell'Economia e Finanze.

I compiti della CMV nell'accertamento delle inabilità di cui alla legge 335/95 vengono descritti all'art. 5 del Regolamento applicativo del D.M 187/97 a cui si rimanda.

In sintesi il Presidente della CMV designa un membro relatore che, al termine degli accertamenti sanitari, redige un processo verbale da cui risulta il giudizio diagnostico e la valutazione della idoneità al servizio e della sussistenza o meno della assoluta inabilità.

Il dipendente può farsi assistere, a sue spese, da un medico di fiducia, il quale può formulare osservazioni e chiederne la trascrizione nel processo verbale (*comma 5. art 5 DM 187/97*).

Il presidente può chiamare a far parte della Commissione, quando gli accertamenti riguardino particolari infermità, di volta in volta un medico specialista, con voto consultivo (*comma 7 art 5 DM 187/97*).

La Commissione a questo punto, a maggioranza o all'unanimità, si pronuncia sui quesiti medico legali redigendo il modello BL/G. In particolare, in ordine alla inabilità assoluta, il suo giudizio può risultare:

- **non inabile in modo assoluto e permanente a qualsiasi attività lavorativa**
- **inabile in modo assoluto e permanente a qualsiasi attività lavorativa**

Con revisione sanitaria al ... o ... Senza revisione sanitaria

La CMV deve inoltre evidenziare se la inabilità non risulta determinata da infermità dipendenti da causa di servizio. La menomazione complessiva che determina la inabilità è ascrivibile alla prima categoria della Tab A D.P.R 834/81.

Si ribadisce che in caso di coesistenza di infermità dipendenti o non da causa di servizio la CMV dovrà esprimersi sulla prevalenza delle une rispetto alle altre nel determinismo della inabilità assoluta. La Commissione è inoltre obbligata ad esprimersi sul cosiddetto “giudizio intermedio”, ovvero sulla idoneità al servizio del dipendente (circolare 426 del 26 aprile 2004). In ordine alla idoneità o meno al servizio del dipendente, la CMV esprimerà i seguenti giudizi:

- **idoneo al servizio di istituto**
- **inabile temporaneo assoluto al servizio**
- **inabile temporaneo relativo al servizio**
- **inabile permanente relativo al servizio**
- **inabile permanente assoluto al servizio ed a qualsiasi proficuo lavoro**

L'inabilità temporanea assoluta al servizio si realizza quando le infermità accertate non abbiano ancora il requisito della permanenza, ad esempio postumi di interventi chirurgici, neoplasie in chemioterapia o stretto follow up, esiti non ancora stabilizzati di incidenti vascolari, psicosi non ancora ben inquadrate nosologicamente o suscettibili di miglioramenti a seguito di terapie.

Il verbale redatto dalla CMV indicherà pertanto che la sussistenza o meno della impossibilità assoluta e permanente a svolgere qualsiasi attività lavorativa verrà valutata alla scadenza del periodo di inabilità temporanea.

Il giudizio di inabilità permanente relativa al servizio dovrà indicare quali mansioni saranno interdette al lavoratore a causa delle infermità accertate. Si tratta di inabilità specifica ad una o più mansioni del profilo di appartenenza. L'amministrazione in questo caso provvede al cambio mansioni; se non riesce a collocare il lavoratore ad altre mansioni compatibili con il suo profilo lavorativo di appartenenza lo colloca in congedo con gli anni di servizio maturati fino a quel momento.

In caso di giudizio di inabilità permanente ed assoluta al servizio ed a qualsiasi proficuo lavoro l'Amministrazione di appartenenza provvederà a collocare il lavoratore in pensione calcolando la pensione in base agli anni di servizio maturati. Avverso il giudizio di inabilità

temporanea o assoluta e permanente al servizio il dipendente può proporre ricorso, entro dieci giorni dalla notifica, alla Commissione Medica di Seconda Istanza.

Inabilità nei vari ambiti medico legali

Invalidità civile: si valuta la capacità lavorativa generica con possibilità di variazioni in più o in meno del 5% nel caso vi sia incidenza sulle occupazioni confacenti alle attitudini o sulla capacità lavorativa specifica. L'invalido civile al 100% non è escluso dalla collocazione lavorativa ed anche il titolare della indennità di accompagnamento può lavorare.

Legge 335/95 e legge 222/84: l'inabilità è intesa come assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa; concetto molto restrittivo, legato solo a fattori biologici, valido solo per soggetti collocati al lavoro.

Inabilità al lavoro proficuo: interessa anche soggetti non collocati nel mondo del lavoro come orfani, superstiti etc. È legata a fattori biologici ed extra-biologici, alla concreta possibilità di impiegare le residue energie lavorative in un lavoro che permetta un sostentamento a sé ed ai propri familiari. Concetto meno restrittivo rispetto a quello della L.335/95.

Inabilità al servizio d'istituto: corrisponde alla inabilità specifica alle proprie mansioni. Comporta il collocamento a riposo se l'amministrazione non può ricollocare il dipendente ad altre mansioni.

Inabilità nell'INAIL: viene definita come permanente riduzione in tutto o in parte della attitudine al lavoro, intesa come capacità di espletare un lavoro economicamente utile, cioè proficuo, in quanto abbia il requisito della remunerabilità. Corrisponde alla capacità lavorativa generica.

Criticità generali e valutative

Statistica della CMV di Napoli nell'anno 2008

Le domande che ci siamo posti nell'affrontare l'argomento oggetto della presente trattazione sono:

- a) Quali sono le infermità che più frequentemente ricorrono come causa di inabilità assoluta nella nostra casistica;
- b) Come è cambiata nel tempo la tipologia, la gravità e le metodiche di accertamento delle infermità relativamente al giudizio medico legale di inabilità assoluta e permanente;
- c) Cosa è cambiato nel progressivo passaggio dalla capacità di guadagno pre-legge 222/84, alla capacità di lavoro in occupazioni confacenti legge 222/84, alla inabilità assoluta e permanente della 335/95 e in che misura si è andati verso un progressivo declino dei fattori extrabiologici e sociali, legati al mercato del lavoro.

a) La casistica della CMV di Napoli si riferisce all'anno 2008, relativamente al periodo "informatizzato" e cioè a decorrere dalla metà di febbraio 2008. Non comprende perciò l'intera statistica 2008 ma offre uno spaccato recentissimo sulle infermità che più frequentemente determinano la concessione delle inabilità assoluta e permanente ai sensi delle legge 335/95. La casistica comprende 623 domande di inabilità di cui 523 portate a compimento nel loro iter amministrativo-sanitario, su cui cioè è stato formulato il giudizio medico legale finale.

Sono risultate accolte 253 domande per una percentuale del 48,73% rispetto a quelle portate a compimento e del 40,60% rispetto al totale delle domande. La percentuale di accoglimento può sembrare ad una prima osservazione molto alta, ma si deve tenere conto che :

- molte domande non sono state portate a compimento perché il dipendente non si è presentato a visita, o non ha completato gli accertamenti sanitari disposti, o perché ha rinunciato al proseguimento della indagine;
- il rischio di essere giudicato non inabile assoluto ma inabile a proficuo lavoro con il conseguente pensionamento con i contributi maturati, trattiene il lavoratore dal richiedere l'inabilità se non nel caso in cui le infermità di cui soffre non siano realmente gravi.

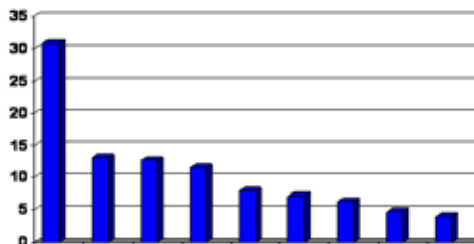
Le neoplasie maligne sono di gran lunga la causa più frequente di inabilità assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa, ricorrendo in 78 casi su 253 per una percentuale del 30,83%.

Celeste:	neoplasie maligne	78
Verde pisello:	esiti ictus	33
Grigio:	psicosi e mal mentali	32
Verde scuro:	pat. degen. SNC	29
Blu:	cardiopatìa ischemica	20
Nero:	due o più infermità	18
Viola:	insuff. renale cronica	16
Azzurro:	leucemie e linfomi	12
Rosso:	fegato e dismetab.	10
	TOTALE	253



Percentuali infermità causa di inabilità Legge 335/95 CMV Napoli

Neoplasie maligne	30,83%
Vasculopatie cerebrali	13,04%
Psicopatie	12,64%
Patol. degenerat. SNC	11,46%
Cardiopatìa ischemica	7,90%
Più infermità	7,11 %
Insuff. renale cronica	6,32%

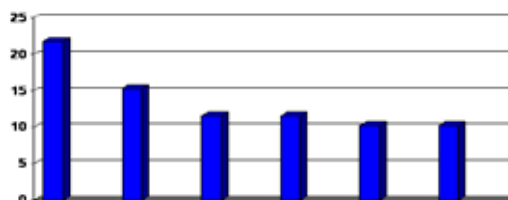


Al secondo posto le vasculopatie cerebrali e gli esiti di ictus con 33 casi su 253 pari al 13,04%. Seguono le psicopatie con 32 casi su 253 pari al 12,64%, le patologie degenerative del SNC con 29 casi su 253 pari al 11,46%. Solo al quinto posto la cardiopatìa ischemica con 20 casi su 253 pari al 7,90%. Al sesto posto l'associazione di due o più infermità con 18 casi su 253 pari al 7,11%; al settimo posto l'insufficienza renale cronica in dialisi con 16 casi su 253 pari al 6,32%. Seguono con percentuali minori le leucemie e linfomi e le epatopatia rispettivamente con 12 e 10

casi su 253. La associazione di due o più infermità è rappresentata nella metà dei casi da diabete mellito complicato da cardiopatia, retinopatia, vasculopatia periferica etc.

Le neoplasie maligne rappresentano dunque di gran lunga la infermità più frequente nel determinismo della inabilità assoluta. Entrando nel dettaglio della tipologia delle neoplasie osserviamo come il carcinoma polmonare è la neoplasia più frequente, con il 21,79% di tutte le neoplasie. Al secondo posto il carcinoma del colon-retto con il 15,38%, seguito dal carcinoma della mammella, 11,53%, da quello del fegato e delle vie biliari 11,53%, dal carcinoma renale e delle vie urinarie con il 10,25. Segue il carcinoma della sfera genitale femminile con il 10,25%

Polmone:	21,79%
Colon-retto:	15,38%
Mammella:	11,53%
Fegato vie bil:	11,53%
Rene vie urinarie:	10,25%
Utero ovaio:	10,25%



Complessivamente le neoplasie dell'apparato digerente, comprendendo esofago, stomaco, vie biliari, pancreas, colon retto, rappresentano il 32,05% di tutte le neoplasie maligne accertate. Se aggiungiamo le neoplasie dell'apparato urinario otteniamo il 42,3% di tutte le neoplasie.

Questo dato appare inquietante in quanto interessa una regione come la Campania oggetto di forte inquinamento ambientale e pone il concreto sospetto che l'incremento di tali neoplasie, che incidono sugli apparati su cui transitano i cibi e le acque (apparato digerente ed escretore) sia in stretta connessione con la presenza nel cibo e nell'acqua di sostanze tossiche alimentari.

b) Negli anni '70 ed '80, specie prima della entrata in vigore della L.222/84, la pensione di invalidità dell'INPS veniva concessa spesso per infermità la cui definizione ed inquadramento nosografico oggi fa sorridere come: aortosclerosi normotensiva; aortosclerosi ipertensiva; bronchite cronica; cardiopatia mitralica; cardiopatia ischemica; epatopatia cronica.

E se non è risibile la definizione, lo è l'accertamento sanitario attraverso il quale veniva formulata la diagnosi. Per la cosiddetta aortosclerosi normo o ipertensiva la radiografia del torace, valutando la prominenza dell'arco aortico!

Per la diagnosi di bronchite cronica e di cardiopatia mitralica pure l'esame radiografico del torace (era sufficiente l'accentuazione della trama o la prominenza dell'ombra ventricolare sinistra)

Per la cardiopatia ischemica era sufficiente il rilievo elettrocardiografico di anomalie della ripolarizzazione ventricolare sinistra, di atipie della ripolarizzazione, di tratti ST appena livellati o appiattiti, di onde T appiattite.

La gravità della epatopatia cronica era associata all'aumento della frazione gamma nel quadro proteico elettroforetico, ed era sufficiente questo dato per riconoscere invalido il lavoratore.

Negli anni '70 e nella prima metà degli anni '80 la pensione era una specie di assegno di sostentamento, soprattutto nel meridione, e prova ne è il fatto che in sede di ricorso INPS il fascicolo veniva esaminato dal Comitato Provinciale, organo formato da sindacalisti e dirigenti INPS comprendente un solo medico, senza diritto al voto.

Attualmente **gli accertamenti sanitari**, regolati dai commi 3-4-5-7 del DM 187/97 e dalla circolare 426/04, prevedono la:

- a) visita diretta presso la sede o al domicilio del dipendente, qualora le sue condizioni di salute lo rendano intrasportabile;
- b) la valutazione degli accertamenti sanitari esibiti, eseguiti presso strutture pubbliche, che possono servire solo come orientamento diagnostico;
- c) gli accertamenti richiesti dalla Commissione presso Strutture Sanitarie Pubbliche;
- d) il ricovero ospedaliero disposto d'ufficio;
- e) la visita di specialisti della CMV, di volta in volta individuati dal Presidente e partecipanti alla Commissione con voto consultivo.

Il progresso della medicina in ambito diagnostico, specie strumentale, e la messa a punto di nuove terapie ha radicalmente modificato la diagnosi, le possibilità terapeutiche e la prognosi di quasi tutte le malattie e di conseguenza anche la valutazione medico legale si è dovuta adeguare.

Attualmente, nella nostra CMV e credo anche nell'INPS, viene riconosciuta la inabilità assoluta e permanente:

- alle neoplasie maligne metastatizzate o a prognosi particolarmente sfavorevole;
- alle vasculopatie cerebrali con esiti di ictus realizzante emiparesi o emiplegia, deficit della deambulazione o deficit cognitivi o mnesici;
- alle psicosi di entità tale da non permettere una vita di relazione o creare pericolo per se e per gli altri;
- alle cardiopatie in IV classe NYHA;
- alla insufficienza renale cronica in dialisi se presenti complicanze o altre gravi infermità;
- alle epatopatie se complicate da ascite o encefalopatia porto-sistemica;
- al diabete solo se scompensato e complicato da cardiopatia, retinopatia, arteriopatia ostruttiva, insufficienza renale, etc.

c) Si è assistito nel corso degli ultimi quarant'anni ad un progressivo passaggio dalla **capacità di guadagno**, pre -legge 222/84 che faceva riferimento oltre che alla capacità di lavoro anche a fattori extra-biologici come il mercato del lavoro, la disoccupazione, la condizione sociale e familiare; la pensione di invalidità era in molti casi un assegno di sostentamento, specie in alcune province del meridione, **alla capacità di lavoro in occupazioni confacenti**, legge 222/84 con riferimento ai soli fattori biologici, **alla inabilità assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa**, propria della L. 222/84, assolutamente innovativa per l'epoca e successivamente estesa ed applicata alla L. 335/95, concetto assai restrittivo, oltre che legato ai soli fattori biologici.

Bibliografia

- *Calabrò A. : la tutela INAIL La riforma del lavoro IO 2004;*
- *Campana C. : proposta di legge No al divieto di cumulo tra pensione di inabilità e assegno con rendita INAIL;*
- *Catalano C. :Elementi di Medicina legale e Previdenziale Giuffrè Ed. 2006;*
- *Cattani F. : L'evoluzione del concetto tutelato di invalidità pensionabile in relazione alle recenti riforme previste dalle leggi 104/92 e 335/95. Rassegna Med Leg Prev 1996;*
- *Comegna D. : La tutela previdenziale La riforma del lavoro 2004;*
- *Cazzaniga A. Cattabeni R. Luvoni B : Compendio di Medicina Legale e delle Assicurazioni UTET 1999;*
- *D'Ancora L. : Infortuni sul lavoro Malattie professionali e invalidità per causa di servizio CIAMPI Ed Napoli 2005;*
- *INPDAP : Consulenza statistico attuariale Trattamenti pensionistici dei dipendenti pubblici CSA Roma 2007;*
- *Macchiarelli P e coll. : Compendio di Medicina Legale Minerva Medica Torino 2002;*
- *Norelli, Buccelli, Fineschi : Medicina legale e delle assicurazioni Piccin 2009;*
- *Martignetti V : Danno biologico in ambito previdenziale Giorn. Ital med leg 2004;*
- *Diritti e tutela INPDAP : La previdenza dei pubblici dipendenti; Rivista INCA CGL Toscana giugno 2008;*
- *Persiani : Diritto della previdenza sociale CEDAM Padova 2002;*
- *Puccini C.: Istituzioni di medicina Legale Ambrosiana Milano 2003;*
- *Ledda G. :La nuova invalidità civile Buffetti 1997;*
- *Scorda M. : L'invalidità civile nella vigente legislazione ANMIC Roma 2004;*
- *Verifica del sistema previdenziale ai sensi della legge 335/95 Previdenza Sociale 2001;*
- *La riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementar. Suppl GU n. 190 del 16 8 1995;*
- *La Macchia C. :Disabilità e lavoro. EDIESSE Roma 2009;*
- *Ricci P. e coll.: Il riordino delle prestazioni previdenziali ed assistenziali di invalidità ed inabilità Legge 335/95 Difesa Sociale 1997;*
- *Zappaterra F.: Invalidità un concetto da uniformare. Rassegna sanitaria 1997;*
- *Sentenza Corte dei Conti Liguria 10 3 2006 n 218 Inabilità legge 335/95: il beneficio spetta anche ai cessati ante 1 1996;*
- *Sentenza Corte di Conti Liguria 17 1 2007 n 53;*
- *Sentenza Corte dei Conti Toscana 11 5 2007 n 421 : diritto alla pensione di inabilità 335/95 per attacchi di panico.*

La funzione del medico curante in ambito d'inabilità del pubblico impiego e causalità di servizio

Antonio Perna

Professore a contratto Scuola di Specializzazione Medicina Legale, Seconda Università di Napoli

LE VISITE MEDICHE DI CONTROLLO

Aspetti Normativi.

Gli aspetti normativi che disciplinano la materia dell'accertamento della malattia del lavoratore che si assenta dal lavoro sono numerosi. In questo contributo, peraltro oggetto di un pregevole convegno tenutosi a Vietri sul mare ed organizzato dal Dott. Giuseppe Guadagno, non si intende essere esaustivi ma certamente val la pena sottolineare le norme più importanti che si sono succedute nel corso degli anni anche al fine di rappresentare l'attenzione che il Legislatore ha sempre avuto in questa materia, spesso non agevole anzi, in genere, complessa e per molti aspetti, piuttosto delicata specie quando interessa aree regionali per così dire "calde" e non solo dal punto di vista meteorologico.

L'art. 5 – Accertamenti sanitari – della Legge 20 maggio 1970, n° 300 «Norme sulla tutela della libertà e dignità dei lavoratori, della libertà sindacale e dell'attività sindacale nei luoghi di lavoro e norme sul collocamento», – stabiliva che erano «vietati accertamenti da parte del datore di lavoro sulla idoneità e sulla infermità per malattia o infortunio del lavoratore dipendente. Il controllo delle assenze per infermità può essere effettuato soltanto attraverso i servizi ispettivi degli istituti previdenziali competenti, i quali sono tenuti a compierlo quando il datore di lavoro lo richianda ... omissis».

E pertanto, la legge n. 33 del 29 febbraio 1980 stabilì che l'INPS (Istituto Nazionale della Previdenza Sociale) — in quanto erogatore dell'indennità di malattia agli aventi diritto, nei casi di infermità comportante incapacità lavorativa — doveva verificare la malattia del lavoratore, tenuto conto anche della circostanza che l'Istituto medesimo era l'erogatore dell'indennità economica che il lavoratore ammalato percepiva, laddove l'esecuzione delle visite di controllo venne affidata ai medici delle USL (Unità Sanitarie Locali).

Infatti, l'art. 2 della citata legge così stabiliva recitava: «Le eventuali visite di controllo sullo stato di infermità del lavoratore, ai sensi dell'articolo 5 della legge 20 maggio 1970, n. 300, o su richiesta dell'Istituto nazionale della previdenza sociale o della struttura sanitaria pubblica da esso indicata, sono effettuate dai medici dei servizi sanitari indicati dalle regioni».

E, con la legge 27 giugno 1981, n. 331 si stipulava la convenzione tra l'INPS e le Unità Sanitarie Locali (USL), per coordinare le visite di controllo.

Successivamente, la legge 11 novembre 1983, n. 638 che convertiva il Decreto Legge 12 settembre 1983, n. 463 stabiliva, tra l'altro, all'art. 5, ai fini del controllo sullo stato di salute dei

lavoratori, l'adozione -da parte delle USL- di convenzioni elaborate d'intesa fra l'INPS e le Regioni ovvero formulate dal Ministero della Sanità di concerto con il Ministro del Lavoro e della Previdenza sociale. Si stabiliva, inoltre, che l'accertamento cosiddetto "fiscale" doveva essere eseguito lo stesso giorno della richiesta e, beninteso, durante le fasce orarie previste di reperibilità. Al riguardo, va anche segnalato che la norma stabiliva pure sanzioni economiche nel caso in cui il lavoratore assente per malattia non veniva trovato al domicilio da lui stesso indicato, senza giustificato motivo. D'altro canto il comma 14 dell'art. 5 prevedeva: «Qualora il lavoratore, pubblico o privato, risulti assente alla visita di controllo senza giustificato motivo, decade dal diritto a qualsiasi trattamento economico per l'intero periodo sino a dieci giorni e nella misura della metà per l'ulteriore periodo, esclusi quelli di ricovero ospedaliero o già accertati da precedente visita di controllo».

Nel 1984, il D.M. del 25 febbraio, prevede l'obbligo per l'Unità Sanitaria Locale di assicurare il controllo medico-legale sullo stato di salute dei lavoratori, effettuando oltre che le visite richieste dall'INPS, anche quelle ritenute necessarie previe intese con l'Istituto assicuratore, sulla base della certificazione esibita dall'Istituto stesso.

Il D.M. 15 luglio 1986 (Disciplina delle visite mediche di controllo dei lavoratori), del Ministero del Lavoro di concerto con il Ministero della Sanità, ribadiva il diritto-dovere dell'INPS di provvedere autonomamente al controllo dello stato di malattia comportante incapacità temporanea al lavoro specifico, tramite liste proprie di medici e dettava le modalità operative.

L'INPS, con Circolare 21 novembre 1986, n. 27 P.M.M.C., precisava che il presidio sanitario pubblico doveva invitare il lavoratore a presentarsi a visita di controllo ambulatoriale il giorno successivo non festivo «Quando la visita medica di controllo domiciliare non può essere effettuata a causa dell'assenza del lavoratore al domicilio indicato, questi viene invitato a visita ambulatoriale presso il presidio sanitario pubblico descritto nell'avviso, intendendosi per tale la USL nella cui circoscrizione territoriale rientra l'indirizzo del lavoratore interessato ».

Il D.M. 18 aprile 1996 (Integrazioni e modificazioni al Decreto Ministeriale 15 luglio 1986 concernente le visite di controllo dei lavoratori da parte dei medici iscritti nelle liste speciali dell'INPS), del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale di concerto con il Ministero della Sanità forniva integrazioni e modificazioni al D.M. 15 luglio 1986. In particolare, all'art. 2 comma 3, veniva prevista la possibilità per l'INPS di ricorrere anche a medici dipendenti propri o dipendenti di altre strutture pubbliche per assicurare il servizio di controllo con divieto di far espletare il servizio di medicina di controllo ai sanitari della guardia medica.

Nell'effettuazione della visita, l'esame del paziente dovrà essere incentrato primariamente sull'obiettività distrettuale, vale a dire sull'apparato o organo interessato dalla patologia

denunciata; dovrà altresì essere presa visione degli eventuali accertamenti strumentali, che andranno riportati nell'apposito riquadro presente sul referto. Il medico di controllo deve formulare sul referto le proprie conclusioni diagnostiche e prognostiche, rispondere ai quesiti di natura medico-legale ivi presenti e apporre il numero nosologico relativo all'infermità riscontrata.

Aspetti tecnici medico legali

Riportate le principali norme che disciplinano la materia (abbiamo omesso le ultime, comprese quelle emanate dall'ultimo governo attualmente in carica in quanto non sembrano apportare sostanziali modificazioni per quanto si andrà a discutere) bisogna affrontare le problematiche medico legali che nella fattispecie ricorrono. E prima fra tutte, quella relativa al rapporto intercorrente tra la diagnosi eseguita dal medico curante, confermata peraltro dal medico di controllo, e l'attività lavorativa svolta dal lavoratore. Come a dire, in altre parole, che si vuole porre – una volta e per sempre ed in maniera chiara – il problema relativo all'idoneità del soggetto a svolgere le mansioni nonostante lo stato di malattia.

E pertanto, la domanda da porsi è se lo stato di malattia debba essere messo in relazione ad un'attività lavorativa generica ovvero al lavoro specifico svolto dal lavoratore. Al riguardo, va ricordato come in campo assicurativo, in infortunistica previdenziale, cioè, l'inabilità temporanea vada rapportata alla capacità lavorativa specifica mentre l'inabilità permanente vada riferita all'attività lavorativa generica. Si tratta d'una questione che appare chiara e pacifica, ineccepibile sotto l'aspetto tecnico e perfino dal punto di vista giuridico oltretutto morale, ineccepibile. Ma allora, se questo è vero, come è vero, riteniamo che anche negli altri casi, il termine di riferimento per l'inabilità temporanea assoluta debba essere quello dell'attività lavorativa specifica.

Ed allora, qualora si tratti d'un processo patologico impegnativo dell'economia organica generale del tipo febbre, influenza, malattia infettiva, eccetera, riteniamo che il problema proposto proprio non si ponga atteso che tali forme morbose non consentono la protrazione di qualsiasi attività lavorativa, sia essa leggera e/o sedentaria, sia essa pesante e gravosa; vuoi che si svolga alle intemperie vuoi che venga espletata in luoghi chiusi e non di rado riscaldati. Pena, l'eventuale aggravamento della stessa e la ricorrenza di rischi e di pericoli di complicanze che potrebbero perfino allungare –ove si dovessero concretizzare- lo stesso periodo di malattia.

Viceversa, a nostro sommo avviso, quando si tratti d'un processo morboso che non impegni tutto l'organismo ma sia localizzato soltanto ad una parte di esso. Intendiamo riferirci, essenzialmente e fondamentalmente, alla malattia traumatica, specie quando la medesima interessi solo limitati segmenti scheletrici (fratture delle falangi delle dita delle mani o dei piedi; fratture di Colles contenute in apparecchio gessato antibrachio-metacarpale; piccole fratture delle ossa nasali,

magari nemmeno scomposte; eccetera). Ecco, in questi casi od in casi analoghi, la problematica medico legale emerge in tutta la sua pregnanza ed importanza.

Infatti, per una frattura di un osso metacarpale, oppure per una frattura di una falange trattata con stecca di Zimmer ma anche per una frattura di Colles che ha richiesto l'immobilizzazione in apparecchio gessato antibrachio-metacarpale:

è giusto riconoscere sempre e comunque un periodo più o meno lungo (tutto il periodo della contenzione in gesso del segmento scheletrico interessato) d'inabilità temporanea totale? Oppure è più ragionevole, ed a nostro avviso più corretto dal punto di vista scientifico e medico legale, che tale parere scaturisca e si basi fondamentalmente tenendo presente l'attività lavorativa che il soggetto svolge?

Noi propendiamo fermamente ed in maniera convinta per la seconda ipotesi, come detto in precedenza, molto più corretta sotto tutti i punti di vista. Infatti, la stecca di Zimmer oppure l'apparecchio gessato antibrachio-metacarpale in un soggetto che abbia riportato rispettivamente la frattura della falange prossimale del V dito della mano sinistra ovvero la frattura di Colles, può comportare la totale inidoneità al lavoro specifico solo nel caso in cui l'attività lavorativa svolta richieda l'uso specifico di quel determinato segmento articolare pena l'impossibilità al suo corretto ed adeguato espletamento. Allora, occorrerà che la visita medica di controllo sia preceduta da un'accurata indagine anamnestica (peraltro specificamente prevista nei modelli in uso in uno spazio dedicato ma spesso negletta) di tipo lavorativo affinché il parere che si va ad esprimere sia congruo e soprattutto motivato.

Insomma, a nostro avviso, laddove la contenzione del segmento scheletrico in esame non ostacoli l'espletamento dell'attività lavorativa svolta dall'interessato non è giustificato un periodo di assenza dal lavoro superiore a quello della prima fase post-traumatica (due-tre giorni), comprensiva anche dello spavento che in genere fa seguito a tali forme morbose. E, quindi, giammai potrà essere giustificato un periodo di malattia che comprenda tutto quello della contenzione in gesso in un soggetto che svolge un'attività di tipo intellettuale che non richiede, quindi, per il suo espletamento l'integrità di quel determinato distretto scheletrico.

Infine, ma non per questo meno importante, riteniamo soffermarci su un ultimo aspetto: quello relativo all'inabilità temporanea parziale.

Come comportarsi, allorquando a seguito dell'evento fratturativo che ha richiesto la contenzione in apparecchio gessato, occorre necessariamente sottoporsi alla rieducazione motoria. Al riguardo, ricordiamo che uno dei quattro punti cardine della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale prevede la riabilitazione, insieme alla diagnosi, alla terapia ed alla prevenzione.

In questi casi, che pur si presentano o potrebbero presentarsi al medico di controllo riteniamo che la giustificazione potrà soltanto sostenersi qualora il centro di riabilitazione motoria territorialmente competente non abbia motivata disponibilità di accettare il soggetto in un orario al di fuori di quello dei suoi turni di lavoro. Ecco, soltanto in questi casi, riteniamo che al lavoratore vadano concessi permessi brevi e retribuiti per l'espletamento di siffatta rieducazione funzionale.

Criticità generali ed attualità valutative in tema di pensionistica di guerra

Gabriele Lupini

Presidente della Commissione Medica Superiore Ministero dell'Economia e Finanze

La pensionistica privilegiata di guerra trova la sua più ampia definizione nell'art. 1 del DPR n. 915 del 1978 (Testo unico delle norme in materia di pensione di guerra) che indica come si tratti di “atto risarcitorio, di doveroso riconoscimento e di solidarietà dello Stato, nei confronti di coloro che, a causa della guerra, abbiano subito menomazioni nell'integrità fisica o la perdita del congiunto”.

Costituisce un atto di solidarietà della collettività che, nel caso si sia verificato un danno per causa di guerra, prescinde da qualunque versamento contributivo trovando la sua giustificazione non in un ambito di responsabilità civile, ma dal dovere etico dello Stato di riparare un danno subito dal singolo per tutelare gli interessi della collettività nazionale tutta.

Tale atto di solidarietà sfocia nella concessione di benefici economici che sono legati alla perdita o alla riduzione della capacità lavorativa generica permanente o temporanea attraverso l'ascrivibilità di tale perdita o riduzione a specifiche tabelle valutative “A” e “B” annesse ad DPR n. 834 del 1981.

La pensione privilegiata di guerra può essere diretta quando il beneficiario è lo stesso invalido o indiretta quando chi la percepisce è un congiunto.

A mente del citato Testo Unico i destinatari del trattamento pensionistico sono:

- 1) I soggetti militari o ad essi equiparati (art. 2)
- 2) Le categorie speciali di soggetti militari o ad essi equiparati (art. 3)
- 3) I soggetti civili (art. 8)
- 4) Le categorie speciali di soggetti civili (art. 9)

Le differenze sostanziali tra i militari o le figure equiparate e i soggetti civili riguardano il riconoscimento del nesso causale tra l'evento bellico e il danno lamentato. Infatti, per i militari per quanto attiene al servizio di guerra tale nesso è sempre presunto mentre per quanto riguarda il servizio attinente alla guerra e per i civili spetta a costoro dimostrarne la sussistenza tra il fatto di guerra e il danno lamentato.

Per la prima fattispecie si tratta, comunque, non di una presunzione assoluta ma di una presunzione iuris tantum e quindi è ammessa la prova contraria la cui dimostrazione è onere dell'Amministrazione.

Il trattamento pensionistico indiretto privilegiato di guerra spetta ai superstiti del militare morto a causa della guerra o che venga a morte in epoca successiva e precisamente al coniuge, agli

orfani minorenni, agli orfani maggiorenni (se iscritti all'università sino al compimento del 26° anno di età) o ai genitori in mancanza di coniuge e/o figli e ai figli maggiorenni che siano o divengano inabili a qualsiasi proficuo lavoro.

Il riconoscimento di tale inabilità costituisce al momento una delle maggiori criticità valutative che nell'attività delle Commissioni Mediche di Verifica e di riflesso della stessa Commissione Medica Superiore.

L'intervento della collettività a favore dell'inabile a proficuo lavoro trova la sua più alta legittimazione nella Carta Costituzionale all'art 38 che espressamente recita: "... ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto di mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale ...".

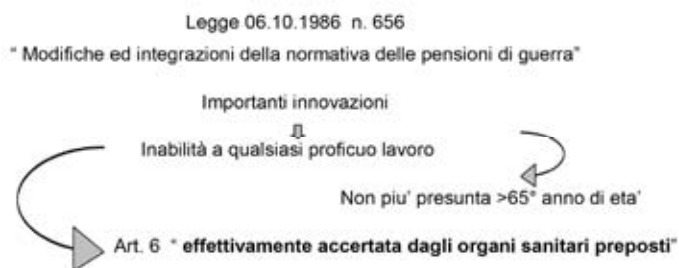
Il concetto di inabilità a qualsiasi proficuo lavoro, assai ampio e compenetrato da connotazione di carattere bio-sociologico dell'invalidità, è da intendersi non riferito necessariamente ai portatori di menomazioni altamente invalidanti, tanto da configurare un'impossibilità a svolgere in modo ed assoluto qualsiasi attività lavorativa, potendosi riscontrare anche in soggetti che, pur portatori di quadri patologici non particolarmente gravi, si trovino comunque in una situazione di non poter rendere una collocazione lavorativa tale da costituire una fonte di reddito per soddisfare i mezzi bastevoli per i normali bisogni della vita; si riferisce quindi all'individuo nella sua interezza sul piano psico-fisico-attitudinale-applicativo.

Su tale aspetto la Corte dei Conti Sez. III (Sez. III 4.2.85, n. 57575) precisa: "Il requisito dell'inabilità a proficuo lavoro richiesto per l'ammissione dell'orfano maggiorenne di dipendente statale al beneficio della pensione di reversibilità, deve essere valutato complessivamente sulla base degli elementi oggettivi e soggettivi riscontrabili con riferimento, oltre che alle risultanze degli accertamenti medico-legali, anche alle concrete possibilità di lavoro dell'interessato, e può essere determinato anche dalla semplice menomazione della capacità lavorativa, purché questa sia di tale entità da procurare, in concreto, l'inidoneità del soggetto a svolgere un'attività effettivamente remunerativa".

Tale orientamento risulta confermato in un successivo pronunciamento della stessa Corte (02.01.1988 n. 61727) in cui si afferma: "il requisito dell'inabilità al lavoro proficuo (... omissis ...) deve essere valutato complessivamente sulla base degli elementi oggettivi riscontrabili con riferimento, oltre alle risultanze degli accertamenti medico-legali, anche alle concrete possibilità di lavoro dell'interessato, e può essere determinato anche dalla semplice menomazione della capacità lavorativa, purché questa sia di tale entità da procurare, in concreto, l'inidoneità del soggetto a svolgere un'attività effettivamente remunerativa, per tale intendendosi quella che frutti in ogni caso in modo continuativo, mezzi bastevoli per l'appagamento dei normali bisogni della vita".

Anche il Comitato di Liquidazione delle Pensioni di Guerra nell'adunanza collegiale del 24.11.1997 considerava che "L'inabilità a qualsiasi proficuo lavoro non si identifica con la totale inabilità dell'individuo, bensì esige che nell'orfano siano presenti infermità che riducono la capacità lavorativa in modo preponderante così da rendere insignificante la presenza del soggetto nel mercato del lavoro" rafforzando la dottrina sull'argomento.

La valorizzazione di tale impostazione costituisce un momento qualificante della valutazione medico-legale nel riconoscimento di tale inabilità anche e soprattutto quando ci si trovi a valutare soggetti in età avanzata per i quali la presunzione di sussistenza al superamento del 65° anno di età, presente in passato, è stata superata dalla previsione normativa contenuta nella Legge 6 ottobre 1986 n. 656 che all'art. 6 prevede che l'inabilità a qualsiasi proficuo lavoro deve essere effettivamente accertata dagli organi sanitari preposti.



L'attualità della problematica valutativa in tale campo ha portato la Direzione Centrale dei Servizi del Tesoro ad emanare la circolare 850 del 31 luglio 2008 proprio sui "*Criteria indicativi nell'accertamento del requisito della inabilità a proficuo lavoro nell'ambito della materia pensionistica di guerra*".

Facendo proprio ed esplicitando le evidenze metodologiche e giurisprudenziali di merito viene indicato alle Commissioni Mediche di Verifica di valorizzare, "nell'ottica di una puntuale razionalizzazione dell'iter medico-legale nell'accertamento di tale fattispecie, l'orientamento giurisprudenziale della Corte dei Conti armonizzando le procedure accertative con inclusione di espresse valutazioni socio-lavorative che incidono significativamente sulla capacità del soggetto a procacciarsi i mezzi bastevoli per i normali bisogni della vita". In particolare è richiamata la necessità di valutare la capacità di riadattamento e collocamento nello specifico contesto socio-culturale, la formazione tecnico-culturale, i precedenti lavorativi dell'istante.

Inoltre è raccomandato che il giudizio medico-legale venga espressamente ed ampiamente motivato rifuggendo da affermazioni apodittiche prive di ogni supporto logico-motivazionale, così come previsto per ogni atto dell'Amministrazione pubblica al fine di evitare una facile soccombenza in caso di contenzioso proprio per la carenza di motivazioni.

TERZA SESSIONE
INIDONEITÀ AL SERVIZIO E ALTRE FORME DI INABILITÀ

Presidente

M. Donvito, *Capo Ufficio Generale Sanità Militare Stato Maggiore Difesa*

Moderatore

L. Lista, *Capo Ufficio Politica Sanitaria Stato Maggiore Difesa, Presidente C.M.V. di Roma*

**Inidoneità al servizio e altre forme di inabilità:
gli aspetti giuridici ed amministrativi**

Franca Franchi

Direttore Ufficio III della Direzione Centrale dei Servizi del Tesoro

Si rimanda alla Sezione dei supporti visivi alle relazioni ed al relativo abstract.

**Inidoneità al servizio e altre forme di inabilità:
gli aspetti medico-legali**

Marcello Giannuzzo

Capo Sezione Medicina Legale del Dipartimento Sanità dell'Esercito

Si rimanda alla Sezione dei supporti visivi alle relazioni ed al relativo abstract.

Il giudizio di idoneità nei vari ambiti: medico competente, collegi medico-legali, commissioni mediche di verifica.

Paolo Marino

Presidente Commissione Medica di Verifica di Caserta

Giuseppe Guadagno

Presidente della Commissione Medica di Verifica di Napoli

La formulazione del giudizio di idoneità dei lavoratori del comparto pubblico e privato deve necessariamente ricondursi a specifici riferimenti normativi in ambito previdenziale e di sicurezza sul lavoro; appare fondamentale a riguardo l'adozione di una corretta terminologia medico-legale per poter esprimere i giudizi in modo chiaro ed inequivocabile. A tale fine è doveroso richiamare quelle che sono le definizioni di idoneità, inabilità e invalidità.

L'idoneità è il possesso dei requisiti per l'espletamento di una determinata attività; è necessariamente un giudizio relativo.

L'inabilità è la perdita della capacità di svolgere una attività lavorativa. In relazione al tempo, cioè alla sua durata, può essere temporanea o permanente; in relazione al pregiudizio della capacità lavorativa, può essere assoluta o relativa.

L'invalidità è un giudizio di tipo di tipo assoluto riferito esclusivamente all'entità della menomazione psico-fisica.

I riferimenti normativi in ambito di sicurezza sul lavoro sono il D. Lgs. 81/08 per ciò che concerne l'idoneità in rapporto all'esposizione ai rischi normati, nonché le norme previgenti regolanti rischi particolari e ricomprese nel suddetto decreto; in merito all'idoneità per i lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti il riferimento di legge è il D. Lgs. 230/95.

In ambito previdenziale occorre invece attenersi alle norme generali del pubblico impiego e alle norme finanziarie, i Contratti Collettivi N.L., la Legge 08.08.95 n. 335 e circolari applicative, il regolamento di cui al D.P.R. 461/2001 e il Decreto Interministeriale del 12.02.04.

Il giudizio di idoneità deve essere caratterizzato dai seguenti contenuti:

- accertamento dello stato anteriore del soggetto in occasione della visita preventiva, con valutazione di eventuali invalidità precostituite all'atto dell'inserimento lavorativo;
- definizione della capacità lavorativa, cioè dell'efficienza psico-fisica ed attitudinale ad espletare una determinata attività;
- verifica che la prestazione lavorativa non comporti un danno alla salute;
- esclusione della sussistenza di una pericolosità per terzi e per la sicurezza complessiva degli impianti nei casi previsti.

Le idoneità specifiche mirate alla tutela del lavoratore sono essenzialmente rappresentate:

- idoneità alla mansione specifica – ex D. Lgs. 81/08;
- idoneità per esposizione a radiazioni ionizzanti – ex D. Lgs. 230/95;
- idoneità per la flessibilità lavorativa fino all' VIII mese di gravidanza – ex D. Lgs. 151/01;

➤ idoneità al lavoro mirato dei disabili – ex L. 68/99.

Il giudizio di idoneità ai sensi del D. Lgs 81/08 viene espresso relativamente alla mansione specifica al termine della sorveglianza sanitaria (art. 41/6); sulla base delle risultanze delle visite mediche eseguite sui lavoratori, il giudizio può essere formulato nei modi seguenti:

- idoneità;
- idoneità parziale, temporanea o permanente, con prescrizioni o limitazioni;
- inidoneità temporanea;
- inidoneità permanente.

Nel caso di espressione del giudizio di inidoneità temporanea vanno precisati i limiti temporali di validità; di tale giudizio il medico competente deve informare per iscritto il datore di lavoro ed il lavoratore. È un giudizio dal carattere relativo in quanto non può esistere una idoneità onnicomprensiva che consenta di svolgere qualsiasi attività; inoltre per uno stesso soggetto sono prospettabili tante potenziali idoneità quante sono le mansioni che il lavoratore può essere chiamato a svolgere.

Il giudizio di idoneità dei lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti è formulato in occasione della visita medica preventiva, visita periodica e straordinaria (art. 84-85 D. Lgs 230/95).

La visita preventiva include una anamnesi completa, l'esame clinico generale, esami specialistici e/o di laboratorio. Sulla base delle risultanze della visita preventiva il lavoratore può essere giudicato:

- idoneo;
- idoneo a determinate condizioni;
- non idoneo.

La visita periodica e straordinaria include una anamnesi completa, un esame clinico generale, esami specialistici e/o di laboratorio, ove necessari. Sulla scorta delle risultanze delle visite il lavoratore può essere giudicato:

- idoneo;
- idoneo a determinate condizioni;
- non idoneo;
- lavoratore sottoposto a sorveglianza medica dopo cessazione dalla esposizione a radiazioni ionizzanti.

Il ricorso al collegio medico ASL e alle Commissioni di Verifica del MEF, alle CMO o alle Commissioni ASL in ordine al giudizio di idoneità è contemplato nei seguenti casi:

- per infermità che si ritiene siano causa di non idoneità totale al servizio (inabilità permanente assoluta);
- per permanente e assoluta non idoneità (o inabilità) al proficuo lavoro;
- per inabilità lavorativa assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa;
- per inabilità permanente relativa al servizio;
- per inabilità temporanea al servizio.

Il riferimento normativo in materia è costituito dal D.P.R. 29 ottobre 2001 n. 461: “regolamento recante la semplificazione dei procedimenti per il riconoscimento della dipendenza delle infermità da causa di servizio, per la concessione della pensione privilegiata ordinaria e dell’equo indennizzo, nonché per il funzionamento e la composizione del Comitato per le Pensioni Privilegiate Ordinarie”. L’art. 9 del sopra menzionato decreto affianca alle CMO due nuovi organismi medico-legali deputati ad eseguire gli accertamenti sanitari: la Commissione Medica delle ASL e la Commissione Medica di Verifica del MEF. Il regolamento di cui al D.P.R. 461/01 ed il decreto interministeriale 12.02.2004, disciplinano le procedure per l’accertamento della inidoneità e di altre forme di inabilità, non dipendenti da causa di servizio, ai fini del cambio di mansioni, della dispensa dal servizio e dell’eventuale conseguimento di trattamenti pensionistici.

L’articolo 3 del DM 12.02.04 individua i criteri di assegnazione delle domande agli organismi di accertamento sanitario. In particolare, per il personale militare e forze di polizia, per i dipendenti civili del Ministero della Difesa e dell’Interno la competenza dell’accertamento sanitario è della Commissione Medico Ospedaliera; per il personale degli enti pubblici non economici (INPS, INAIL, INPDAP, ENASARCO, ecc) risultano competenti le Commissioni Mediche delle ASL; infine, per gli altri dipendenti pubblici (Ministeri, Agenzie, Enti Locali, SSN, ecc) viene individuata la competenza della Commissione Medica di Verifica del Ministero dell’Economia e delle Finanze.

I possibili giudizi in tema di idoneità che possono essere formulati dagli organismi di accertamento sanitario sopra citati, ai sensi dell’art. 6 comma 3d del D.M. 12.02.04, sono i seguenti:

- idoneità al servizio;
- inabilità temporanea al servizio;
- inabilità permanente in modo relativo al servizio (con riferimento all’inquadramento professionale);
- inabilità permanente in modo assoluto al servizio;
- eventuale giudizio in ordine ad altre forme di inabilità, se richiesto o previsto da disposizioni vigenti (inabilità permanente a proficuo lavoro – art. 13 legge n. 274/91 e art. 194 del T.U. 1092/73, inabilità assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa – legge 335/95 e DM 187/97).

Nel caso in cui un pubblico dipendente civile sia giudicato permanentemente non idoneo al servizio o al profilo professionale, i giudizi previsti verranno formulati come di seguito:

- inabile in modo relativo al servizio; in tale eventualità è previsto il cambio del profilo professionale con le modalità previste dai CC. NN. LL.
- inabile in modo assoluto al servizio: tale eventualità prevede la dispensa con le modalità previste dall’art. 15 del DPR 461/01.

A riguardo occorre sottolineare che l’art. 6 comma 5 del DM 12.02.04 stabilisce che la Commissione deve precisare se la eventuale inabilità accertata è determinata, esclusivamente o in misura prevalente, da infermità dipendenti o non dipendenti da causa di servizio. Le normative menzionate prevedono infatti due distinte forme di “inabilità pensionabili”: l’inabilità “privilegiata”

conseguente ad infermità/lesioni dipendenti da causa di servizio che hanno determinato la risoluzione del rapporto di lavoro, requisito per il diritto alla pensione privilegiata; l'inabilità "non privilegiata" conseguente ad infermità/lesioni non dipendenti da causa di servizio, requisito per il diritto alla pensione di inabilità (ex L. 335/95) o ad altri trattamenti pensionistici per inabilità fisica. Condizione indispensabile per il diritto alla pensione privilegiata è il requisito della cessazione dal servizio per sopravvenuta inabilità.

A tale proposito, appare suggestivo riportare un caso di recente osservazione presso la Commissione Medica di Verifica di Caserta, inerente la formulazione di un giudizio di inabilità permanente in modo relativo al servizio. Si tratta di istanza, intesa ad ottenere il riconoscimento di dipendenza da causa di servizio per l'infermità gastroduodenite cronica, inoltrata da un Dirigente Medico specialista della branca di Ortopedia e Traumatologia. All'atto della visita medica collegiale, è stata riscontrata, oltre alla patologia oggetto di riconoscimento, anche una radiodermite cronica alle mani. Il giudizio in merito all' idoneità espresso dalla Commissione, è stato il seguente: "NON IDONEO permanentemente al servizio di Istituto in modo relativo; controindicata l'attività chirurgica comportante esposizione a radiazioni ionizzanti; e altresì SI IDONEO al servizio comportante attività di tipo ambulatoriale; l'inabilità è determinata esclusivamente da infermità allo stato degli atti non dipendente da cause di servizio".

In ultima analisi, al fine di evitare possibili difformità dei giudizi medico-legali, appare fondamentale una corretta delimitazione del campo di intervento. Il chiarimento delle competenze e delle finalità dei due giudizi, sorveglianza sanitaria e idoneità nel pubblico impiego, dovrebbe dirimere ogni problema applicativo in caso di sovrapposizione dei due giudizi.

Il giudizio del medico competente è finalizzato a tutelare il lavoratore in presenza di rischio lavorativo o per l'individuazione di infermità non compatibili con i compiti svolti; il giudizio della Commissione Medica di Verifica, della CMO e della Commissione Medica dell'ASL, è finalizzato a regolamentare i rapporti tra lavoratore malato e l'amministrazione di appartenenza dello stesso, all'interno del mutevole scenario del Diritto del Lavoro.

Le idoneità pericolose: nuovi accertamenti nelle idoneità lavorative a rischio.

Fabrizio Ciprani

Direttore della II Divisione del Servizio Affari Generali della Direzione Centrale di Sanità della Polizia di Stato

La problematica del giudizio di idoneità nei lavori pericolosi per terzi è argomento abbastanza datato, spesso riesacerbato da drammatici quanto ricorrenti episodi di cronaca, che in genere sconcertano l'opinione pubblica.

In tali occasioni, all'annosa domanda sul cosa fare, si pensa subito ed estemporaneamente, anche se piuttosto limitatamente, agli accertamenti sanitari finalizzati alla formulazione di un corretto giudizio di idoneità.

Giudizio di idoneità: il significato letterale, quello che un profano darebbe a queste due parole messe insieme, probabilmente individua meglio, rispetto agli addetti ai lavori, le finalità e le esigenze insite in questa complessa valutazione medico-legale. Perché il giudizio di idoneità è stato ingiustamente sezionato da normative diverse, adattato ai più vari ambiti ed alle esigenze emergenti di volta in volta, diviso e condiviso da specialisti di differenti discipline, non infrequentemente con grande confusione e con troppa discrezionalità.

Se nel mondo non c'è particolare uniformità nel definire il concetto di idoneità al lavoro¹⁶, in Italia, dove esistono più leggi che altrove, la situazione è ancor più difficile da decifrare, anche perché ciò che spesso si cerca di perseguire, in ambiti che dovrebbero essere tecnici, non è la funzionalità del sistema ma la gestione di un "potere" decisionale, nel significato più deleterio del termine.

In generale ed intuitivamente, un giudizio di idoneità al lavoro, partendo dalla conoscenza adeguata del luogo di lavoro e dell'attività concretamente svolta, dovrebbe necessariamente comprendere tre momenti:¹⁷

1. la capacità lavorativa, ovvero l'efficienza psico-fisica ad espletare quel determinato tipo di attività;
2. la verifica che la prestazione d'opera non comporti un danno alla salute;
3. la non sussistenza di pericolosità per terzi.

¹⁶ SERRA C, RODRIGUEZ MC, DELCLOS GL, ET AL, Criteria and methods used for the assessment of fitness for work: a systematic review, *Occup Environ Med* 2007;64:304-312.

¹⁷ CIPRANI F, Disturbi psicopatologici ed idoneità a lavori pericolosi per terzi, *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, vol. XXX, supplemento al n.1, Gennaio-Marzo 2008.

In realtà, esiste una dicotomia tra il primo momento, considerato di pertinenza del medico-legale ed il secondo momento, che rappresenta il giudizio di idoneità alla mansione specifica del medico competente, ai sensi del DLgs 626/94 prima e del DLgs 81/08 poi.

Dicotomia per certi versi anche comprensibile, il giudizio sulla capacità lavorativa è infatti un giudizio di tipo “datoriale”, finalizzato all’esigenza del datore di lavoro che il prestatore d’opera sia in grado di assicurargli quanto concordato in termini di “ingaggio”. Non a caso l’accertamento relativo, in termini garantistici, è regolato dall’art. 5 della L. 300/70, che lo delega ad organismi sanitari pubblici.

L’art. 15 del DPR 461/01 è in linea con questo assunto, demandando alle Commissioni Mediche Ospedaliere, alle Commissioni Mediche di Verifica, alle Commissioni Medico Legali delle ASL, non solo il giudizio di idoneità correlato al riconoscimento della dipendenza da causa di servizio, ma anche ogni altra valutazione idoneativa del dipendente pubblico.

Il giudizio del medico competente, invece, è nato con il fine di tutelare primariamente la salute del lavoratore. Se questi, in tale ambito, non è più idoneo è perché la prestazione che deve svolgere è per lui nociva. Ne viene allontanato, in definitiva, per una sua tutela.

Ciò, pur con certi limiti, spiega anche perché il medico competente possa essere direttamente un dipendente dello stesso datore di lavoro.

Il terzo momento, il giudizio sulla pericolosità per terzi, fino a poco tempo fa, comprensibilmente, era più facilmente considerato come parte del giudizio idoneativo medico-legale piuttosto che di quello prevenzionistico.

In taluni settori (personale di volo, conducenti di treni), tale giudizio costituisce un’attività molto antica, un esempio di visita “periodica” medico-legale.

Negli ultimi anni, tuttavia, l’orientamento giuridico e le normative prevenzionistiche hanno spostato tale giudizio sul versante prevenzionistico, individuando l’attore principale nel medico competente.

L’orientamento giuridico in materia di rischio cosiddetto ambientale, le normative in materie di alcol e droghe ed, in ultimo, il DLgs 81/08 hanno di fatto consegnato al medico competente l’onere del giudizio di idoneità nei lavoratori pericolosi per terzi, così individuati da due diverse Intese della Conferenza Stato-Regioni¹⁸ e stranamente differenziati nei criteri di inclusione (e quindi di pericolosità) a seconda che si consideri l’assunzione di sostanze stupefacenti e psicoattive

¹⁸ Rispettivamente Provvedimento 16 marzo 2006 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome (*Intesa in materia di individuazione delle attività lavorative che comportano un elevato rischio di infortuni sul lavoro ovvero per la sicurezza, l’incolumità o la salute dei terzi, ai fini del divieto di assunzione e di somministrazione di bevande alcoliche e superalcoliche, ai sensi dell’art. 15 della legge 30 marzo 2001, n.125*)(Legge quadro in materia di alcol) e Provvedimento 30 ottobre 2007, intesa sancita in Conferenza Unificata ai sensi dell’art. 8, comma 6, legge 131/2003 (*Intesa in materia di accertamenti di assenza di tossicodipendenza, ai sensi dell’art. 125 del D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309*) (Testo unico in materia di stupefacenti).

o quella di alcol. Tali procedure hanno trovato forti critiche da parte dei medici competenti e delle Società che li rappresentano.

Fino a qualche tempo fa, infatti, si asseriva che il “mandato” del medico competente fosse esclusivamente operante nell’ambito della tutela della salute del lavoratore, con particolare riferimento a quei rischi “normati”, che imponevano l’effettuazione delle visite preventive e periodiche.

In linea con tale assunto, il Codice Etico Professionale per gli Operatori della Medicina del Lavoro dell’International Commission on Occupational Health (ICOH)¹⁹ ritiene che la prescrizione di accertamenti che non abbiano relazione con il rischio per la salute del lavoratore non è da considerarsi etica e che gli accertamenti devono essere scelti sulla base della loro validità nel proteggere la salute del lavoratore interessato.

Anche il Gruppo Italiano per lo Studio delle modalità di Gestione Intraospedaliera dei Lavoratori con Malattie Pericolose per il Pubblico²⁰ sostiene che nei compiti del medico competente non rientri la tutela della salute pubblica. Tale punto di vista è stato avvalorato da tempo dal parere della Società Italiana di Medicina del Lavoro ed Igiene Industriale, che ha posto l’attenzione sui possibili contenziosi cui si esporrebbe il medico competente qualora si avventurasse in giudizi di inidoneità a salvaguardia della tutela di terzi.²¹

Al di là di tali, comprensibili e giustificate, contestazioni, tali norme sono alquanto nebulose e difficilmente applicabili anche nelle procedure tecniche. Esistono infatti oggettive difficoltà che rendono complicata l’esecuzione degli accertamenti specifici nonché procedure organizzative assai complesse, basti considerare alla necessità di effettuare i test sul lavoratore a sorpresa, senza preavviso, garantendo al tempo stesso tutti i diritti imposti dalla legge.

È previsto che gli accertamenti per l’uso di droghe siano effettuati, in una prima fase di screening, a cura del medico competente, sulle urine; in caso di positività è obbligatorio attivare tutte le procedure di garanzia per la catena di custodia del campione, con accertamenti di secondo livello ed implicazione da parte dei SERT, con procedure esplicitate rigorosamente nella specifica Intesa.²²

¹⁹ INTERNATIONAL COMMISSION ON OCCUPATIONAL HEALTH (ICOH), International Code of Ethics for Occupational Health Professionals. 2002.

²⁰ GIS GILMAPP, Idoneità al lavoro e salute pubblica nei lavoratori ospedalieri, Med Lav 2001; 92:295-306.

²¹ SIMLII, Linee Guida per la sorveglianza sanitaria, vol.11, 2004.

²² Provvedimento 18 settembre 2008, intesa sancita in Conferenza Unificata ai sensi dell’art. 8, comma 2 dell’Intesa in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza, perfezionata nella seduta della Conferenza Unificata del 30 ottobre 2007 (Rep. Atti n. 99/CU), sul documento recante “*Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportino particolari rischi per la sicurezza, l’incolumità e la salute di terzi*”.

Esistono peraltro interpretazioni di queste norme diverse da Regione a Regione, con il risultato che le linee-guida ed i regolamenti varati (peraltro non da tutte le Regioni) differiscono tra loro.

La contraddittorietà di tali norme è peraltro testimoniata dall'impegno del legislatore di rivedere il testo dell'Intesa Stato-Regioni sulle droghe, con l'intento di risolvere i punti più critici, primo tra tutti unificare la lista dei lavoratori pericolosi: non è la sostanza che fa la differenza ma l'attività lavorativa che è pericolosa e di certo dovrebbe destare più preoccupazione l'assunzione di droghe piuttosto che quella di alcol.

In definitiva, restano aperte alcune importanti questioni: l'individuazione stessa dei lavoratori pericolosi per terzi, la natura e le modalità degli accertamenti previsti (che non possono fermarsi a quelli per la verifica dell'assunzione di droghe ed alcol), le competenze di chi deve eseguire gli esami, l'orientamento in tema di idoneità al servizio in tutte le situazioni borderline che necessariamente si presenteranno, l'armonizzazione con altri momenti idoneativi richiesti dalle normative vigenti (certificazioni di idoneità alla guida, all'uso e maneggio delle armi, ecc).

C'è da prevedere che tali aspetti alimenteranno, nei prossimi tempi, il già vivace dibattito sul giudizio di idoneità.

Il giudizio di idoneità al servizio e la medicina legale difensiva

Massimo Niola

Professore Associato di Medicina Legale, Università "Federico II" di Napoli

Mariano Paternoster

Presidente della Commissione Medica di Verifica di Salerno

L'idoneità al servizio implica un giudizio di idoneità specifica, incondizionata o parziale, derivante dallo stato di salute del lavoratore che giustifichi o meno la protrazione del lavoro in riferimento alle sue mansioni.

Siffatto giudizio presuppone, dunque, la conoscenza della realtà psicosomatica del lavoratore, la natura dei compiti che svolge e le necessarie correlazioni fra i due termini.

Il giudizio di idoneità al servizio, fermo restando le specifiche competenze di altri organi, non è poi avulso da valenze preventive, trattandosi pur sempre di scriminare quelle condizioni psico-fisiche del lavoratore che possano garantirgli un impiego libero da ogni pericolo per la salute (anche quella altrui).

Si tratta, dunque, di una delicata valutazione che non sfugge alle suggestioni della medicina legale difensiva: comportamento che si concretizza in giudizi dettati più che dal libero convincimento del Sanitario, dalla necessità di evitare decisioni valutative che possano metterlo a rischio di denunce giudiziarie per responsabilità professionale.

Diversi, in effetti, sono i momenti di possibile insorgenza di responsabilità professionale nella prestazione medico-legale finalizzata all'accertamento dell'idoneità lavorativa.

Nella fase clinica il Sanitario può rendersi responsabile di: violazione del diritto alla riservatezza del paziente (in relazione ai dati identificativi di tipo anagrafico, ai dati riferiti allo stato di salute, con particolare riferimento all'anamnesi ed alla valutazione medico-legale dei dati derivanti dagli accertamenti medici); errori nella raccolta dei dati anamnestici, nello studio dei dati documentali e nella conduzione dell'esame obiettivo; prescrizione di esami strumentali pericolosi in assoluto o controindicati nel singolo caso; mancata opportuna assunzione di un valido consenso informato per richieste di esami radio-diagnostici (come pure esposizione non giustificata ex art. 3 D.Lgs. 26 maggio 2000, n. 187); mancata o tardiva comunicazione all'interessato di patologie da lui non conosciute; errata o mancata valutazione critica dei dati strumentali e/o laboratoristici a disposizione; errata sintesi diagnostica.

Nella fase analitico-valutativa ci si può invece imbattere in un errore interpretativo, deduttivo o di sintesi con errato giudizio medico-legale.

Anche il mancato aggiornamento tecnico-professionale (clinico, giuridico e giurisprudenziale) del medico-legale può essere fonte di errori, dovendo precisarsi che nella valutazione dell'idoneità lavorativa del dipendente non sussiste soltanto un obbligo generale di

correttezza tecnica delle indagini, della conclusione diagnostica e quindi della prognosi che sta alla base del giudizio di idoneità, ma esistono anche norme di legge che rappresentano, pertanto, un ulteriore vincolo di mezzi e fini cui il valutatore è obbligato.

Eventuali difetti di comportamento tecnico-professionale in occasione della valutazione dell'idoneità al servizio possono tradursi in un danno sia per il lavoratore – come nel caso dell'aggravamento di patologie in atto o quiescenti da usura lavorativa (per es., malattie cardiovascolari) o della ingiusta limitazione lavorativa produttiva di danno patrimoniale – sia per terzi (per es., soggetti psichiatrici ritenuti idonei che si rendono responsabili di pregiudizio psico-fisico altrui).

Di qui la prescrizione di indagini e consulenze specialistiche primariamente (ma non necessariamente in modo esclusivo) allo scopo di ridurre la propria esposizione al rischio di accuse di “malpractice” (atteggiamento non sempre dannoso per il lavoratore ma che può produrre dannosità sociale per l'aumento indebito dei costi della sanità) nonché il ricorso sempre più frequente alla formulazione di giudizi di idoneità parziale con limitazioni allo svolgimento di determinati atti lavorativi di fatto pienamente compatibili con le infermità presentate dal lavoratore ma a rischio di ipotetici eventi produttivi di danno per sé e per gli altri.

Come anticipato particolari elementi di criticità sono rappresentati dalle patologie cardiovascolari e da quelle psichiatriche.

Le malattie cardiovascolari, in particolare, assumono notevole rilievo ai fini del giudizio di idoneità sia per la gravità delle conseguenze (anche mortali) che possono produrre, sia per la frequente difficoltà di valutare i concreti rischi legati a queste patologie (come, per es., nel caso delle aritmie).

Anche la manifestazione da parte di un lavoratore di una sintomatologia di natura psichiatrica pone delicati problemi valutativi che vanno dalla sussistenza e gravità della patologia psichiatrica, al possibile rapporto di questa con l'attività lavorativa svolta nonché al giudizio prognostico in termini sia di recupero della capacità di lavoro sia di proseguimento dell'attività lavorativa svolta oppure di idoneità ad altre particolari attività lavorative.

Un altro elemento di criticità, che in qualche modo si interseca con la problematica delle patologie psichiatriche, è, poi, rappresentato dal dovere di vigilanza ex art. 2048 c.c. gravante su particolari categorie di lavoratori come, ad es. il caso (frequente) del personale docente.

In proposito, secondo costante giurisprudenza la vigilanza “deve raggiungere il massimo grado di continuità, attenzione ed efficienza nelle classi inferiori” (Cass. nn. 894/1977 e 516/1980); mentre l'espletamento di tale dovere non richiede la continua presenza degli insegnanti (Cass. n. 6937/1993) con l'avvicinamento degli alunni all'età del pieno discernimento.

Il dovere di vigilanza va, dunque, correlato, per contenuto e limiti, all'età ed al grado di maturazione degli alunni (Cass. n. 369/1980) ed il giudizio di idoneità del personale docente non può non risentire di queste indicazioni.

Ulteriori elementi di criticità che spingono alla medicina legale difensiva sono, infine, rappresentati dalle inquinanti simulatorie, dissimulatorie o pretestatorie nei confronti del proprio stato di malattia poste in essere da lavoratore affetto da alcune condizioni patologiche, dalla situazione psicologica di ridotta libertà di valutazione in cui si ritrovano i Sanitari caricati direttamente della responsabilità di esprimere giudizi di inidoneità con possibilità di gravi conseguenze immediate e future sulla carriera lavorativa del lavoratore (specie in caso di antecedenti giudizi di idoneità espressi in differenti ambiti valutativi).

Metodologia per un corretto accertamento dell'inidoneità e delle altre forme di inabilità

Ciro Montemitro

Presidente C.M.O. e C.M.V. di Chieti

È noto che la caratteristica precipua della Medicina Legale non è tanto la natura dei fatti che ne formano oggetto di studio quanto il metodo con il quale tali fatti vengono studiati o accertati e la finalità di tale studio ed accertamento.

Non esiste attività umana, anche la più elementare, che non esiga l'impiego di un metodo inteso come "l'insieme di prescrizioni relative allo svolgimento di un'attività in modo ottimale" o, secondo altre correnti definizioni come "modo di procedere razionale per raggiungere determinati risultati".

La Metodologia medico-legale può schematicamente dividersi in due parti interconnesse:

- a) la parte medico-biologica
- b) la parte medico-forense

La parte medico-biologica riguarda tutti gli accertamenti, diretti o indiretti, che il *medico legale* esegue avvalendosi delle conoscenze, degli strumenti e dei metodi propri della medicina con l'obiettivo di *formulare una diagnosi clinica* e, nel vivente, una *prognosi* circa l'evoluzione futura delle patologie accertate.

In questo settore il rigore nella obiettivazione deve essere almeno pari, ma se possibile ancor maggiore, a quello che qualsiasi medico deve imporsi nella pratica clinica.

Il rigore deve essere inteso come meticolosa ed attenta raccolta dei dati clinici sia in relazione all'anamnesi che al rilievo dei dati obiettivi, finalizzando il tutto alla formulazione di una diagnosi ed ovviamente, tenendo ben presente che sono i dati obiettivi rilevati che giustificano e motivano adeguatamente una diagnosi.

La parte medico-forense della *metodologia medico-legale* implica la conoscenza delle finalità giuridiche dei quesiti su cui stiamo lavorando.

È quella parte che, sulla base dei dati accertati direttamente, o comunque acquisiti agli atti, elabora valutazioni in risposta a quesiti - proposti in sede giudiziale o stragiudiziale - i quali vengono formulati in rapporto alle peculiari esigenze giuridiche del caso.

Sinteticamente, il metodo deve essere inteso come:

- rigorosa rilevazione di dati
- logica e razionale elaborazione degli stessi
- prudenza nell'esprimere valutazioni
- inderogabile necessità della conoscenza del rapporto giuridico di volta in volta in discussione

Quando la attività di medico-legale viene svolta nell'ambito delle Commissioni Mediche di Verifica del Ministero dell'Economia e Finanze (C.M.V.), sappiamo che il personale che andremo a valutare rientra necessariamente tra quello previsto dal D.P.R. 461/01.

La conoscenza del rapporto giuridico di volta in volta in discussione implica necessariamente la conoscenza di:

- inquadramento professionale del dipendente
- normativa di riferimento

Per quanto attiene all'inquadramento professionale del personale, sappiamo che normalmente esso si articola in una serie di categorie per i dipendenti degli Enti Locali (aree professionali per i dipendenti pubblici), in declaratorie che definiscono il contenuto professionale di ciascuna categoria in relazione alla complessità della mansione svolta, alle conoscenze richieste al lavoratore e all'autonomia che deve possedere nel portare avanti il proprio lavoro (ovviamente questi fattori assumono valenze via via superiori nelle categorie più elevate) e in profili professionali che servono a fornire esempi più interpretativi delle stesse declaratorie.

La categoria (area professionale) è una casella retributiva che definisce anche il contenuto della prestazione che il lavoratore è tenuto a dare e raggruppa vari profili professionali, individuati tanto dalla legge, quanto dai contratti collettivi di categoria.

Rappresenta il principale riconoscimento della professionalità del lavoratore ed ha una valenza economica importante.

Il CCNL 7 aprile 1999 (quadriennio 1998 – 2001) ha previsto un nuovo sistema di classificazione del personale che si articola in quattro categorie (A, B, C e D) in cui si accorpano le precedenti 8 qualifiche professionali.

Nella categoria A confluiscono le precedenti prime tre qualifiche funzionali, nella B la quarta e la quinta, nella C la sesta e nella D la settima e l'ottava.

- | | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| • Qualifica 1,2,3 | Categoria A |
| • Qualifica 4 | Categoria B posizione economica B1 |
| • Qualifica 5 | Categoria B posizione economica B3 |
| • Qualifica 5 agente PM e 6 | Categoria C |
| • Qualifica 7 | Categoria D posizione economica D1 |
| • Qualifica 8 | Categoria D posizione economica D3 |

La Categoria A, che raggruppa le precedenti prime 3 qualifiche, prevede come titolo di studio la scuola dell'obbligo, prevede relazioni organizzative interne, l'interazione con pochi soggetti e, a titolo esemplificativo, racchiude i profili professionali di custode, bidello ecc.

La Categoria B, che raggruppa le precedenti 4^a e 5^a qualifica, prevede come titolo di studio la scuola dell'obbligo più corsi formazione, prevede relazioni esterne indirette informali, prevede

interazione con più soggetti e, a titolo esemplificativo, racchiude i profili professionali di autista di scuolabus, addetto al ced, addetto all'archivio ecc.

La Categoria C, che raggruppa le precedenti 5^a qualifica (Vigile) e 6^a qualifica, prevede come titolo di studio la scuola superiore, prevede relazioni interne anche negoziali, relazioni esterne dirette, prevede relazioni con gli utenti dirette, complesse e negoziali e, a titolo esemplificativo, racchiude i profili professionali di ragioniere, geometra, educatore, istruttore amministrativo ecc.

La Categoria D, che raggruppa le precedenti 7^a e 8^a qualifica, prevede come titolo di studio la laurea o DU, prevede relazioni interne negoziali e complesse, rappresentanza istituzionale esterna e, a titolo esemplificativo, racchiude i profili professionali di segretario economo, specialista attività di arbitrato e conciliazione ecc., e contiene anche l'*area delle posizioni organizzative*.

Strettamente correlate all'inquadramento professionale sono le *mansioni*.

Le mansioni sono l'insieme dei compiti e delle operazioni concrete che il lavoratore è tenuto a eseguire e, parallelamente, che il datore di lavoro ha diritto di pretendere.

In base al c.d. principio di contrattualità delle mansioni, esse devono essere espressamente pattuite e portate a conoscenza del lavoratore al momento dell'assunzione, come si desume dal combinato disposto dell'art. 2103 c.c. e dell'art. 96 disp. att. c.c..

Il termine MANSIONI spesso è usato come sinonimo di Profilo Professionale (quando viene richiesto alla Commissione il pronunciamento circa il cambio mansioni, il termine è utilizzato in questa accezione).

In questa accezione è utilizzato ad es. dall'art. 2103 del Codice Civile quando recita “*«il lavoratore deve essere adibito alle mansioni per le quali è stato assunto»*”.

Il termine mansioni viene anche utilizzato per indicare le voci costitutive del mansionario previsto per ogni profilo professionale (quando alla Commissione viene richiesta la valutazione della idoneità allo svolgimento di alcune o tutte le mansioni previste dal profilo professionale di...., il termine è utilizzato in tale altra accezione).

Art. 3 comma 2 del Nuovo Ordinamento Professionale Personale Enti Locali e Regioni (firmato il 8.7.98) “*Ai sensi dell'art. 56 del D. Lgs. n. 29 del 1993, come modificato dal D. Lgs. n. 80 del 1998, tutte le mansioni ascrivibili a ciascuna categoria, in quanto professionalmente equivalenti, sono esigibili. L'assegnazione di mansioni equivalenti costituisce atto di esercizio del potere determinativo dell'oggetto del contratto di lavoro.*” (c.d. ius variandi, ex art. 2103 c.c.).

Relativamente al mutamento delle mansioni, il CCNL 94-97 Art. 21 comma 4 recita “..... nel caso che il dipendente sia riconosciuto idoneo a proficuo lavoro ma non allo svolgimento delle mansioni del proprio profilo professionale, l'ente, compatibilmente con la sua struttura organizzativa e con le disponibilità organiche, può utilizzarlo in mansioni equivalenti a quelle del

profilo rivestito, nell'ambito della stessa categoria oppure, ove ciò non sia possibile e con il consenso dell'interessato, anche in mansioni proprie di profilo professionale ascritto a categoria inferiore”.

Per quanto attiene al secondo punto e cioè alla normativa di riferimento, essa è costituita da:

- art. 15 del D.P.R. 461/01 (INABILITA' AL SERVIZIO)
- art. 13 della L. 274/91 (INABILITA' PERMANENTE A QUALSIASI PROFICUO LAVORO)
- art. 2 della L.335/95 (INABILITA' ASSOLUTA E PERMANENTE A QUALSIASI ATTIVITA' LAVORATIVA)
- artt. 6, 64, 82, 83,194 del D.P.R. 1092/73 (TESTO UNICO PENSIONI)

1) INABILITÀ ASSOLUTA E PERMANENTE AL SERVIZIO (artt. 15 D.P.R. 461/01)

Art. 15 “Accertamenti di inidoneità ed altre forme di inabilità”: Ai fini dell'accertamento delle condizioni di idoneità al servizio, l'Amministrazione sottopone il dipendente a visita della Commissione territorialmente competente, con invio di una relazione recante tutti gli elementi informativi disponibili.

La Circolare 426 del 26.4.2004 della DCULST del MEF precisa che “... *il Regolamento ed il Decreto.....regolano anche le procedure per l'accertamento dell'inidoneità e di altre forme di inabilità, non dipendenti da causa di servizio, ai fini del cambio mansioni, della dispensa dal servizio e dell'eventuale conseguimento di trattamenti pensionistici...*”.

È opportuno porre l'accento sulla relazione recante tutti gli elementi informativi disponibili, perché essa permette di capire non solo l'inquadramento professionale del dipendente, ma anche quali siano i compiti cui è adibito in concreto ed infine, last but not least, le problematiche che sono emerse durante l'attività lavorativa.

Ovviamente, quest'ultimo aspetto fornirà delle informazioni essenziali sul cosiddetto “funzionamento” del dipendente, perché sappiamo bene che la patologia e le ricadute negative, vanno “contestualizzate”.

Ciò è vero per tutte le patologie, ma per quelle psichiatriche lo è in modo particolare.

Qualora la relazione sia carente di tali indicazioni, è opportuno chiedere una integrazione alla relazione stessa.

Sempre allo scopo di acquisire informazioni sul “funzionamento” dell'individuo, può essere utile conoscere le valutazioni medico-legali espresse in altri ambiti a carico dello stesso soggetto:

- Invalidità civile
- Idoneità alla guida (patente)

Inoltre, può essere utile richiedere alla Amministrazione il mansionario del dipendente inteso come elenco delle prestazioni previsto per il suo profilo professionale e per gli altri profili professionali ricompresi nella categoria di appartenenza; ciò allo scopo di poter valutare sia

l'impiego nel profilo professionale di appartenenza (servizio di istituto), sia, qualora ciò non sia più possibile, la possibilità di impiego in altri profili professionali.

Quello che dobbiamo valutare è la **IDONEITA'** al servizio del dipendente.

- **IDONEITA'**: somma delle attitudini psico-somatiche e delle capacità che permettono ad un individuo, con sufficiente validità, di soddisfare un determinato requisito.
- **IDONEITA' LAVORATIVA**: insieme delle attitudini fisiopsichiche e delle capacità dell'individuo allo svolgimento di una attività lavorativa generica (idoneità generica) o specifica, ed in tal caso si prenderanno in esame le specifiche attitudini professionali.

È necessariamente un giudizio relativo. Il giudizio di idoneità (e per converso di inidoneità) deve essere riferito alla specifica capacità di lavoro del richiedente → *Devono essere valutate tutte le menomazioni ed infermità, non rileva che esse siano o meno riconosciute dipendenti da causa di servizio.*

Ricordo che secondo la classica definizione del Gerin, l'individuo che, in presenza di una sufficiente **VALIDITÀ**, presenti una o più **ATTITUDINI**, può conseguire una **IDONEITÀ** e quindi una **CAPACITÀ** di svolgere specifiche e determinate attività, capacità che, in un crescendo qualitativo, potrà perfezionarsi e divenire **ABILITÀ**.

Validità: efficienza psico-fisica allo svolgimento di qualsiasi attività, lavorativa ed extralavorativa

Attitudini: disposizioni individuali psicosomatiche, spontanee e/o legate ad una particolare cultura che sostiene lo sviluppo della personalità

Capacità: acquisita attraverso apprendistato ed esperienza in uno specifico ambito applicativo

Art. 15 "In conformità all'accertamento sanitario di inidoneità assoluta a qualsiasi impiego e mansione, l'Amministrazione procede entro trenta giorni dalla ricezione del verbale della Commissione, alla risoluzione del rapporto di lavoro e all'adozione degli atti necessari per la concessione di trattamenti pensionistici alle condizioni previste dalle vigenti disposizioni in materia, fatto salvo quanto previsto per il personale delle Forze Armate e delle Forze di Polizia, anche ad ordinamento civile".

La pensione per inabilità al servizio nei profili professionali della categoria di appartenenza, con esplicita rinuncia dell'interessato all'inquadramento in un profilo professionale di categoria inferiore, viene concessa in presenza di 20 anni di contribuzione, anche non continuativi, a prescindere dall'età anagrafica.

Ovviamente, qualora l'infermità sia dipendente da causa di servizio, il dipendente ha diritto al trattamento pensionistico di privilegio.

Art. 6 del DPR 1092/73 d.P.R. 29 dicembre 1973, n° 1092 (Approvazione del testo unico delle norme sul trattamento di quiescenza dei dipendenti civili e militari dello Stato) "Diritto alla pensione. Il dipendente statale che per infermità o lesioni dipendenti da fatti di servizio abbia subito menomazioni dell'integrità personale ascrivibili ad una delle categorie della tabella A annessa alla legge 18 marzo 1968, n. 31, ha diritto alla pensione privilegiata qualora dette menomazioni lo abbiano reso inabile al servizio".

Per i dipendenti degli Enti Locali valgono altre fonti normative:

Art. 7 Legge 379/1955 (art. 33/c, RDL 680/1938) “Consegue il diritto alla pensione diretta di privilegio l'iscritto che... sia cessato o cessi dal servizio... quando, per ferite o per lesioni traumatiche riportate a cagione diretta e immediata dell'esercizio delle proprie funzioni, o per malattie derivanti da contagio avvenuto unicamente per causa di servizio, o per malattie professionali determinate unicamente dalle funzioni inerenti al proprio impiego, sia divenuto permanentemente inabile a prestare ulteriore servizio e sia cessato dal rapporto d'impiego, qualunque sia la durata del servizio prestato...”.

“... si considerano, rispettivamente, avvenuti unicamente per cause di servizio o determinati unicamente dalle funzioni inerenti al proprio impiego, il contagio o le malattie che siano diretta conseguenza di soli fattori obiettivi di servizio aventi per se stessi la capacità di produrre il contagio o la malattia, a prescindere da ogni elemento occasionale e con esclusione di qualsiasi influenza concausale o coadiuvante di fattori estranei al servizio o di condizioni subiettive predisponenti...”;

art. 42: “... l'evento che si verifica in occasione di servizio si considera come avvenuto per causa di servizio”.

Art. 16 - Legge 1646/1962 “Nei riguardi degli iscritti alle Casse pensioni facenti parte degli Istituti di previdenza, e dei loro superstiti, il diritto alla pensione di privilegio si consegue anche quando nell'evento che ha determinato l'inabilità si ravvisano gli estremi della concausa necessaria e preponderante di servizio.”

In deroga a quanto previsto dal Regolamento (Decreto Interdirigenziale del 12.2.2004) per gli accertamenti sanitari finalizzati alla concessione della P.P.O. per il personale iscritto alla C.P.D.E.L. (Cassa Pensioni Dipendenti Enti Locali) la competenza è della C.M.O. e non della C.M.V.. (art. 12 L. 274/91 e artt. 48 e 54 D. lgs. 295/1917). Vale anche per gli iscritti a C.P.S., C.P.U.G., C.P.I. (Circ. 37 INPDAP, Circ. 4/2004 Dir. Gen. San. Mil.).

2) INABILITA' ASSOLUTA E PERMANENTE A QUALSIASI PROFICUO LAVORO (Art. 13 L. 274/91)

Legge 274/91 Art. 13. *Trattamento per inabilità.*

Le domande di pensione che richiedano la sussistenza delle condizioni di inabilità non derivante da causa di servizio, debbono essere corredate del verbale di visita medico-collegiale, effettuata presso le Unità sanitarie locali, che attesti, a compendio dell'esame obiettivo e della conseguente diagnosi, la sussistenza o meno delle condizioni di inabilità, assoluta e permanente, a qualsiasi proficuo lavoro.

Il collegio medico chiamato ad esprimere il proprio giudizio è integrato da un medico in rappresentanza della Cassa pensioni cui il lavoratore risulta iscritto, nonché da un medico di fiducia del lavoratore, se questi lo richieda assumendone l'onere a proprio carico.

Una delle problematiche che più spesso siamo portati ad affrontare è la competenza delle Commissioni in ordine a tali domande. La Circolare INPDAP n. 37 del 11/06/2004 ribadita poi dalla Circolare DCULST MEF n° 477 del 14.12.2004, ha precisato che se il procedimento è originato da istanza del dipendente tesa ad ottenere la pensione per inabilità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro, la competenza è del Collegio Medico ASL di cui all'art. 13 della L.

274/91. Dopo l'entrata in vigore del D.P.R. 461/01, il giudizio circa la inabilità a qualsiasi proficuo lavoro può essere espresso dalla C.M.V. nel corso di un procedimento finalizzato alla valutazione dell'idoneità al servizio.

È solo il caso di accennare come una domanda di trattamento pensionistico ai sensi dell'art. 13 L. 274/91 dovrebbe essere finalizzata solo alla valutazione della inabilità a proficuo lavoro al fine del conseguimento di un trattamento pensionistico e NON alla valutazione della idoneità al servizio. Appare infatti evidente che la normativa vigente riserva tale compito alla C.M.V.

La valutazione della idoneità al servizio nell'ambito di un procedimento quale quello indicato, rappresenta una duplicazione di giudizio se non una sostituzione della Commissione competente o addirittura, come spesso avviene, una sorta di visita di "appello" al di fuori dalla regolare procedura (art. 19 DPR 461/01).

Appare opportuno un intervento legislativo volto ad eliminare tali incongruenze.

In sintesi, è una inabilità non solo al profilo professionale di appartenenza, ma anche agli altri profili ricompresi nella stessa categoria ed a quelli ricompresi nelle categorie inferiori. Il dipendente cioè, non trova utile collocazione in quella Amministrazione.

La pensione per inabilità a qualsiasi proficuo lavoro viene concessa in presenza di 15 anni di contribuzione, anche non continuativi, a prescindere dall'età anagrafica.

Per la pensione per inabilità a qualsiasi proficuo lavoro, le regole riguardanti il cumulo con i redditi da lavoro autonomo, sono le stesse previste per le pensioni di anzianità (cumulabilità con i redditi da lavoro autonomo nella misura del 70%). Al compimento dell'età pensionabile, come per le pensioni di vecchiaia, piena cumulabilità con tutti i redditi da lavoro.

3) INABILITÀ A PROFICUO LAVORO (Art. 82, 83 e 194 D.P.R. 1092/73 - TESTO UNICO PENSIONI).

È un giudizio che viene richiesto a scopo previdenziale

Art. 82 "... la pensione (di reversibilità) spetta anche agli orfani maggiorenni inabili a proficuo lavoro....."

Art. 83 "...se al dipendente di cui al primo comma dell'art. 91 o al pensionato non sopravvivono il coniuge né figli o affiliati ovvero se tali congiunti non hanno diritto alla pensione di reversibilità, questa spetta al padre o, in mancanza, alla madre, purché siano inabili a proficuo lavoro....."

Art. 194 - Inabilità a proficuo lavoro.

Per comprovare lo stato di inabilità a proficuo lavoro può essere prodotto dall'interessato un certificato del medico provinciale, di un ufficiale medico in servizio permanente effettivo o dell'ufficiale sanitario del comune attestante tale stato e il carattere permanente di esso alla data della morte del dipendente ovvero alla data del raggiungimento della maggiore età, se successiva, con l'indicazione delle cause della inabilità. Qualora l'interessato abbia prodotto documentazione diversa da quella indicata nel comma precedente ovvero abbia omissso di produrre certificazione medica, l'ufficio dispone gli accertamenti sanitari presso le competenti commissioni mediche ospedaliere.

Va precisato che la inabilità a proficuo lavoro prevista in tal caso differisce da quella di cui all'art. 13 della L. 274/91. Infatti, il riferimento, trattandosi non di dipendenti dello Stato o del parastato ma di privati cittadini, non può essere che essere al mercato del lavoro ed alle condizioni sociali.

Come peraltro ribadito dalla Direzione Centrale vanno ovviamente tenuti in considerazione, oltre alle patologie diagnosticate, anche fattori quali, l'età, la scolarità, i precedenti di mestiere e le condizioni sociali e ciò allo scopo di valutare le concrete possibilità di assorbimento della persona con le sue caratteristiche da parte del mercato del lavoro.

4) INABILITA' ASSOLUTA E PERMANENTE A QUALSIASI ATTIVITA' LAVORATIVA art. 2 comma 12 Legge n. 335/95

Art. 2 "Ai dipendenti delle Amministrazioni Pubbliche che SI TROVINO nella ASSOLUTA E PERMANENTE IMPOSSIBILITA' di svolgere QUALSIASI ATTIVITA' LAVORATIVA e che siano CESSATI DAL SERVIZIO per INFERMITA' NON DIPENDENTI DA CAUSA DI SERVIZIO, è concessa A DOMANDA la pensione di inabilità".

Ha esteso ai lavoratori del Pubblico Impiego il trattamento pensionistico previsto dall'art. 2 della Legge 222/84 (*Pensione Ordinaria d'Inabilità*) già esistente per i lavoratori del comparto privato, sopponendo ad una diversità di trattamento che vedeva penalizzati i dipendenti dello Stato. In entrambe le norme di riferimento, L. 222/84 e L. 335/95, ai fini della concessione della pensione di inabilità, l'INABILE è definito come "quel lavoratore che, a causa di infermità (o difetto fisico o mentale) si trovi nell'assoluta e permanente incapacità di svolgere qualsiasi attività lavorativa".

I termini "infermità" della Legge 335/95 e "difetto fisico o mentale" della legge 222/84 appaiono omnicomprensivi di qualsiasi processo morboso, congenito od acquisito, acuto o cronico, stabilizzato o evolutivo, traumatico o meno.

Il giudizio medico-legale deve essere attuale (l'interessato "si trovi") e non caratterizzato da elementi prognostici. Ad esempio per le patologie neoplastiche, la generica pericolosità *quoad vitam* e *quoad valetudinem* non può costituire l'unico elemento di riferimento del giudizio, a meno che la prognosi sfavorevole non abbia un elevato rilievo probabilistico a breve termine, tale da far ritenere opportuno un giudizio di inabilità pur in presenza di residua capacità lavorativa.

Il termine "qualsiasi" individua un ipotetico ambito di capacità lavorativa prettamente generica o addirittura "ultragerica".

Il requisito di "assolutezza" si ritiene soddisfatto in presenza di residui di capacità lavorativa tali da non garantire alcuna costanza di rendimento né tanto meno lucrativa, fermo restando che il soggetto può conservare una minima residua efficienza fisica di entità tale da non poter essere utilmente applicata in attività lavorative.

Il requisito di “permanenza” si ritiene soddisfatto da condizioni invalidanti per le quali non è scientificamente prevedibile l’evoluzione finale; la durata dello stato invalidante deve comunque essere prevedibilmente non breve, non precisabile e non ragionevolmente delimitabile.

Se il soggetto risulta in grado di svolgere anche una sola delle attività lavorative esistenti, non potrebbe essere considerato inabile.

L’inabile ex 335/95, in sintesi, è un dipendente dello Stato o parastato, non più in grado di svolgere la propria abituale attività lavorativa (indipendentemente da mansione, tipo di servizio, corrispondenza alle attitudini) e che ha perso aprioristicamente i requisiti per essere riconvertito o reimpiegato non solo in altro ambito o profilo professionale, ma che anche al di fuori dell’Amministrazione non ha possibilità di impiego lavorativo a causa delle patologie che lo affliggono.

L’utile espletamento di qualsiasi mansione, però, presuppone un’efficienza psico-fisica e un bagaglio di conoscenze teorico-pratiche. Ad esempio, è improprio ritenere reimpiegabile come prestatore d’opera intellettuale un manovale che abbia perso l’idoneità alla propria attività lavorativa (è invece da valutare la possibilità di impiego in lavori sedentari che non richiedono specifica preparazione).

Il criterio valutativo è di tipo prevalentemente qualitativo. Si applica a situazioni biopatologiche che comportino una oggettiva impossibilità a svolgere una attività lavorativa.

REQUISITI

- anzianità contributiva di almeno cinque anni (di cui tre nel quinquennio precedente alla decorrenza della pensione di inabilità)
- riconoscimento dello stato di assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa
- risoluzione del rapporto di lavoro per infermità non dipendenti da causa di servizio

ESCLUSIONI

- infermità dipendenti da causa di servizio
- patologie per le quale è prevista la tutela dell’INAIL

BENEFICI

- non potrà essere computata un’anzianità utile ai fini del trattamento di pensione superiore a 40 anni
- l’importo del trattamento stesso non potrà superare l’80 per cento della base pensionabile né quello spettante nel caso che l’inabilità sia dipendente da causa di servizio.
- la pensione è reversibile ai superstiti

Va ricordato che qualora per la stessa patologia sia stata richiesta la dipendenza da causa di servizio e quindi la Pensione Privilegiata e contemporaneamente anche la Pensione di Inabilità ex L. 335/95, non può darsi corso alla valutazione se prima non si è concluso l’iter valutativo per la

dipendenza da causa di servizio. Solo se tale iter si conclude con un giudizio di diniego si può procedere per l'inabilità ex L. 335/95.

A revisione non possiamo considerare patologie diverse da quelle diagnosticate per la prima concessione. Una tabellazione in 2^a categoria porta ad un trattamento pensionistico tale da annullare praticamente il beneficio.

CONCLUSIONI

Non si può fare a meno nel richiamare la necessità di una estrema consapevolezza per il medico legale che esprima le proprie determinazioni in tale delicatissimo ambito valutativo.

Ciò in considerazione della non indifferente portata delle valutazioni, sia per il singolo dipendente (e le sue aspettative o comunque la sua carriera lavorativa), sia per la Amministrazione di appartenenza, sia per la collettività (spesa pensionistica).

La non sufficientemente ponderata espressione di giudizi di inabilità relativa al servizio, con conseguente ricollocamento del dipendente in differenti mansioni, può influire non poco sull'efficienza della struttura lavorativa e sulla ripartizione dei carichi di lavoro sulle altre unità professionali (si pensi, ad esempio, ad un medico esentato dai turni notturni e festivi ovvero ad un portantino sollevato da mansioni gravose).

D'altro canto, non si possono nemmeno sottacere i possibili risvolti in tema di responsabilità professionale a fronte di atteggiamenti valutativi particolarmente rigidi (o superficiali), allorché al mantenimento della applicazione in ambito lavorativo non confacente, consegua un danno alla salute.

Ciò è ancora più vero nei casi in cui vi sia il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio di una determinata infermità e magari anche del suo successivo aggravamento ed al contempo venga espresso un giudizio di piena idoneità al servizio, a cui consegua la applicazione del dipendente nelle medesime attività/mansioni che hanno causato e/o aggravato l'infermità correlata al servizio. L'unico aiuto, in tale mare irto di insidie, è il metodo inteso come:

- rigorosa rilevazione di dati
- logica e razionale elaborazione degli stessi
- conoscenza del rapporto giuridico di volta in volta in discussione
- prudenza e buon senso nell'esprimere valutazioni

**Esperienze nelle nuove competenze delle Commissioni mediche ASL con
l'entrata in vigore del D.P.R. 461/01**

Dario Moschetti

Già Presidente Commissione Medica di Verifica di Avellino

Si rimanda alla Sezione dei supporti visivi alle relazioni ed al relativo abstract.

La Commissione medica di 2^a istanza dal DPR 461/2001 al nuovo assetto interforze della sanità militare

Brig. Gen. me. Mario Martinelli

Comandante e Direttore di Sanità del Comando Logistico Nord

Ten. Col. me. Raffaello Manconi

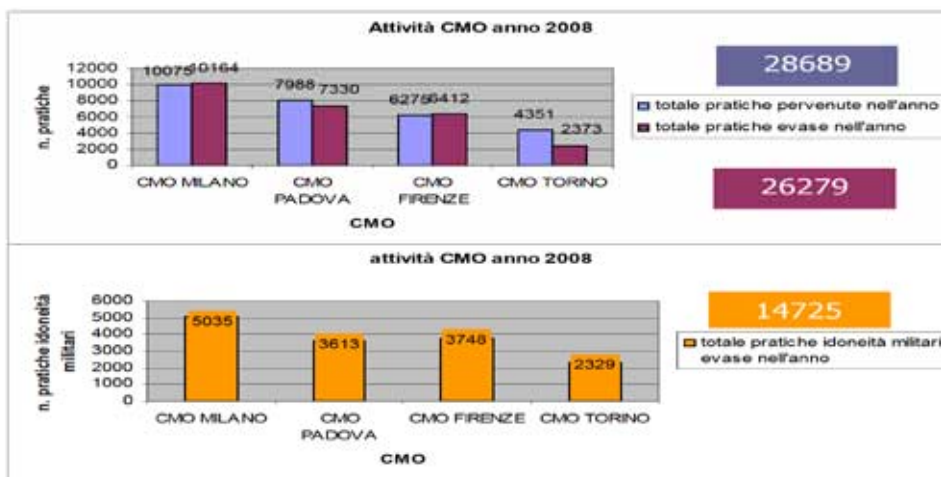
Capo della Sezione di Medicina Legale del Comando di Sanità Nord

Il Comando di Sanità è posto alle dipendenze del Comando Logistico Nord e riceve da questo supporto logistico ed amministrativo.

Il Responsabile apicale della Sanità Militare del Comando Logistico Nord esplica una duplice veste: come Comandante di Sanità ha funzione di “line” nei confronti degli Enti Sanitari direttamente dipendenti; come Direttore di Sanità esercita la propria funzione “tecnica” nei confronti degli Enti Sanitari dipendenti e di tutte le Infermerie di Corpo presenti nel territorio di competenza del Comando Logistico Nord.

L’attuale configurazione interforze della Sanità Militare ha comportato, per gli Enti Sanitari del Comando Logistico Nord, il passaggio, tra il 2005 ed il 2007, da 2 Commissioni Mediche di 2^a Istanza, 1 Ospedale Militare, 4 Centri Militari di Medicina Legale e 4 Commissioni Mediche Ospedaliere distaccate a 1 Centro Ospedaliero con annesso Dipartimento Militare di Medicina Legale e 3 Dipartimenti Militari di Medicina Legale autonomi. Per gli Enti dipendenti dal Comando di Sanità di Padova, si ritiene opportuno fornire un quadro d’insieme dell’attività medico-legale delle Commissioni mediche riferita all’anno 2008:

- 28689 pratiche pervenute;
- 26279 pratiche definite di cui 14725 riguardano valutazioni di idoneità al servizio.



La Commissione Medica di 2^a Istanza del Ministero della Difesa trova la sua origine nella Legge 11 marzo del 1926 la quale all'art. 5 indica che, nel termine di 90 giorni dall'avvenuta partecipazione, il militare, l'impiegato o l'operaio può ricorrere alla competente Direzione di Sanità Militare Territoriale. In tal caso la pratica viene deferita all'esame di una Commissione di 2^a Istanza, composta:

- dal Direttore di Sanità Militare Territoriale, il quale può delegare un Colonnello medico più anziano del Presidente della Commissione di 1^a Istanza, Presidente;
- da 2 Ufficiali Superiori medici, membri.

Le Competenze delle CM di 2^a Istanza prima del DPR 461/2001 in base alla circ. M.D. 30.07.1993 n. 1100/ML-10/10 (G.U. Serie Generale n. 251 del 25.10.1993) erano come di seguito riportate:

1. Ricorso da parte dell'interessato, nel termine di 90 giorni, sul giudizio di dipendenza da causa di servizio o sull'ascrivibilità tabellare;
2. Discordanza di parere tra comandante/direttore dell'ente e giudizio della CMO;
3. Decisioni della CMO pronunciate non all'unanimità;
4. Malattia mentale, soltanto quando, con motivato parere, l'infermità sia ritenuta tale da incidere sulla capacità critica e di giudizio dell'interessato;
5. Non accettazione o non sottoscrizione del giudizio riguardante l'idoneità.

La stessa circolare specificava anche il campo d'azione della CM di 2^a Istanza ed in particolare definiva che le valutazioni dovevano riguardare solo i giudizi medico-legali per i quali era stato prodotto ricorso, che non aveva competenza in materia di Pensione Privilegiata e che le determinazioni erano da considerarsi definitive, salvo il parere dell'Amministrazione Centrale in sede competente.

Dopo l'entrata in vigore del DPR 29 ottobre 2001 n. 461 le competenze della CM di 2^a Istanza vengono limitate alle procedure di accertamento dell'idoneità al servizio (art. 19).

La circolare del MEF n. 426 del 26.04.2004 chiarifica alcuni punti del DPR 461 e del Decreto applicativo del 12.02.2004 apparsi, come sovente accade nella fase iniziale di applicazione dei regolamenti, di non univoca interpretazione. In particolare viene ribadito che l'accertamento delle idoneità e delle inabilità (art. 15 del DPR 461/01) avviene anche al di fuori delle procedure di riconoscimento della dipendenza da causa di servizio. La stessa circolare chiarifica successivamente i vari tipi di inabilità, determinando 4 livelli:

- Assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa (art. 2 c. 12 legge 08.08.1995 n. 335);
- Inabilità a (qualsiasi) proficuo lavoro;
- Inabilità permanente ed in modo assoluto al servizio d'Istituto;
- Inabilità permanente ed in modo relativo al servizio, con riferimento all'inquadramento professionale dell'interessato, ai fini del cambio mansioni del personale civile o dell'accertamento dell'inidoneità parziale degli appartenenti alle Forze Armate e di Polizia, secondo quanto previsto dal DPR 738/81 e dalla legge n. 68/99.

Quasi un anno dopo, il 02.03.2005, il MEF emana una ulteriore circolare, la 488, che mette un punto fermo su quale giudizio medico-legale può essere oggetto di ricorso alla CM di 2^ Istanza definendo che l'oggetto del riesame, in sede di ricorso è limitato al solo giudizio di idoneità al servizio ovvero di inabilità al servizio, temporanea o permanente, nelle sue forme (in modo assoluto oppure in modo relativo); non potranno formare oggetto di rivalutazione da parte dell'organo di appello i giudizi su altre forma di inabilità (nella fattispecie esemplificativa della circolare, l'assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa).

Con il Decreto Ministeriale del 12 febbraio 2004 viene definito che la CM di 2^ Istanza del Ministero della Difesa è competente sui ricorsi provenienti da qualsiasi commissione identificata dallo stesso decreto (Commissioni Mediche Ospedaliere, Commissioni Mediche di Verifica e Commissioni ASL) e ne vengono inoltre definiti i bacini d'utenza.

Successivamente, il Decreto Ministeriale del 21.12.2006 riconfigura l'assetto delle strutture sanitarie militari in senso interforze e ne stabilisce le nuove competenze territoriali. Di seguito vengono riportati i grafici che riguardano l'ultimo triennio di attività della CM di 2^ Istanza di Padova (2004-2006), con particolare riferimento all'attività svolta a favore delle varie Amministrazioni, la provenienza dei ricorsi dalle diverse commissioni di 1^ istanza e le percentuali di concordanza e discordanza rispetto ai giudizi di 1^ istanza.



A seguire dei cenni su alcune problematiche che sono emerse nelle diverse valutazioni sulle quali la CM di 2^a Istanza è chiamata ad esprimersi.

Per il personale militare e delle Forze di Polizia o equiparati esistono delle normative speciali di riferimento; in particolare vengono esaminate le differenze in alcuni comparti riguardo ai giudizi di inidoneità parziale.

1. Per il personale militare e delle forze di polizia il giudizio di inidoneità parziale è vincolato al riconoscimento della dipendenza da causa di servizio.
2. Per la Polizia di Stato esiste inoltre la possibilità di una sorta di inidoneità parziale, l'idoneità in altri ruoli, svincolata dalla dipendenza da causa di servizio ai sensi del D.P.R. 24 aprile 1982 n. 339 (art. 2 - Invalidità, non dipendente da causa di servizio, che non comporti Inidoneità assoluta).
3. Per il Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco ai sensi dell'art. 33 CCNL del 24/05/2000 integrato dall'art. 18 del CCNL del 26/05/04 esiste l'inidoneità nella forma parziale al servizio d'Istituto con esclusione del servizio tecnico urgente di soccorso a prescindere dalla dipendenza da causa di servizio.

Altra problematica incontrata nella fase iniziale di applicazione del Decreto Interministeriale del 12.02.2004, è stata l'individuazione dei corretti giudizi medico-legali che consentissero all'Amministrazione di appartenenza di avviare i diversi trattamenti di quiescenza previsti dai contratti nazionali di comparto (es: dispensa dal servizio per il comparto scuola o inabilità al proficuo lavoro per il comparto ULSS).

In ultimo, specie per il personale militare e delle forze di polizia, è stata a volte difficoltosa la valutazione di alcuni quadri a follow-up prolungato come le neoplasie e le malattie psichiatriche. A conclusione della relazione vengono riportati due casi antitetici a testimonianza delle diverse aspettative dei ricorrenti che afferiscono alla Commissione Medica di 2^a Istanza:

- Sottufficiale dei Carabinieri con disarticolazione d'anca per condrosarcoma emibacino destro (DCS) → Riformato in prima Istanza → Riformato in 2^a Istanza → Idoneo al servizio di scrivano ai sensi del R.D. 1413 del 26/07/1929 (mai abrogato) con sentenza del TAR Veneto (ascrizione tabellare: Tab. E- superinvalidità).
- Assistente Capo della Polizia di Stato con artrosi cervicale con protrusione discale C5-C6 e discopatia L4-L5 e L5-S1 (DCS) già non idoneo parziale dal 2004 → nel 2006 oppone ricorso al PML di 1^a Istanza di conferma dell'idoneità parziale per l'ottenimento di un PML di inidoneità permanente ed assoluta (ascrizione tabellare: tab. A ctg. 8^a).

Il giudizio di idoneità nel contenzioso amministrativo delle competenze della Commissione Medica di II Istanza

Luca Semeraro

Presidente della Commissione Medica di II Istanza di Napoli

Costituzione e competenze

Insedciata in Napoli alle Rampe di Sant'Antonio, 140 presso un ex monastero (adiacente il Santuario di S. Maria di Piedigrotta) sede anche della Direzione Territoriale di Sanità – Regione Sud (***D.M. Difesa del 21-12-06***).

Consta di quattro Ufficiali Superiori, uno per ogni F.A., in qualità di Membri Medici,

- 1. T. Col. Vincenzo Altieri (Esercito Italiano)**
- 2. Magg. Ernesto Taraschi (Arma dei Carabinieri)**
- 3. Magg. Diodato Ruggiero (Aeronautica Militare)**
- 4. Cap. F. Francesco Figliola (Marina Militare)**

un Presidente Uff.le Medico dei Carabinieri, Personale militare e civile; è competente per i ricorsi amministrativi avversi ai giudizi medico-legali limitatamente alla sola idoneità al servizio ai sensi dell'art. 19, comma 4 del DPR 461/2001.

Il bacino d'utenza è costituito da: **Molise, Campania, Calabria e Sicilia** (***D.M. Difesa del 21-12-06 in applicazione dell'allegato D del Decreto del M.E.F. del 12-02-2004***).

Tempi di attesa e modalità

- Invio della convocazione dopo 1-5 gg da ricezione istanza di visita;
- Convocazione a visita collegiale entro 20/40 giorni;
- *Visita: raccolta dei dati anagrafici – anamnesi; inserimento atti medici; tempi medi di visita 60' minuti circa; richiesta di motivazioni aggiunte - esito collegiale;*
- Comunicazione del solo giudizio medico-legale all'Ente tramite fax e Racc./A.R. e pro manibus al dipendente giudicato;
- Processo Verbale in copia integrale alla CMV / CMO / Cm-Asl tramite Racc./A.R. nel rispetto della tutela nella trattazione dei 'dati personali' e 'sensibili';
- Archiviazione della posizione.

Iter procedurale (ai sensi delle circ. Difesa n. 5000 del 09-03-07 e Mef n.757 del 25-03-07)

- Ai sensi delle circolari suindicate prima di procedere all'invito a visita vengono analizzati i seguenti punti:
 - 1. Ricorso dell'interessato pervenuto a mezzo di lettera dell'Ente di appartenenza;*
 - 2. Istanza a firma dell'interessato e non per delega di procuratori e/o Patronati;*
 - 3. Legittimità del ricorso relativamente alla sola idoneità al servizio nella P. A. nei vari gradi ed espressioni, escluso la pensione di inabilità ai sensi della Legge 335/95 e la causalità di servizio;*
 - 4. Richiesta – se del caso – di ulteriori visite specialistiche e/o esami strumentali;*

5. Richiesta all'Ente del computo della aspettativa per malattia, rapporti informativi e/o circostanziali, eventuale profilo del mansionario, eventuali contatti con CMV, CMO, Studi legali e/o Specialisti delle ASL.

Novità metodologiche introdotte

- Da metà 2008 in poi la **Commissione Medica di Seconda Istanza ha introdotto** in seno al processo verbale **delle considerazioni tecniche** nell'ambito formale della Legge 241/90 – Motivazioni Capo 1 – Art. 3 comma 1;
- Infatti, **in memoria di una sentenza Tar Campania**, - in cui la **CM2 dell'E.I. risultava soccombente** - nell'iter processuale di un ricorso giudiziale veniva sancita anche **per la carenza di motivazioni e violazione dell'art. 3 della Legge 241/90.**
- L'attuale CM2, pertanto, prevede che **ogni determinazione tecnica della Commissione debba essere debitamente motivata ed acclarata** contemplando le risultanze strumentali, cliniche ed occupazionali e finanche eventuali dissensi della parte ricorrente.
- Tali note, utili per la pedissequa **ricostruzione tecnico-consequenziale** della seduta collegiale, possono così rappresentare utile riferimento per ogni futura valutazione medico-legale, per le CMV, CMO e ASL in caso di rivalutazione e per il Ctu in caso di giudizio.

Statistica Anno 2008
Corpi Armati dello Stato

Ministero della Difesa	E.I.	M.M.	A.M.	C.C.	Civili A.D.	Totale
	62	3	7	57	5	134

Polizia Stato Equiparati	di P.S. ed	P.P.	G.d.F.	V.V.F.F. & Civili C.F.S.	Totale	
	77	65	33	27	0	202

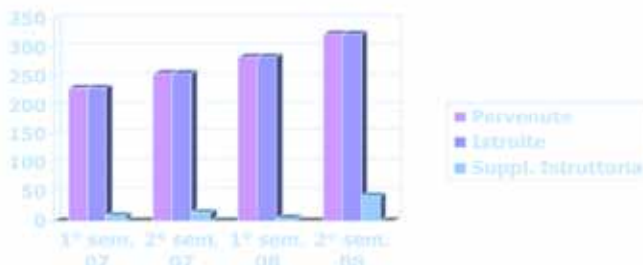
Statistica Anno 2008
Ministeri – Pubblica Amministrazione – Enti Locali

Altri Ministeri	Regioni – Province – Comuni	Pubblica Istruzione	Asl	Grazia e Giustizia	Poste e Telecomunicazioni	Totale
18	97	211	60	31	17	434

Dati salienti:

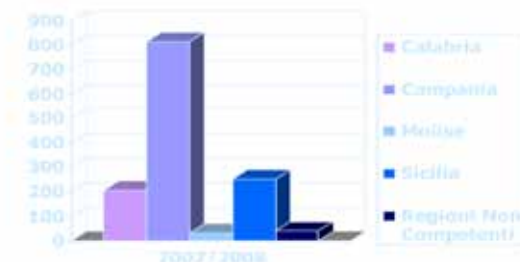
La Pubblica Istruzione occupa circa il 48 % dei ricorsi amministrativi della quota derivante dagli Altri Ministeri (e circa il 28% su tutto l'operato dei ricorsi).

Andamento della attività medico-legale nel 2007/08



Il totale dei ricorsi è risultato costantemente crescente nell'arco dei primi due anni dalla primo anno di costituzione della Commissione con un indice di crescita trimestrale di circa 7/10%.

Le Regioni: Totale del 2007/2008



Cinque casi medico-legali nel contenzioso amministrativo e giudiziale tra la tutela del ricorrente e quella di terzi.

Col. me. CC. In Spe Luca Semeraro
Magg. CSArn in Spe Diodato Ruggiero

CASO 1 = Un esempio di “piena” idoneità operativa da esiti di oligoastrocitoma (A parziale modifica dei giudizi della CMO ...)

Dott. Francesco Vassallo (VV.FF.)
Dott. Ernesto Taraschi
Dott. Luca Semeraro

Caso 1: Antefatti e motivo del ricorso

- Sicilia – B.P., soggetto di anni 59, in servizio dal '75 nel Servizio Operativo nei VV.FF.
- Nel 2003 diagnosi ed exeresi di oligoastrocitoma in sede frontale e radioterapia;
- Nel 2004 giudicato dalla CMO “Idoneo parziale nel Servizio Amministrativo nei VV.FF.;
- Nel 2006 identico giudizio della CMO;
- Nel 2007 identico giudizio della Cmo con dgn. di “Esiti a grado parzialmente esimente di intervento chirurgico per oligoastrocitoma con negatività dell’obiettività nrl e strumentale”⁶⁶;
- Relativo ricorso CM2

Caso 1: Specialistica e clinica

- **Visita Nrl del 21.03.08**, da cui: “Affetto da pregresso intervento NCH per oligoastrocitoma nel marzo 2003. ... effettua controlli periodici ... **Il pz. non ha presentato crisi epilettiche, a parte l'esordio, non pratica terapia antiepilettica, ha effettuato EEG che risulta ai limiti della norma.**
- In data 26-03-08 - **dosaggio Fenobarbital: negativo;**
- **In data 26.05.08 visita ORL: negativa, esame audiometrico**, da cui: “Lieve ipoacusia neurosensoriale bilaterale”, **Spirometria: negativa, visita oculistica**, da cui: “VN OD: 4/10; OS: 6/10; VC OD: 10/10; OS: 10/10; Senso cromatico normale; fondometria oculare 14 mmHg; Stereopsi presente; Visione binoculare presente; F.O.: OO papilla ottica rosea a bordi netti: P.p. app. indenne”; **Esami ematochimici** nella norma; **ECG**, da cui “Bradycardia”. **Visita**

Neurologica del Istituto Besta di Milano, in data 08.07.08, da cui: “Oligoastrocitoma con segni di anaplasia frontale trattato nel 2003 con Radioterapia conformazionale. L’ultimo controllo RM encefalo con m.d.c. del 10.03.08 non evidenzia segni riferibili a recidiva di lesione. Il paziente sta bene. Non presenta episodi di tipo critico. L’E.N. è nella norma. ... non si evidenziano segni neurologici di lato di tipo sensitivo-motorio. Non deficit di tipo cognitivo. Nessuna terapia farmacologica in atto”. RM con m.d.c., del 12.09.08, da cui: “ ... negativa ...”;

- **Relazione specialistica, del dott. G.C. medico del lavoro, dello Sport e oncologo, in data 17.09.08,** da cui: “... non pratica alcun tipo di terapia collegabile all’oligoastrocitoma precedentemente trattato con radioterapia. è mia opinione che sia (SI’) idoneo allo svolgimento della attività”.

Caso 1: La diagnosi e le nostre determinazioni motivate

- **Giudizio diagnostico:** Esiti in atto non invalidanti di progressa exeresi di oligoastrocitoma.
- **PML: Si idoneo, in modo assoluto, al Servizio operativo nel Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco.**
- **Considerazioni medico-legali e tecniche:** Dalla documentazione sanitaria esibita e dall’esame clinico-obiettivo odierno non emergono segni clinici e strumentali di ripresa di patologia neoplastica. Le condizioni generali del soggetto appaiono buone e non si rilevano, in particolare, segni di patologia neurologica. Considerando che il soggetto **non assume antiepilettici e che, fatta eccezione per l’esordio della patologia, non ha mai più, dopo l’intervento, manifestato episodi critici,** si ritiene che l’attuale stato di salute, **ad oltre cinque anni dal pregresso intervento neurochirurgico, sia compatibile con l’attività operativa nel Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco.**

* * *

CASO 2 = Un esempio di permanente Non Idoneità in una infermiera professionale ipovedente (A totale modifica dei giudizi della CMV ...)

Dott. Diodato Ruggiero

Dott. Vincenzo Altieri

Dott. Luca Semeraro

Caso 2: Antefatti e motivo del ricorso

- Campania - C.R., femmina di anni 53, in servizio dal ‘75 nel Servizio Sanitario quale Funzionario tecnico (infermiera prof.le);
- Nel 2007 presso la competente CMV diagnosi di “*Corioretinopatia miopica elevata con visus residuo di 5/10 Odx e 1/12 Osx – Depressione endogena di grado medio-grave – Epatopatia cronica HCV in buon compenso*” e giudizio di
- **Non inabile ai sensi della 335/95. Idonea al Servizio.**
- In aspettativa per malattia da circa 10 mesi;
- Relativo ricorso alla CM2.

Caso 2: Specialistica e clinica

- A.O. Universitaria – Ricovero del 18-05-06, da cui: Diagnosi di dimissione:
- **Epatopatia cronica da HCV (genotipo 1b) con segni di attività infiammatoria ... in compenso clinico, senza evidenza di complicanze. Noduli tiroidei (da tiroidite cronica) ...**

Reuma-artro-patia cronica. Iperensione arteriosa. Sindrome ansioso-depressiva. Miopia di grado elevato con esiti di uveite posteriore a destra.

- A.O. Universitaria – Ricovero del 20.12.07, da cui: diagnosi riconfermata;
- Asl NaI DS 50 del 23.01.08 - Visita Oculistica : Odx VN 1/30 - VC sf -14,50 – cil -0,75 – 2-3/10 Osx: VN 1/120 – VC sf -16 – cil.-2.00: 1/30 – Motilità: exo ed ipertrofia intermitt. All'OSx – Segmento Anteriore: esito di uveite anteriore, cataratta sottocapsulare posteriore - Osx F.O.: grave corioretinite miopica e distacco posteriore di vitreo in OO. All'Odx membrana epiretinica in evoluzione con evidenti trazioni (vedi anche oct). Alterazione dell'e.p. (epitelio pigmentato) con atrofia al polo posteriore. Campo visivo ridotto e residuo perimetrico 22,5% Odx e 9% Osx.
- Visita Neuropsichiatria / DSM – UOSM del 23.01.08 da cui: “... è affetta da “Depressione Endogena Grave”. Depressione Maggiore con aspetti melanconici. coinvolgimento in senso clinico e biologico di funzione come il sonno, l'appetito, le funzioni psicomotorie. la compromissione del visus che ha, di fatto, determinato radicali cambiamenti nella vita sociale lavorativa e di relazione in genere. E' in terapia con antidepressivi e stabilizzanti dell'umore.

Caso 2: La diagnosi e le nostre determinazioni motivate

GIUDIZIO DIAGNOSTICO: *corioretinopatia miopica elevata con visus residuo corretto di 2-3/10 all'Odx e di 1/30 all'Osx con rispettivo residuo perimetrico del 22,5% a dx e 9% sx. Depressione endogena grave in soggetto con epatopatia cronica HCV-1b in buon compenso con tiroidite cronica, reumoartropatia cronica ed ipertensione arteriosa in discreto controllo farmacologico.*

GIUDIZIO MEDICO-LEGALE: *non Idonea Permanentemente ed In Modo Assoluto al Servizio ed alle Mansioni della Propria Qualifica.*

Considerazioni: *in base alla documentazione medica specialistica ed all'esame obiettivo emerge in modo evidente il disagio e le difficoltà sensoriali visive e relazionali della dipendente. Tali disagi – unitamente alla lentezza con cui svolge manovre di fine manualità, lettura e manipolazione di documenti - rendono la istante inadeguata per un lavoro caratterizzato da gestione di dati, cooperazione gestionale con altri uffici ed attività tecnico-professionali didattiche in modo continuato, proficuo, costruttivo e dignitoso anche alla luce della relativa attività front-line con il personale. Anche l'ipotesi di indicare eventuali limitazioni occupazionali che limiterebbero l'esposizione ad eventuali 'rischi' lavorativi - (es.: VDT) – non potrebbero potenziare le residue e quasi nulle energie lavorative. Le considerazioni poc'anzi richiamate sono evocate alla luce altresì della Legge N°.138 del 03-04-01 “Classificazione e quantificazione delle minorazioni visive e norme in materia di accertamenti oculistici”.*

* * *

CASO 3 = Un esempio di permanente Non Idoneità in un Assistente Capo della Polizia di Stato. Dubbi e perplessità (A totale conferma dei giudizi della CMO ...)

Dott. Giuseppe Festa (P.S.)

Dott. Ernesto Taraschi

Dott. Luca Semeraro

Caso 3: Antefatti e motivo del ricorso

- Sicilia - S.B., soggetto di anni 44, in servizio dal '87 nella P.S.;
- Nessun significativo periodo di aspettativa per malattia;

- Nel 2008 presso la competente CMO diagnosi di “Esiti stabilizzati di impianto definitivo di pace-maker per blocco A.V. di 2° grado, in buon compenso. Duodenite bulbare.” e giudizio di
- **Non idoneo permanentemente al Servizio d’Istituto**
- **Idoneo in modo parziale (qualora l’inf. dipendesse da c.d.s.) Controindicato ai servizi che prevedano stress e carichi psico-fisici, nonché servizi esterni e al contatto col pubblico**
- Relativo ricorso alla CM2.

Caso 3: Specialistica e clinica

- In data 12-09-08 - Visita cardiologica, “**ECG: Ritmo sinusale e Fr. Media 62 b/m. Conduzione AV regolare. Asse elettrico equilibrato. Qrs nei limiti. Non alterazioni significative di onde T. Frequenza magnetica del PM definitivo 90 mhz. Buono il compenso emodinamico in atto. Toni cardiaci ritmici e validi. PA: 120/80 mmHg.** Ecocardiogramma M-B mode: ventricolo sx di normali dimensioni cavitarie, cinesi segmentarla e spessore parietale. **Frazione contrattile globale conservata (FE 65%).** Atrio sx e cavità dx nei limiti. PaPs 30 mmHg. E/A >1. Al doppler minimo rigurgito mitralico non emodinamicamente significativo. Non segni di versamento pericardico in atto. Presenza di elettro-stimolatore in cavità dx. **Buon compenso emo-dinamico in pz. portatore di PM definitivo DDPR impiantato nel 2007 per BAV parossistici (No PM dipendente). Asintomatico.** In atto il paziente **non pratica nessuna terapia farmacologica**”.
- Esame clinico negativo.

Caso 3: La diagnosi e le nostre determinazioni motivate

- **GIUDIZIO DIAGNOSTICO: 1) Esiti di impianto definitivo di Pace Maker per blocco AV di II grado tipo Mobitz 1 e 2; 2) Duodenite bulbare in atto a grado non invalidante.**
- **P.M.L.: Non Idoneo permanentemente al Servizio di Istituto nella P.S.; Si impiegabile quale parzialmente inidoneo, qualora la patologia 1 sia ritenuta sì dipendente da causa di servizio; Si reimpiegabile nelle corrispondenti aree funzionali del personale civile dell’Amministrazione di appartenenza con controindicazione per le attività che richiedano particolare stress psico-fisico.**
- **Il giudizio di non idoneità è stato determinato in modo prevalente dalla inf. 1 di cui al G.D.**
- **Considerazioni medico-legali e tecniche: Sulla base della documentazione medica esibita e alla luce dell’esame clinico-obiettivo odierno si ritiene che l’attuale condizione del soggetto, di portatore di Pace-Maker definitivo, non sia compatibile con un giudizio di idoneità assoluta al Servizio di Istituto nella Polizia di Stato in considerazione del potenziale elevato impegno emodinamico cui potrebbe trovarsi esposto nel corso di attività operative ad elevata intensità e in condizioni ambientali critiche.**

* * *

CASO 4 = Un esempio di recupero funzionale delle residue capacità psico-relazionali ed occupazionali in medico psichiatra (A parziale modifica dei giudizi della CMV ...)

Dott. Diodato Ruggiero

Dott. Ernesto Taraschi

Dott. Luca Semeraro

Caso 4: Antefatti e motivo del ricorso

Campania – C.M., sesso femminile, di anni 54, in servizio dal ‘80 nel Servizio Sanitario quale dirigente psichiatra di 1° livello;

Nel 2008 presso la competente CMV diagnosi di “*Disturbo post-traumatico da stress con elaborazione depressiva reattiva ed elevati livelli di ansia con presenza di somatizzazioni. Esiti di frattura con sintesi chirurgica del collo-piede sx*” e giudizio di

Temporaneamente (per mesi sei) non idonea ... alle mansioni del proprio profilo professionale Non sussiste assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa

Relativo ricorso alla CM2.

Caso 4: Specialistica e clinica

In data 25.02.09 – ASL – Visita psichiatrica da cui: (...) ... uno stato di allarme e di tensione interna con impossibilità a contenere situazioni stressanti sia dal punto di vista psicologico che per la spiccata vulnerabilità delle dinamiche psicosomatiche. la persistente difficoltà per la deambulazione complessa le crea un vissuto di limite. ... **stabilizzazione del quadro depressivo collegato sia ad eventi luttuosi sia alla persistenza di un ambiente lavorativo stressante ed usurante.** ... ha praticato MMPI, la prova è risultata valida con innalzamento della punta D. Dai risultati del Rorschach la connotazione di un disturbo post traumatico da stress. **In data 12.02.09** – ASL ... visita ortopedica: grave artropatia ... in esito a sfacelo traumatico del III distale di gamba e del retro piede con rottura completa dell'apparato mio-capsulo-legamentoso, con mezzi di sintesi in situ, caduta della volta plantare, reliquata rigidità con zoppia e difficoltà in ortostasi.

H: cm 158 . P: Kg 78. IMC: 31,24

Al colloquio presso CM2: Soggetto con abbigliamento ordinato, discretamente curato nella persona. Cosciente, lucido, ben orientato nel tempo e nello spazio presenta eloquio fluido con tono della voce basso. Espressione partecipe, ansiosa, con particolare tendenza al pianto. Atteggiamento collaborativo. **Comportamento motorio lievemente rallentato. Riferiti disturbi del sonno con episodi d'ansia con polarizzazione ideativa sul proprio stato di malattia.** Coniugata da circa 27 anni, ha due figli. In carico presso il Struttura di Psichiatria dell'A.O. Cotugno di Napoli da circa due mesi. **Assume terapia farmacologica (SSRI).** Assenza di franchi elementi patologici del pensiero e del discorso. Percezioni pronte e libere da errori. Capacità intellettive adeguate al grado socio-culturale. Capacità di critica e giudizio nella norma. **Asse timico francamente orientato in senso depressivo.**

Caso 4: La diagnosi e le nostre determinazioni motivate

DGN.: Disturbo post-traumatico da stress in fase di cronicizzazione con elaborazione depressiva reattiva in soggetto con esiti di frattura tri-malleolare a sinistra osteo-sintetizzata ed IMC di 31,24.

GIUDIZIO: Temporaneamente Non Idonea al Servizio ed alla propria Qualifica in Modo relativo per mesi 18 (diciotto) - Idonea quale Medico Psichiatra da adibire in attività d'ufficio di programmazione e pianificazione dell'area socio-sanitaria e clinico-assistenziale. Non idonea alla attività psichiatrica front-line ed al contatto diretto col paziente psichiatrico (SPDC, attività ambulatoriali, attività di reparto, osservazione e monitoraggio diretto clinico di paziente psichiatrici).

Considerazioni medico-legali: *il presente caso offre non pochi spunti valutativi e di considerazione in ragione dell'intracciarsi delle dinamiche personali e familiari da una parte e di quelle occupazionali e stressogene dall'altro. Non ultimo è da considerarsi l'infortunio a carico dell'arto inferiore sinistro avvenuto nel 05-04-06. Il divenire di tali dinamiche psico-reattive ha fatto insorgere nella visitata un disturbo di natura psichiatrica con manifestazioni depressive che mal si adattano alla figura di medico psichiatra nella attività clinica e di supporto psichiatrico. Tale considerazione assume connotazione di "dovuto e necessario" nei riguardi della ricorrente e di "obbligatorio e indispensabile" nei confronti dell'utenza. Alla luce della qualifica di medico, invece, le limitazioni delle lesioni dell'arto inferiore sinistro, risulterebbero verosimilmente meno rilevanti ai fini del presente giudizio di idoneità. Per quanto sopra Questa Commissione pur lasciando la idoneità al servizio della ricorrente determina – all'unanimità – una significativa limitazione occupazionale nei confronti della attività clinica specialistica in cui si possa istaurare un "contatto" e un "trasfonder" tra l'assistente e l'assistito. Al contempo la Commissione non*

pone ostacoli sull'utilizzo della stessa ricorrente nelle attività burocratiche dell'area di assistenza sociale e psichiatrica.

* * *

CASO 5 = Conseguenze giudiziarie di una determinazione non adeguatamente motivata e supportata

Nel dicembre 2006 la precedente CM2 dell'EI con diagnosi “*Pregresso infarto miocardico inferiore non-Q*”, confermava il giudizio di CMO di “*permanente non idoneità al servizio nel Corpo dei VV. FF. ma idoneo parzialmente per il settore operativo e controindicato l'impiego nel servizio tecnico urgente di soccorso*”, altresì il Tar Campania annullava il P.M.L. e condannava l'Amministrazione al pagamento di spese di lite e di risarcimento nel successivo ricorso giudiziario. In tale circostanza la CM2 (così come la CMO) aveva decretato una parziale idoneità (idoneità relativa) a massima tutela del ricorrente (Capo Squadra dei VV. FF.) e di eventuali terzi che, dall'attività del medesimo potevano dipendere in caso di emergenza.

Da tale idoneità parziale ne discendeva il demansionamento da Capo Squadra VV.FF. di Capri ad autista che, per esigenze tecnico-amministrative, veniva trasferito dall'isola ad una Caserma dei VV.FF. di Napoli, sradicandolo così dalla sua realtà socio-ambientale.

In sede di ctu a fronte di un quadro clinico e strumentale negativo [Holter ASL Na 1, da cui: “*Frequenza media 60 bpm ... Assenza del VEB e SVEB ... Assenza di pause > 2.0 sec. Ritmo sinusale con conduzione atrio-ventricolare normale. – Coronarografia – Clinica Mediterranea di Napoli – 23-02-06, da cui “... stenosi non critica nel tratto medio della coronaria di destra...”] il ricorrente veniva giudicato **“Idoneo in modo assoluto”**.*

Considerazioni della sentenza: “Orbene, è pacifico e non contestato che il ricorrente in data 26.01.2006 è stato colpito da “I.M.A. inferiore non Q, da trattarsi solo farmacologicamente”. Tuttavia la stessa C.M.O., nella determinazione impugnata del 16.01.2007, non ha in alcun modo motivato né sulla gravità in sé della malattia in questione - che è stata esclusa da tutti gli accertamenti medici compiuti- né circa la presenza di esiti o di postumi invalidanti della stessa, limitandosi ad un riferimento alla presenza di una “stenosi non critica nel tratto medio della coronaria destra”, ciò che di per sé nulla dice in mancanza di una esplicita valutazione delle conseguenze cliniche da ricondurre a tale stenosi. Come osservato, per esigenze di tutela non solo dell'interesse alla salute del ricorrente ma in primis dell'interesse pubblico dell'amministrazione, con la disposta C.T.U. il Collegio ha accertato che la riscontrata stenosi del 20% a carico del tratto medio dell'arteria coronaria dx, non costituisce fattore di rischio per l'adibizione del ricorrente a svolgere le mansioni di Capo Squadra dei vigili del Fuoco”.

Sentenza n° 10125/07 TAR Campania - IV Sezione e relative condanne

Conseguentemente l'Amministrazione era condannata al ristoro de “... *il danno subito a titolo di danno esistenziale e danno morale, nella misura complessiva di euro 6.000,00 (seimila), oltre rivalutazione monetaria dalla data di maturazione dei singoli crediti alla presente pronuncia, ed interessi legali per il periodo successivo, come in motivazione; altresì a rifondere le spese di lite, nella misura di Euro 1.500,00 (millecinquecento), oltre ad accessori come per legge, nonché Euro 500,00 (cinquecento) anticipate dal ricorrente per l'espletamento della C.T.U. ...”.*

Il “danno biologico” non fu risarcito perché “non fu fornita prova alcuna...”.

CONCLUSIONI

Per una attività collegiale puntuale e scevra da contraddizioni necessita una:

1. Stretta correlazione tra determinazioni tecniche medico-legali di nostra competenza e le successive determinazioni amministrative con maggiore interfaccia tra collegi e Pubblica Amministrazione;

2. L'opportunità di motivare sempre (*ed anche se non previsti dagli stampati dei verbali usati per le visite collegiali*) le determinazioni medico-legali formulate creando una logica consequenzialità tra le premesse della visita (anamnesi e clinica), l'evento diagnostico e le determinazioni medico-legali intimamente connesse ai rischi occupazionali insiti nella qualifica professionale;
3. La necessità di delineare linee guida medico-legali per uniformare i giudizi collegiali e una più stretta collaborazione (su iniziativa degli Organi Collegiali) tra le Commissioni e gli Specialisti di branca esigendo atti documentali chiari e completi, diagnosi corredate da riflessi funzionali e, ove del caso, l'iter diagnostico-strumentale attuato dagli Specialisti.

QUARTA SESSIONE

LA CAUSA DI SERVIZIO, DOMANI. "IL SUPERAMENTO DEL SISTEMA ABEF: UNA PROBLEMATICA DELLA MEDICINA PUBBLICA VALUTATIVA CON IMPLICAZIONI ORGANIZZATIVE, ETICHE, ECONOMICHE"

Presidente

P. Ricci, *Professore Ordinario di Medicina Legale, Università "Magna Grecia" di Catanzaro*

Moderatore

R. Cantelli, *Direttore Direzione Territoriale dell'Economia e delle Finanze di Napoli*

L'accertamento della causalità di servizio e delle inabilità nel pubblico impiego: gli aspetti organizzativi

Maria Luisa Pascarella

Direttore Area Coordinamento Medicina Legale ex ASL AV2

Il contesto normativo vigente in materia di causalità di servizio e di inabilità nel pubblico impiego richiede l'adozione sia di idonee soluzioni organizzative sia di tutele ed accorgimenti atti a garantire un adeguato livello non solo di efficienza operativa ma anche di tutela sociale. Guardare agli aspetti organizzativi significa, in concreto, dare completa attuazione al dettato normativo, anche rispetto alle modalità di gestire i dati e di presidiare le diverse connesse implicazioni organizzative, etiche ed economiche.

Com'è noto, con D.P.R. n. 461/01 è stato emanato apposito Regolamento recante semplificazioni dei procedimenti per il riconoscimento della dipendenza delle infermità da causa di servizio, per la concessione della pensione privilegiata ordinaria e dell'equo indennizzo, nonché per il funzionamento e la composizione per le pensioni privilegiate ordinarie.

Con Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 12.02.2004 sono stati individuati i criteri organizzativi per l'assegnazione delle domande agli organismi di accertamento sanitario alternativi di cui all'art. 9 del Decreto del Presidente della Repubblica 29 ottobre 2001, n. 461 (Commissioni AASSLL e Commissioni di Verifica), i modelli di verbale utilizzabili, le tipologie di accertamenti, le modalità di svolgimento dei lavori.

Con D.L.vo 196/03 in materia di privacy sono stati attribuite precise responsabilità al Datore di Lavoro nella qualità di titolare dei dati. Quest'ultimo, infatti, può designare un Responsabile che, per esperienza, capacità ed affidabilità, possa garantire il pieno rispetto delle disposizioni vigenti in materia di trattamento. Il Datore di Lavoro per specifiche esigenze organizzative può anche designare più responsabili i quali, in ogni caso, dovranno agire per compiti analiticamente specificati e secondo espresse istruzioni.

Il Garante per la Privacy ha individuato, con propri provvedimenti ulteriori, più specifiche forme di garanzia e protezione dei dati stabilendo che è fatto obbligo ai Dirigenti Responsabili, formalmente individuati dal Datore di Lavoro Responsabili del trattamento, di:

- assicurare la designazione di propri incaricati al trattamento presso tutte le strutture di diretta competenza;
- fornire specifiche istruzioni al personale incaricato in merito agli obblighi previsti dalla disciplina in materia di protezione dei dati personali e da ogni altra specifica disposizione di tutela di particolari soggetti;
- adottare ogni utile accorgimento atto a prevenire l'indebita conoscenza di informazioni idonee a rivelare lo stato di salute degli interessati.

Le Linee Guida del Garante per la Privacy del 14.06.2007 (G.U. 13 luglio 2007 n. 161) in materia di trattamento dei dati personali di lavoratori per finalità del rapporto di lavoro in ambito pubblico, hanno rafforzato la tutela e la protezione della persona anche rispetto a precisi adempimenti organizzativi quali, ad esempio le convocazioni a visita ai fini medico-legali. In tali casi la norma di tutela prevede il ricorso ad ulteriori accorgimenti di protezione dei dati e la convocazione, ad es., non dovrà arrecare sulla busta intestata la dicitura "Commissione accertamento causa di servizio".

Naturalmente, dette prescrizioni di garanzia sono da pretendere anche ai fini del rilascio delle certificazioni mediche e delle consulenze specialistiche rilasciate a corredo della istanza per l'accertamento delle disabilità e/o inidoneità lavorative.

Viene richiesto, in tutti i casi, il ricorso a verifiche periodiche nonché costanti interventi di sensibilizzazione degli operatori e la promozione di incontri formativi rivolti al personale coinvolto ed alle commissioni preposte agli accertamenti medico-legali.

Viene richiesto un modello di funzionamento caratterizzato da una offerta di prestazioni da rivolgere ai lavoratori del pubblico impiego previa idonea e preliminare informativa ai fini dell'acquisizione del consenso al trattamento. In ordine a tale problematica si evidenzia che particolare attenzione deve essere posta ai fini dell'acquisizione di un valido consenso. Il principio del consenso al trattamento si è affermato, attraverso la giurisprudenza della Corte Costituzionale e della Corte di Cassazione, come una manifestazione della libertà personale che trova fondamento giuridico nell'ordinamento costituzionale, nella legislazione vigente in materia di accertamenti sanitari e nel vigente Codice di Deontologia Medica.

Il modello organizzativo aziendale deve, altresì, poter assicurare l'accesso ai servizi e l'equa distribuzione delle risorse dedicate.

Nello scenario attuale con risorse limitate e vincoli imposti dal piano di rientro la valutazione del migliore assetto nella distribuzione delle risorse e delle energie deve essere condotta non solo sulla clinica e sulla diagnostica, ma anche su considerazioni caratterizzate da:

- efficienza organizzativa
- qualità delle prestazioni
- appropriatezza delle prestazioni
- contenimento dei tempi di attesa

Viene, inoltre, richiesto un modello di funzionamento in grado di assicurare non solo performance organizzativa ma anche una capacità di sostenere le fragilità, di promuovere e favorire le capacità individuali. A tale scopo è di fondamentale importanza la competenza tecnica degli operatori e la modalità di approccio, in particolare qualora rivolto ai soggetti fragili. L'approccio, in questi casi, rappresenta un momento di particolare delicatezza ed impegno della professione sanitaria per il peculiare aspetto clinico-psicologico delle persone coinvolte.

Altro importante aspetto da sottolineare è la salvaguardia della salute dei lavoratori disabili, ciò anche nel rispetto della Convenzione ONU. È fatto obbligo, infatti, a tutti i datori di lavoro di favorire l'esercizio del diritto al lavoro per coloro che hanno acquisito una disabilità durante il proprio lavoro, prendendo appropriate iniziative per agevolare il mantenimento dell'impiego, le condizioni di sicurezza e di igiene sul lavoro, l'accesso ai programmi di orientamento tecnico e professionale ed alla formazione professionale e continua. La Salute, il Benessere Organizzativo e la Sicurezza nei luoghi di lavoro vengono, attualmente, considerati aspetti importanti della Politica Sociale Nazionale e dell'Unione Europea.

Rispetto alle diverse problematiche assume particolare valenza la formazione che deve essere rivolta al personale dell'Ufficio di Segreteria ed alle Commissioni Mediche competenti in tema di causalità di servizio e inabilità nel pubblico impiego, ciò ai fini del miglioramento complessivo della qualità dei servizi al cittadino a partire dalla semplificazione di adempimenti, quali la registrazione, la redazione dei verbali, l'archiviazione, ecc.

La formazione quale strumento strategico per animare confronti e seminari per elevare il livello di conoscenza sulle competenze tecniche, sui nuovi percorsi della comunicazione, sui temi della sicurezza e del benessere, sui rischi che incombono sui dati.

Il "Manuale per la formazione degli operatori sanitari" elaborato dal Ministero della Salute ha posto tra gli obiettivi formativi anche la necessità di applicare una metodologia appropriata nella pratica professionale per compilare in forma corretta la documentazione e collaborare alla sua adeguata gestione ed archiviazione.

Il Consiglio Regionale della Campania in data 22 giugno 2007 ha emanato il "Regolamento n. 1" (BURC n. 38 del 4 Luglio 2007) che ha previsto, tra i requisiti generali, anche la corretta gestione della documentazione e dei dati.

Inoltre l'Assessorato alla Sanità ha istituito la Commissione Medico Legale Regionale con funzioni, per le AA.SS.LL., di indirizzo, di verifica delle prestazioni, nonché di raccordo tra gli

Enti. Per completezza informativa, si evidenzia anche che con Delibera GRC n. 1935 del 9.11.2007 è stato demandato alle Aziende Sanitarie di istituire i Nuclei Operativi di Controllo (NOC) finalizzati ad attuare verifiche presso tutti i soggetti erogatori.

Inoltre, si richiamano i contenuti del Codice di Deontologia Medica del 2006 e del Codice di comportamento dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni- Decreto 28 novembre 2000- ispirati a principi etici ed a regole che rappresentano specificazioni esemplificative degli obblighi di diligenza, lealtà e imparzialità. Detti contenuti devono costantemente qualificare il corretto adempimento della prestazione alla cui osservanza i medici e gli operatori sono tenuti, sin dall'atto dell'assunzione in servizio.

Per definire il complesso ed articolato iter procedurale in ordine agli aspetti normativi ed applicativi della normativa vigente, la ex ASL AV2 ha elaborato nel 2004 gli "Atti di indirizzo della semplificazione del procedimento amministrativo e medico-legale". Detti atti nel 2007 sono stati revisionati e deliberati con atto formale assunto dalla Direzione Generale ex ASL AV2 – Del. N. 528 del 29.08.07 – avente ad oggetto "Regolamento delle Commissioni e dell'Ufficio di Segreteria".

In conclusione, guardare agli aspetti organizzativi significa:

- dare completa attuazione al dettato normativo
- curare la modalità di gestire i dati
- presidiare i vari aspetti organizzativi ed economici
- prevenire gli errori organizzativi
- presidiare gli aspetti di tutela del dipendente
- promuovere la formazione e la guida ai servizi quali strumenti di miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei rapporti con i cittadini

Necessita, pertanto, considerare i servizi medico-legali sempre più orientati al servizio del cittadino, promuovere una serie di interventi quali la dipartimentalizzazione dei servizi di medicina legale, in particolare presso le disciolte AA.SS.LL. della Regione Campania, favorire la unitarietà delle procedure, il potenziamento dell'informatizzazione, la archiviazione elettronica dei documenti ed, infine, è attesa la elaborazione di linee di indirizzo nazionali.

Gli aspetti etici e gli aspetti economici

Paolo Marotta

*Professore a contratto Università “Louis Pasteur”, Strasburgo
Vicepresidente Comitato Etico ASL NAI*

Si rimanda alla Sezione degli abstract.

Nuovi criteri valutativi nella causa di servizio

Emanuela Turillazzi

Professore Associato di Medicina Legale, Università degli Studi di Foggia

Si rimanda alla Sezione dei supporti visivi alle relazioni ed al relativo abstract.

Le ripercussioni dei giudizi di inidoneità al servizio e della diverse forme di inabilità sulla Pubblica Amministrazione

Raffaele Manna¹, Marica Manna

¹*Direttore Struttura Complessa "Trattamento Giuridico del Personale", ASL NAI Centro*

Ai fini dell'impatto sulla Pubblica Amministrazione distinguiamo le forme di inidoneità al servizio a seconda se siano legate a **fattori endogeno-costituzionali** ovvero se siano legate a **fatti dipendenti da causa di servizio o da infortunio sul lavoro**. La distinzione è importante non solo ai fini di una classificazione dogmatica ma anche e soprattutto per le diverse implicazioni sul piano degli effetti. Tra le prime legate a **fattori endogeno-costituzionali** distinguiamo:

1) L'inidoneità relativa (alle mansioni della qualifica posseduta)

A seguito di tale giudizio di inidoneità occorre esperire il preventivo tentativo di utilizzazione del dipendente in mansioni equivalenti o di profilo e categoria inferiore col consenso dell'interessato; nel caso in cui non si rinvenano altre mansioni cui adibire il dipendente o, nel caso in cui il dipendente non presti il consenso ad essere inquadrato in altro profilo, si dà corso alla Dispensa dal servizio (risoluzione del rapporto di lavoro) con diritto a pensione a condizione che sussistano determinati requisiti di anzianità contributiva, previsti dai vari ordinamenti.

A seguito dei nuovi arrotondamenti stabiliti con la legge 449/97, art. 59- comma 1 lettera b) occorrono:

14 anni 11 mesi 16gg per i dipendenti dello Stato;
19 anni 11 mesi 16gg per i dipendenti delle altre PP.AA.

Sistema di liquidazione della pensione: retributivo, misto, contributivo in relazione, rispettivamente:

- ad anzianità uguale/maggiore 18 anni al 31/12/1995;
- ad anzianità inferiore a 18 anni a tale data;
- ad alcuna anzianità a tale data.

La pensione è parametrizzata agli anni di servizio ed alla anzianità contributiva maturata.

Viene altresì erogata l'indennità sostitutiva di preavviso (fino a 4 mesi per il personale non dirigente - fino a 12 per i dirigenti, in rapporto all'anzianità di servizio maturata). In caso di mancanza di tali requisiti necessari per il conseguimento del diritto a pensione avviene la risoluzione del rapporto di lavoro con possibilità per il dipendente della iscrizione nelle liste dei disabili (coll. mirato) o di eventuale utilizzazione presso altre PP.AA.

2) L'inidoneità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro

Tale giudizio comporta che il dipendente non può più svolgere proficuamente né le mansioni rientranti nel proprio profilo professionale né quelle di altri profili professionali.

A seguito di tale giudizio di inidoneità si deve procedere alla dispensa dal servizio; il diritto a pensione si matura a condizione che sussista l'anzianità contributiva di 14 anni 11 mesi 16gg

(requisito unico in tutti i comparti del pubblico impiego). La pensione è parametrizzata agli anni di servizio ed alla anzianità contributiva maturata.

3) L'inidoneità assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa (ex art. 2 L. 335/95)

Tale giudizio comporta che il dipendente non solo non può più svolgere proficuo lavoro in alcuna mansione (né quelle rientranti nel proprio profilo professionale né quelle rientranti in altri profili professionali del comparto di appartenenza) ma addirittura gli è preclusa qualsiasi attività lavorativa; a seguito di tale giudizio di inidoneità si deve procedere alla dispensa dal servizio, con diritto a pensione a condizione che sussista l'anzianità contributiva di 5 anni, di cui almeno tre nel quinquennio precedente la data della decorrenza della pensione di inabilità.

La pensione è parametrizzata diversamente (con bonus di maggiorazione rispetto all'anzianità maturata).

CARATTERISTICHE DEL BONUS = il bonus è diverso a seconda dell'anzianità maturata:

- con almeno 18 anni di contribuzione al 31/12/1995 (sistema retributivo), si ha la maggiorazione di un periodo pari a quello che si sarebbe maturato alla data del collocamento a riposo per limiti di età;
- con meno 18 anni di contribuzione al 31/12/1995, si aggiunge, al montante individuale contributivo maturato (ossia alla somma dei contributi versati nella vita lavorativa, che costituisce la base del calcolo della pensione con il metodo contributivo), una quota di contribuzione riferita al periodo mancante al raggiungimento del 60 anno di età.

In ogni caso l'anzianità contributiva complessiva non può risultare superiore a 40anni e l'importo non può in ogni caso essere superiore all'80 % della base pensionabile o del trattamento privilegiato spettante nel caso di inabilità dipendente da causa di servizio.

La legge 335/95 è inapplicabile ai dipendenti pubblici iscritti ad altre forme di previdenza diverse da quella esclusiva dell'Assicurazione Generale Obbligatoria (A.G.O.).

Alcune considerazioni:

Nell'ambito del comparto del pubblico impiego, ove vige la forma di previdenza **esclusiva dell'A.G.O.** (Assicurazione Generale Obbligatoria), **gestita dall'INPDAP**, esistono casi di dipendenti pubblici, con rapporto sempre di subordinazione, ma iscritti ad altre forme di previdenza gestite o dall'INPS o dall'ENPAM.

Trattasi di personale con lo stesso rapporto di impiego pubblico degli altri dipendenti ma con assoggettamento a regimi previdenziali diversi:

- personale confluito nel Servizio Sanitario Nazionale a seguito della legge di riforma sanitaria n. 833/78 che, proveniente dal comparto del Parastato (ex enti mutualistici), aveva la possibilità di optare per il mantenimento dell'iscrizione all'INPS;
- personale medico a rapporto convenzionale con il S.S.N. che a seguito dell'inquadramento a rapporto di dipendenza, in applicazione dell'art. 8 comma 1 bis D.Lgs. 502/92, aveva la possibilità di optare per il mantenimento dell'iscrizione all'ENPAM.

Questi ordinamenti previdenziali, a differenza di quello gestito dall'INPDAP, non conoscono le tre forme di inidoneità al servizio che legittimano, con caratteristiche e requisiti diversi, l'erogazione della pensione di inabilità al lavoro, bensì un'unica forma di pensione di inabilità, conseguente all'accertamento della inabilità assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa da parte o della commissione medica dell'INPS o di quella dell'ENPAM.

Tale inabilità corrisponde alla forma più grave tra le tre che trovano cittadinanza nell'ordinamento previdenziale INPDAP e che sono state esaminate all'inizio della trattazione.

Questa differenza di trattamento tra dipendenti del medesimo comparto, giuridicamente non rilevabile di per sé in quanto determinata da **opzioni** dei dipendenti stessi, deve essere ben presente alle PP.AA. nel momento in cui devono applicare una normativa contrattuale, valida per tutti i dipendenti di un determinato comparto, ma le cui implicazioni sul piano del diritto a pensione diventano diverse a seconda del regime previdenziale cui i dipendenti sono assoggettati.

Si pensi ad una visita medico collegiale richiesta dal datore di lavoro per verificare, ai sensi dell'art. 5 della legge 300/70, la idoneità al servizio di un dipendente.

In questa ipotesi, qualora il giudizio sia di inidoneità assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro, l'Amministrazione non ha altra scelta se non quella di disporre la risoluzione del rapporto di lavoro ed avviare la pratica di corresponsione del trattamento pensionistico in presenza dei requisiti di anzianità previsti dall'INPDAP.

Quid iuris se il dipendente è un optante INPS nel cui ordinamento non esiste tale forma di inabilità?

La risoluzione del rapporto di lavoro deve avvenire in quanto la accertata inidoneità non consente la prosecuzione del rapporto di lavoro, ma la corresponsione della pensione viene subordinata ad un altro momento, diverso ed eventuale: l'accertamento da parte dell'organo medico dell'INPS di una forma di inidoneità più grave e cioè a qualsiasi attività lavorativa.

Il mancato riconoscimento di tale forma di inidoneità determina da un lato la risoluzione del rapporto di lavoro, dall'altro la mancata erogazione del trattamento pensionistico da parte dell'INPS.

Le inidoneità al servizio dipendenti da causa di servizio o da infortunio sul lavoro

Quando le patologie che determinano l'inidoneità al servizio scaturiscono da fatti di servizio che hanno assunto un nesso di causalità o concausalità nel processo eziopatogenetico, si determinano ulteriori effetti rispetto a quelli già illustrati precedentemente, relativi alla risoluzione del rapporto di lavoro e che si concretizzano, nella fattispecie in esame, nella erogazione della **pensione di privilegio**.

Trattasi dell'**Equo indennizzo** che rappresenta una forma di ristoro, che non ha natura risarcitoria e che prescinde dall'accertamento di una responsabilità soggettiva della pubblica Amministrazione. Spetta anche per menomazioni che limitano parzialmente la capacità lavorativa, senza comportare la Dispensa dal servizio.

Nel corso degli ultimi 15 anni è invalso un sistema di liquidazione che ha drasticamente ridotto la misura dell'indennizzo facendo leva sia sulla **riduzione delle percentuali di incapacità lavorativa** delle menomazioni ascritte alle varie categorie, sia e soprattutto sul **criterio di calcolo**. Fino al 31/12/1994 la Tabella A allegata al DPR 834 del 30/12/1981 prevedeva percentuali che andavano dal 9% della Ottava ctg. al 95% della Seconda ctg.

La 1^a ctg. si determinava moltiplicando l'importo dello **stipendio tabellare iniziale, maggiorato dell'80%, per 2.50**. Determinato l'importo della 1^a ctg. si applicava la percentuale stabilita per la categoria di ascrizione.

Dal 1/1/95 è stata introdotta una normativa transitoria che è durata 2 anni fino al 31/12/1996, ma che ha significativamente ridotto l'entità dell'indennizzo. Infatti con l'art. 22, comma 28 della Legge finanziaria per il 95 (n. 724 del 23/12/1994) il criterio di calcolo si riduce sostanzialmente: **lo stipendio tabellare iniziale** non viene maggiorato più dell'80% e si **moltiplica solo per 2** (non più per 2,5 - la riduzione è di oltre la metà, cioè del 55.60%). La tabella A, con le relative percentuali, rimane la stessa. Dal 1/1/97, per effetto dell'art. 1, comma 119 della Legge finanziaria per il '97 (n. 662 del 28/12/1996) il sistema di calcolo è invariato, ma cambiano le percentuali della tabella A che viene sostituita dalla Tab1 allegata alla finanziaria, con riduzione di 3 punti per ogni categoria così come appresso indicato:

2 ctg. da 95%	a 92%
3ctg. da 78%	a 75%
4ctg. da 64%	a 61%
5ctg. da 47%	a 44%
6ctg. da 30%	a 27%
7ctg. da 15%	a 12%
8ctg. da 9%	a 6 %

Rimangono confermate le altre ulteriori riduzioni già previste dalla originaria normativa:

- Riduzione del 25% per domande prodotte dopo il 50° anno di età e del 50% per domande prodotte dopo il 60°anno di età (art. 49 comma 2° dpr 686/57).
- Deduzione dall'equo indennizzo di quanto percepito per effetto di assicurazioni obbligatorie - art 50 comma 2° DPR 686/57 (es. quanto liquidato dall'INAIL per infortunio sul lavoro per la medesima menomazione).
- Deduzione dall'equo indennizzo del 50% dell'ammontare spettante in caso di concessione della pensione di privilegio - art 50 comma 1° DPR 686/57.

Detti articoli sono rimasti in vigore anche dopo l'entrata in vigore del DPR 349 del 20/04/1994 e l'entrata in vigore della L 461 del 29/10/2001.

Con l'entrata in vigore della legge Brunetta sul pubblico impiego (n. 133/2008 – art 72) i benefici degli scatti sul salario di anzianità previsti dagli artt. 43 e 44 R.D. 1290/1922 e 539/1950 sono stati aboliti (trattavasi di appannaggi sullo stipendio nella misura del 1,25% o del 2,50% dello stipendio tabellare a seconda che la categoria di ascrizione della menomazione si riferisse alla 7[^] o alla 8[^] ctg della Tab A ovvero ad una delle categorie dalla 6[^] alla 1[^]).

Prima dell'entrata in vigore del D.P.R. 461/2001, tali benefici venivano legittimamente erogati a seguito del riconoscimento dell'infermità da parte della Commissione Medico Ospedaliera anche nel caso in cui il CPPO, in sede di valutazione dell'equo indennizzo si fosse pronunciato in maniera difforme.

A seguito della distinzione delle competenze, introdotta con il predetto regolamento (accertamento clinico e accertamento nesso causalità), per i verbali a partire dal 22/01/2002 (entrata in vigore del decreto), il provvedimento di attribuzione dei benefici si poteva emettere solo dopo aver acquisito sia il verbale dell'organo medico, che stabilisce l'ascrizione, sia il verbale del Comitato di verifica che riconosce la dipendenza.

Aggravamento: in base all'art. 14 del DPR 461/2001 si può chiedere l'aggravamento della medesima originaria patologia già riconosciuta dipendente da causa di servizio, una sola volta, entro 5 anni dalla data di comunicazione dell'equo indennizzo concesso. Soccorre sempre l'art. 57 DPR 686/57 in tema di cumulo di una pluralità di menomazioni, siano esse contestuali oppure successive.

La Pensione di privilegio spetta invece quando la menomazione, conseguente a patologie dipendenti da causa di servizio, determina l'inidoneità lavorativa. Si consegue anche con anzianità lavorativa di un solo giorno e comporta un bonus ancora maggiore di quello previsto dalla legge 335/95 (cfr. precedente punto 3). Per il personale civile dello Stato, la misura della prestazione è correlata all'entità dell'infermità o lesione.

In caso di grave menomazione, ascrivibile alla 1[^] categoria, l'importo è pari agli 8/10 della retribuzione pensionabile; se l'infermità è classificabile a categoria inferiore la misura è pari a 1/40 della retribuzione pensionabile per ogni anno di servizio, e comunque non inferiore a 1/3 né superiore a 8/10 della base stessa.

Per il personale degli enti locali, si procede invece maggiorando di 1/10 l'aliquota corrispondente all'anzianità di servizio maturata per il calcolo della pensione ordinaria. Tale aliquota non può, in ogni caso, essere inferiore a 66,77% né superiore al 100% .

La risposta: la necessità di un nuovo strumento valutativo al passo coi tempi e coerente rispetto all'evoluzione continua della medicina

Giuseppe Guadagno

Presidente Commissione Medica di Verifica di Napoli

Giunti quasi al termine dei lavori delle quattro sessioni vorrei apportare una modifica al tema che mi era stato proposto all'inizio, appropriandomi di quello che era stato proposto al prof. G. Caputi che, per improrogabili impegni, oggi non può essere qui con noi.

Dopo quanto detto in precedenza mi sembra davvero superfluo affrontare le tematiche medico-legali valutative che appaiono essere state in gran parte – se non del tutto – affrontate in modo esaustivo dai Relatori che mi hanno preceduto.

Anche gli aspetti giuridici appaiono essere lontani dalle mie specifiche competenze, anche se quanto affrontato dal prof. Viscomi e dagli altri Cultori di materie giuridiche hanno potuto far rilevare la *necessità di un riordino della figura professionale del “lavoratore del settore pubblico” per la quale mi sento solo di suggerire che venga inquadrato a monte del Testo Unico che ho avuto modo di proporre all'inizio del Convegno e che appare essere del tutto propedeutico ad una “corretta ed adeguata” individuazione della “valutazione dei rischi” e della conseguente “appartenenza previdenziale” della valutazione del “danno alla persona”, anche nei suoi moderni aspetti di tutela costituzionale della “salute”.*

Di certo in queste quattro sessioni di lavoro si sono poste in evidenza le sperequazioni esistenti tra i vari ambiti delle assicurazioni sociali tra “pubblico e privato” e le ragioni di una “doppia competenza e valutazione” (INAIL/Causa di servizio) – responsabili dell'aumento del contenzioso e dell'aggravio della “spesa pubblica” – che appaiono davvero superate ed inutili se le motivazioni sono solo di ordine “economico”.

Su questa strada è apparsa evidente l'odierna difficoltà – anche dovuta a storici ‘privilegi’ ed alla ‘sofferenza’ di competenze che si confrontano e che potrebbero defluire o confluire l'una nell'altra – dei due sistemi valutativi a confronto che risentono – come è apparso del tutto evidente – della “figura giuridica del lavoratore” e non dell'”esposizione a rischio del lavoratore”.

Tale proposta deriva, senza alcun dubbio, dall'obbligo della “valutazione dei rischi” sia per il settore privato che per quello pubblico.

Altro rilievo fondamentale è quello inerente “le criticità dell'attuale sistema valutativo tabellare ABEF”, con particolare riferimento alle sperequazioni esistenti tra “l'evoluzione clinica della medicina” in generale e per singoli apparati e/o sistemi e “la staticità di un sistema valutativo” [così come sottolineato dai diversi interventi di merito della seconda e terza sessione],

ormai superato e tra l'altro originariamente destinato, non alla pensionistica privilegiata ordinaria, bensì alla pensionistica di guerra.

In altre parole – così come mi è sembrato emergere dal Convegno – si potrebbe pervenire ad un superamento di “tutte queste sperequazioni” mediante l’adozione per il “settore pubblico” dei seguenti punti ai fini dell’estensione del Testo Unico:

- a) *i rischi rilevati nel “documento di valutazione dei rischi” e gli infortuni sul lavoro dovrebbero essere di esclusiva competenza valutativa dell’INAIL, eliminando così inutili ed onerose duplicazioni di accertamento e valutazione che, tra l’altro, tenderebbero ad una riduzione del contenzioso. Si tratta di quei casi in cui il nesso di causalità materiale è certo o presunto (infortuni sul lavoro, malattie professionali tabellate);*
- b) *i “rischi generici aggravati” che potrebbero ricondurci alla definizione della Corte Costituzionale in tema di “malattie correlate al lavoro” ed i “rischi generici” – ove per ambedue le categorie l’onere della prova è a carico del lavoratore – dovrebbero riconoscere una esclusiva competenza valutativa da parte delle Commissioni Mediche di cui al D.P.R. 461/2001; in quest’ambito rientrerebbero, quindi, tutti quei rischi che non sono stati individuati all’interno del “documento di Valutazione dei rischi”;*
- c) *prospettare che la ripetitività della valutazione INAIL anche per la causa di servizio porti ad una modifica della Tabella annessa al Decreto Legislativo 38/2000 che risente di valutazioni in ambito privatistico non adeguate ad un contesto di assicurazione sociale (nuove tabelle riferite alla riduzione di una capacità lavorativa specifica del lavoratore, la cosiddetta inabilità) e alla valutazione qualitativa dell’incidenza del danno accertato sulla salute (valutazione per categorie → coefficienti di maggiorazione).*

Appare evidente come un tal tipo di proposta potrebbe sembrare anche ‘provocatoria’, ma non vi è dubbio – a nostro avviso – che il “danno biologico” abbia fatto accantonare l’incidenza delle menomazioni sulla capacità lavorativa.

L’ampliamento al “settore pubblico” potrebbe consentire una “correzione” di tale orientamento portando un tal tipo di valutazione ad una netta distinzione tra il “danno alla persona” nell’ambito del sistema previdenziale rispetto a quello inerente la “responsabilità civile”.

Come a dire che l’ABEF (inteso come inquadramento per categorie di valutazione qualitativa) debba essere adottato per il “danno biologico” e non per l’incidenza sulla capacità lavorativa. E questo sia per il “settore pubblico” che per quello “privato”.

Infine un doveroso accenno alla problematica delle “competenze” inerenti le Commissioni per il “settore pubblico”:

- a) *individuazione delle competenze tra Enti Pubblici Locali (Regioni e Province Autonome) e altra “dipendenza pubblica”. Anche per questo è indispensabile, per evitare difformità normative locali, l’emanazione di una Legge quadro nazionale o Testo Unico con vincoli statali prevalenti rispetto alle “Autonomie regionali” sulla materia, in quanto non è possibile sul piano Costituzionale una diversa “tutela in tema previdenziale” del dipendente pubblico delle diverse Regioni;*
- b) *l’abolizione di una normativa di tutela differenziata per alcuni settori della dipendenza della Pubblica Amministrazione, sia in tema di giudizio di idoneità/inidoneità al rischio specifico sia in tema di idoneità alla mansione (in assenza di rischi normati è possibile non prevedere la visita periodica del dipendente, nonostante oggi si parla sempre più di quella “tutela dei terzi”, fattore sempre più integrato all’interno del giudizio complessivo di idoneità alla mansione specifica), sia così come accaduto di recente per il riconoscimento del danno biologico e morale solo per il personale militare (D.P.R. n° 37/2009).*

3° CONVEGNO NAZIONALE

*L'accertamento della causalità di servizio e delle inabilità nel pubblico
impiego:attualità e prospettive dopo un lustro di attività nelle nuove competenze
delle Commissioni Mediche di Verifica del Ministero dell'Economia e Finanze*

II SEZIONE

Supporti visivi alle relazioni

*Vietri sul Mare (SA)
18 e 19 giugno 2009*

Danno biologico, danno morale e capacità lavorativa: nuove esigenze di armonizzazione valutativa in tema di causalità di servizio e speciali elargizioni dello Stato

Col. Me. **Luigi LISTA**

Capo Ufficio Politica Sanitaria Generale – Stato Maggiore Difesa – Ufficio Generale della Sanità Militare
 Presidente Commissione Medica di Verifica di Roma
 Membro Comitato di Verifica per le Cause di Servizio



LA VALUTAZIONE DEL DANNO ALLA PERSONA

La valutazione del danno alla persona nell'ambito degli Istituti normativi di competenza degli organi medico-legali militari e del Ministero dell'Economia e Finanze è rimasta essenzialmente ancorata alle famose tabelle della pensionistica di guerra.

Le Commissioni, già competenti anche per tale istituto normativo, successivamente hanno continuato ad operare con le medesime tabelle in quanto esse sono rimaste e sono tuttora lo strumento per la valutazione del danno in tema di dipendenza da causa di servizio, dei conseguenti benefici nonché di altri indennizzi.

PERPLESSITA'

Negli ultimi quindici anni, la natura di alcune prestazioni a carattere indennitario ha fatto apprezzare immediatamente come inappropriate e difficilmente applicabili tali tabelle che, come è noto, fanno riferimento alla perdita o menomazione della capacità lavorativa generica.

Articolo 2 del DPR 915/78

"Ai militari delle Forze Armate, agli appartenenti ai Corpi o servizio ausiliari... che abbiano in guerra riportato ferite o lesioni o contratto infermità da cui sia derivata perdita o menomazione della capacità lavorativa generica, e ai loro congiunti, quando dalle predette ferite, lesioni o infermità sia derivata la morte, sono conferite pensioni, assegni o infermità"

PERPLESSITA'

Sussistono nel merito di alcune voci delle Tabelle A, B ed E, che risentono sicuramente degli effetti politico-sociali delle epoche in cui nascono unitamente alla stessa finalità per cui vengono previste: il momento storico di periodi bellici e post-bellici; hanno fatto privilegiare, sotto il profilo valutativo, le mutilazioni e le lesioni, nonché infermità come la tubercolosi ed i suoi esiti che vediamo comparire addirittura, ancora oggi, tra le superinvalidità.

VALUTAZIONE PERCENTUALE DEL DANNO

Già negli anni '50, ma in particolare dagli anni '80 si pone l'esigenza di dover valutare in termini percentuali il danno alla persona, sempre con riferimento al criterio tabellare pensionistico che, storicamente, nasce con il R.D. 21 febbraio 1935, n. 705 non facendo distinzione tra pensionistica privilegiata ordinaria e di guerra.

La norma di riferimento da cui origina in un certo senso la percentualizzazione del danno "tabellare", risale al D.Lg. n. 20/05/1917, n. 398, che approva una tabella A articolata in 10 categorie, di cui la prima è danno diritto a pensione vitalizia le ultime due ad assegno temporaneo non rinnovabile.

La nota sentenza, ancora oggi attuale ed unico riferimento, della Corte dei Conti (Sez. II speciale pens. Guerra n. 53451 del 1.05.1960) si baserà proprio sull'art. 3 del citato decreto Luogotenenziale nella valutazione (ai fini della liquidazione indennitaria) della menomazione della capacità lavorativa corrispondente alla categoria di pensione.

VALUTAZIONE PERCENTUALISTICA DEL DANNO

Art. 3 D.Lg. n. 876/17

"...per le infermità iscritte alla prima categoria dell'alleghata tabella A, la pensione è liquidata nella misura stabilita dall'art. 100, primo comma, del testo unico 21.2.1895, n. 70, ovvero 100%, e per le infermità iscritte alle altre categorie, dalla seconda all'ottava inclusa, è regguagliata rispettivamente all'80, 75, 70, 60, 50, 40, e 30 per cento della pensione corrispondente infermità di prima categoria"

VALUTAZIONE PERCENTUALISTICA DEL DANNO

Sent. n. 53491 del 1.6.1960 Sez. II Giurisd. Pens. Guerra

"... le percentuali di cui al decreto luogotenenziale 20 maggio 1917, n. 876 proprio perché concernenti la misura delle pensioni – possono con criterio giuridico sufficientemente preciso ritenersi corrispondenti al grado di diminuzione di capacità lavorativa determinata dalle infermità ascrivibili alle rispettive categorie"

7

TABELLA DI CORRISPONDENZA

TABELLA CATEGORIA	PERCENTUALE INVALIDITA'
1ª Categoria	100 – 80 %
2ª Categoria	80 – 75 %
3ª Categoria	75 – 70 %
4ª Categoria	70 – 60 %
5ª Categoria	60 – 50 %
6ª Categoria	50 – 40 %
7ª Categoria	40 – 30 %
8ª Categoria	30 – 20 %
Tabella B	20 – 10 %

8

INQUADRAMENTO GENERALE

A seguito della promulgazione della Legge 3 agosto 2004 n. 206 (Nuove norme in favore delle vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice) e della Legge 23 dicembre 2005, n. 266 (Finanziaria 2006) si vengono a delineare veri e propri nuovi profili medico-legali nell'ambito della causalità di servizio e della valutazione del danno concernente le elargizioni a favore delle vittime del dovere, dei dipendenti pubblici rimasti invalidi nell'adempimento del loro dovere e dei cittadini o degli apolidi vittime del terrorismo, delle stragi e della criminalità organizzata. Per tali istituti normativi, forse, si è verificata e si sta verificando una vera e propria svolta epocale che, in questi primi momenti di applicazione, sta mettendo a dura prova gli organismi sanitari competenti ed anche gli stessi organismi in sede giurisdizionale.

9

IL DANNO NELLE SPECIALI ELARGIZIONI PER LE VITTIME DEL DOVERE, TERRORISMO E CRIMINALITA' ORGANIZZATA

DISARMONIE VALUTATIVE

Ritornando alla valutazione del danno, occorre prendere atto che si sono verificate notevoli difficoltà applicative da parte delle Commissioni Mediche Ospedaliere per i predetti istituti normativi, allorché, occorre spesso far riferimento alle tabelle pensionistiche di guerra di cui al D.P.R. 915/78, di privilegio ordinario di cui al D.P.R. 834/81 e, contestualmente, percentualizzare sulla base delle tabelle del D.P.R. 1124/65 o sulla base del D.M. 5 febbraio 1992.

10

TABELLE INVALIDITA' CIVILE O INAIL (1124/65) ?

Fino alla promulgazione delle prime tabelle di legge per la valutazione del danno biologico con il D.M. 12 luglio 2000, previsto dal D.lgs 38/2000, il legislatore già in più occasioni, per alcuni istituti normativi a carattere indennitario in cui era necessario far riferimento al valore percentuale del punto, era stato costretto a ricorrere comunque a tabelle, con indicazioni percentuali del danno riferite all'attitudine al lavoro di cui al D.P.R. 1124/65 (INAIL) oppure alla perdita o riduzione della capacità lavorativa generica, semispecifica o specifica di cui al D.M. 5 febbraio 1992 (Invalidità civile).

11

IL DANNO NELLE SPECIALI ELARGIZIONI PER LE VITTIME DEL DOVERE, TERRORISMO E CRIMINALITA' ORGANIZZATA

DISARMONIE VALUTATIVE

Legge n. 456/80 - Speciali elargizioni a favore di categorie di dipendenti pubblici e di cittadini vittime del dovere o di azioni terroristiche - e D.M. 30.10.1980 - art. 8: Le CMO

"...esprimono il giudizio con riferimento alle categorie dalla prima all'ottava della tabella A annessa al decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni, percentualizzando la invalidità sulla base delle tabelle previste dal decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, di approvazione del testo unico delle disposizioni sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro".

12

**IL DANNO NELLE SPECIALI ELARGIZIONI PER LE VITTIME
DEL DOVERE, TERRORISMO E CRIMINALITA' ORGANIZZATA**

DISARMONIE VALUTATIVE

Legge n. 302/90 - Norme a favore delle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata - e D.M. 377/92 - art. 6: La CMO esprime:

"...anche la corrispondenza della invalidità riscontrata ad una delle categorie dalla prima alla ottava della tabella A annessa al decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni. Essa percentualizza la invalidità sulla base delle tabelle previste dal decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, adottando, in caso di difformità, il trattamento più favorevole".

13

**IL DANNO NELLE SPECIALI ELARGIZIONI PER LE VITTIME
DEL DOVERE, TERRORISMO E CRIMINALITA' ORGANIZZATA**

UNIFICAZIONE VALUTATIVA

D.P.R. n. 364/94 - Regolamento recante semplificazione dei procedimenti di concessione di elargizioni a favore delle vittime del dovere, dei dipendenti pubblici rimasti invalidi nell'adempimento del loro dovere e dei cittadini o degli apolidi vittime del terrorismo e della criminalità organizzata - art. 10:

"La percentualizzazione delle invalidità di cui alle leggi 13 agosto 1990, n. 466 e 20 ottobre 1990, n. 302, è operata sulla base della vigente tabella per i gradi della invalidità civile approvata, in conformità all'articolo 3, comma 3, della legge 29 dicembre 1990, n. 407, con decreto del Ministero della sanità 5 febbraio 1992 e successive modifiche e integrazioni."

14

**IL DANNO NELLE SPECIALI ELARGIZIONI PER LE VITTIME
DEL DOVERE, TERRORISMO E CRIMINALITA' ORGANIZZATA**

DIFFICOLTA' VALUTATIVE

D.P.R. n. 510/99 - Regolamento recante nuove norme in favore delle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata - , abrogando il precedente D.P.R. 364/94, all'art. 5 prevede:

"...la CMO della Sanità Militare... "Esprime il giudizio sanitario sulle cause delle ferite o lesioni che hanno determinato il decesso o la invalidità. Accerta il grado dell'eventuale invalidità riscontrata, stabilisce la percentuale dell'invalidità e dell'eventuale aggravamento,...."

15

**DIPENDENZA DA CAUSA DI SERVIZIO
NOVITA' ?**

Prima di ritornare agli aspetti specifici della valutazione del danno, il riferimento alla Legge 266/2005, comma 564, ci obbliga a riferire sulla grossa novità introdotta in tema di causalità di servizio laddove prevede che:

" Sono equiparati ai soggetti di cui al comma 563 coloro che abbiano contratto infermità permanentemente invalidanti o alle quali consegua il decesso, in occasione o a seguito di missioni di qualunque natura, effettuate dentro e fuori dai confini nazionali e che siano riconosciute dipendenti da causa di servizio per le particolari condizioni ambientali ed operative".

16

**DIPENDENZA DA CAUSA DI SERVIZIO
NOVITA' ?**

Il regolamento emanato ai sensi del comma 565 della citata Legge 266/2005, approvato con il D.P.R. 243/2006, tra l'altro ha chiarito in modo preciso i concetti di "Missioni" e " Particolari condizioni ambientali ed operative" definendoli all'art. 1:

a)

b) *"Per missioni di qualunque natura, le missioni, quali che ne siano gli scopi, autorizzate dall'autorità gerarchicamente o funzionalmente sopraordinata al dipendente";*

c) *"Per particolari condizioni ambientali ed operative, le condizioni comunque implicanti l'esistenza ed anche il sopravvenire di circostanze straordinarie e fatti di servizio che hanno esposto il dipendente a maggiori rischi o fatiche, in rapporto alle ordinarie condizioni di svolgimento dei compiti di Istituto."*

17

**D.P.R. 243/2006
REGOLAMENTO (comma 565, Legge 266/2005)**

**Art. 5
Percentualizzazione della invalidità permanente**

- 1. La percentuale della invalidità permanente, viene valutata in base alle tabelle per i gradi di invalidità e relative modalità d'uso, approvate con il decreto del Ministero della sanità 5 febbraio 1992 e successive modificazioni.*
- 2. La percentualizzazione del danno biologico viene valutata in base alla tabella delle menomazioni e relativi criteri applicativi, approvata con decreto del Ministro del Lavoro e della Previdenza Sociale 12 luglio 2000 e successive modificazioni."*

18

**IL DANNO NELLE SPECIALI ELARGIZIONI PER LE VITTIME
DEL DOVERE, TERRORISMO E CRIMINALITA' ORGANIZZATA**

IL DANNO BIOLOGICO E MORALE

Legge 206/2004 - Nuove norme in favore delle vittime
del terrorismo e delle stragi di tale matrice – art. 6:

*"Le percentuali di invalidità già riconosciute e
indennizzate in base ai criteri e alle disposizioni della
normativa vigente alla data di entrata in vigore della
presente legge sono rivalutate tenendo conto
dell'eventuale intercorso aggravamento fisico e del
riconoscimento del danno biologico e del danno
morale".*

19

**CAPACITA' LAVORATIVA GENERICA
E
DANNO BIOLOGICO**

MA

**SENZA RIFERIMENTI MEDICO-LEGALI DI
VALUTAZIONE DEL DANNO**

20

REGOLAMENTO: D.P.R. 243/2006

**PRECISI RIFERIMENTI MEDICO-LEGALI
DI VALUTAZIONE DEL DANNO PER
CAPACITA' LAVORATIVA GENERICA
E
DANNO BIOLOGICO
?
DANNO MORALE**

21

VALUTAZIONE GLOBALE DEL DANNO

Molte ombre rimanevano sul Danno Morale, sia per la sua
quantificazione e sia per l'individuazione dell'autorità competente alla sua
valutazione.

Infatti, tra gli altri, tale problema si inseriva in una serie previsioni ed
istituti da armonizzare per i quali è stato necessario nominare un
Commissario Straordinario di Governo (D.P.R. 18 settembre 2006) ed
emanare la Direttiva di indirizzo, approvata con D.P.C.M. 27 luglio 2007,
al fine di garantire una coerente e coordinata attuazione della citata
Legge 206/2004.

In tale Direttiva viene dato particolare rilievo alla disposizione della legge
n. 206 del 2004 che dispone la rivalutazione delle percentuali di invalidità
già riconosciute ed indennizzate, in conseguenza dell'eventuale
intercorso aggravamento fisico e del riconoscimento del danno biologico
e morale (art. 6, comma 1).

Sulle modalità di attuazione di tale disposizione da parte dei competenti
organi sanitari, si è espresso il Consiglio di Stato – I^a Sezione - con il
parere n. 565/06, espresso in sede consultiva, nel senso che
la condizione globale della salute della vittima del terrorismo, nei suoi
aspetti fisici, psichici e morali che abbiano riflesso permanente sulla
capacità lavorativa, va valutata - caso per caso - dalla Commissione
Medica Ospedaliera sulla base del danno complessivo non patrimoniale
subito, con l'espressione di un unico valore percentuale di invalidità
permanente.

DANNO MORALE

e

Commissioni Mediche Ospedaliere

Per quanto riguarda il danno morale, in considerazione di
quanto stabilito nella Direttiva del Presidente del Consiglio dei
Ministri 27 luglio 2007, emanata tenendo conto anche del
citato parere del Consiglio di Stato n. 565/06, tale valutazione
rappresenta una vera e propria novità per le competenze delle
C.M.O. della Sanità militare, non sovrta da difficoltà in
asserza di un qualsivoglia riferimento normativo, se si
considera che finora la sua quantificazione era affidata
solamente al Giudice nella sede competente

In proposito, nella stessa direttiva si è reso opportuno rivolgere
un invito alle competenti Direzioni generali dei Ministeri della
difesa e dell'interno perché le commissioni mediche
ospedaliere, competenti ai sensi dell'art. 5 del decreto del
Presidente della Repubblica n. 510 del 1999, tengano sempre
conto nelle proprie valutazioni tecniche di quanto prevista
dall'art. 6, comma 1, della legge n. 206 del 2004.

VALUTAZIONE GLOBALE DEL DANNO

Con una direttiva era pressochè impossibile disciplinare aspetti
di un problema così grande e, pertanto, si è scelta la strada di
predispore ed far approvare un regolamento ai sensi della
Legge n. 400 del 1988, al fine di attuare ed integrare l'articolo
6 della Legge 206 del 2004, per determinare i criteri con i
quali calcolare l'aggravamento fisico, il danno biologico e
quello morale, individuando come valore finale, in
ottemperanza a quanto previsto nel citato parere del Consiglio
di Stato, una percentuale unica di invalidità.

In particolare, i criteri dettati hanno l'obiettivo di fornire alle
Commissioni mediche modalità operative per l'accertamento e
la valutazione della invalidità permanente, del danno biologico
e del danno morale, quali singole componenti della percentuale
unica di invalidità complessiva.

24

VALUTAZIONE GLOBALE DEL DANNO

CONSIGLIO DEI MINISTRI

nella seduta del 12 Giugno 2009

ha approvato lo schema di regolamento, adottato ai sensi dell'articolo 17 comma 1, della legge 3 agosto 2004, n. 206 con i quali vengono determinati i criteri con i quali calcolare l'aggravamento fisico, il danno biologico e quello morale, individuando come valore finale una percentuale unica di invalidità.

25

DANNO BIOLOGICO

CRITERIOLOGIA VALUTATIVA

In ordine alla nozione di danno biologico, il legislatore primario, nel citato articolo 6 della legge n. 206/2004, non ha fornito alcun criterio né per la sua definizione, né per la sua quantificazione. Il danno biologico è comunque già da tempo entrato tra le competenze valutative delle Commissioni mediche (cfr. art. 5 d.P.R. 243/2006 in materia di provvidenze alle vittime del dovere) con parametri valutativi e criteri medico-legali scaturiti da precise disposizioni normative.

Il danno biologico ha visto la sua genesi in pronunce giurisprudenziali, avallate anche da decisioni della Corte costituzionale (per tutte cfr. sent. n. 184 del 30 giugno 1986, poi superata dalla successiva sentenza n. 372/1994), che hanno individuato il fondamento di tale categoria di danno nella necessità di tutelare il bene salute, costituzionalmente garantito.

Dopo decenni di giurisprudenza, il legislatore ha fornito una nozione di danno biologico nel Codice delle assicurazioni private (d.lgs. 7 settembre 2005, n. 209). Al fine di garantire, con il nuovo intervento normativo, omogeneità rispetto alla disciplina esistente, il danno biologico viene definito attraverso il richiamo alla nozione contenuta negli articoli 138 e 139 del Codice delle assicurazioni private.

DANNO BIOLOGICO

DEFINIZIONE

Ai fini dell'emanando regolamento, si intende:

"La lesione di carattere permanente all'integrità psico-fisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito"

27

DANNO MORALE

CRITERIOLOGIA VALUTATIVA

Più complessa è l'individuazione della definizione e dei criteri di liquidazione del danno morale, in quanto la legge n. 206/2004 ha previsto, per la prima volta, che sia un organismo sanitario e, seguitamente, la Commissione medica, a compiere tale liquidazione, senza però indicare alcun elemento sulla base del quale la valutazione debba essere determinata.

Tradizionalmente il danno morale rappresentava l'unica categoria di danno non patrimoniale e veniva limitato al c.d. danno "da reato" disciplinato normativamente dall'articolo 2059 codice civile e dall'articolo 135 codice penale. I ristretti limiti di questa interpretazione, sono stati superati dalle note sentenze della Corte di Cassazione n. 8827 e n. 8828 del maggio 2003, con le quali il danno non patrimoniale è stato svincolato dai ristretti limiti dell'art. 185 c.p.

La Suprema Corte ha superato il precedente orientamento giurisprudenziale, che riconosceva il danno non patrimoniale solo in presenza di un fatto reato, individuandolo in ogni ipotesi in cui sia lesa un valore fondamentale inerente la persona. Questa evoluzione ha trovato conferma in una sentenza della Corte costituzionale (sent. n. 233 del 30 giugno 2003) nella quale si è affermata la necessità di fornire un'interpretazione costituzionalmente orientata dell'articolo 2059 c.c., tesa a "ricomprendere nell'estratta previsione della norma ogni danno di natura non patrimoniale derivante da lesioni inerenti la persona".

DANNO MORALE CRITERIOLOGIA VALUTATIVA

Date tali premesse è, comunque, necessario individuare, con ferme regolamentari, i parametri per la determinazione del danno morale, se si considera che le Commissioni mediche, diversamente dall'attività giudiziaria, alla quale è stata da sempre rimessa la determinazione dei danni morali attraverso il parametro oggettivo, hanno una capacità di apprezzamento e mezzi di indagine che non possono andare oltre quelli rispondenti alla sfera della valutazione dei danni all'integrità psico-fisica dell'individuo.

Sul punto appare opportuno evidenziare che la Suprema Corte, nella richiamata sentenza ha affermato che il danno non patrimoniale "è categoria generale e unitaria non suscettibile di suddivisione in sottocategorie variamente elucbrate", aggiungendo che "il riferimento a determinati tipi di pregiudizi, in vario modo determinati (danno morale, danno biologico, danno da perdita di rapporto parentale), risponde ad esigenze descrittive, ma non implica il riconoscimento di distinte categorie di danno".

Questo assunto, espone nell'ambito di una decisione nella quale i giudici di legittimità hanno avuto l'obiettivo di evitare la proliferazione di astratte voci di danno (quali quello materiale, parentale, estetico, etc.), con riferimento all'intervento normativo di cui trattasi, merita di essere filtrato alla luce della norma primaria cui il presente regolamento deve dare attuazione. Infatti, è l'art. 6 della l. n. 206/2004 ad aver esplicitamente previsto il "riconoscimento del danno biologico e morale", e ciò solo al fine di duplicare voci di danno, ma per riconoscere un più completo ed esauriente ventaglio del territorio e delle stragi di tali danni.

DANNO MORALE CRITERIOLOGIA VALUTATIVA E DEFINIZIONE

- Alla luce della evoluzione giurisprudenziale esposta, il legislatore primario ha potuto rinviare ad un organo non giurisdizionale la valutazione del danno non patrimoniale, anche rub specie di danno morale, proprio in quanto non è più necessario, per la sussistenza di tale danno, il verificarsi di un illecito e la sua qualificazione come reato in tutti i suoi elementi oggettivi e soggettivi, accertamento che nel nostro ordinamento è proprio dei soli organi giurisdizionali.
- Anche la nozione di danno morale è stata oggetto della richiamata decisione delle Sezioni Unite della Cassazione (sent. n. 26972/2008 cit.) che hanno affermato la necessità di superare la limitazione propria della tradizionale figura del "danno morale soggettivo transitorio", "poiché la sofferenza morale ragionata dal reato non è necessariamente transiente, ben potendo l'effetto persistere per lungo tempo".
- La Suprema Corte ha precisato che il danno morale non "individua un'entità autonoma sottocategoria di danno, ma descrive, tra i vari pregiudizi non patrimoniali, quello costituito dalla "sofferenza morale", cioè "dalla sofferenza soggettiva ragionata dal fatto reato in sé considerato".
- E questa conclusione è stata quasi letteralmente mutata per definire, nel nuovo intervento normativo, il danno morale.

30

Legge 244/2007
Art. 2, comma 78 e 79

*Al fine di pervenire al riconoscimento della causa di servizio e di adeguati indennizzi al personale italiano impiegato nelle missioni militari all'estero, nei poligoni di tiro e nei siti in cui vengono stoccati munizionamenti, nonché al personale civile italiano nei teatri di conflitto e nelle zone adiacenti le basi militari sul territorio nazionale, che abbiano contratto infermità o patologie tumorali connesse all'esposizione e all'utilizzo di proiettili all'uranio impoverito e alla dispersione nell'ambiente di nanoparticelle di minerali pesanti prodotte dalle esplosioni di materiale bellico, ovvero ai coniugi, al convivente, ai figli superstiti nonché ai fratelli conviventi e a carico qualora siano gli unici superstiti in caso di decesso a seguito di tali patologie, è autorizzata la spesa di 10 milioni di euro per ciascun anno del triennio 2008-2010**

31

REGOLAMENTO

D.P.R. 3 Marzo 2009, n. 37

G.U. 22 aprile 2009

Oltre a principi generali e specifiche procedure, in tema di accertamento del nesso di causalità, all'art. 2, prevede che:

...ai soggetti indicati al comma 2, che abbiano contratto menomazioni all'integrità psicofisica permanentemente invalidanti o a cui è conseguito il decesso, dalle quali l'esposizione e l'utilizzo di proiettili all'uranio impoverito e la dispersione nell'ambiente di nano-particelle di minerali pesanti prodotte da esplosioni di materiale bellico abbiano costituito la causa ovvero la concausa efficiente e determinante, è corrisposta l'elargizione di cui.....

32

REGOLAMENTO
D.P.R. 3 Marzo 2009, n. 37
CRITERIOLOGIA VALUTATIVA

I.P.: Invalidità Permanente

a) la percentuale d'invalidità permanente (IP), riferita alla capacità lavorativa, è attribuita scegliendo il valore più favorevole tra quello determinato in base alle tabelle per i gradi di invalidità e relative modalità d'uso approvate, in conformità all'articolo 3, comma 3, della legge 28 dicembre 1997, n. 407, con il decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992 e successive modificazioni, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 47 del 26 febbraio 1992, e il valore determinato in base alle tabelle A, B, E ed F1 annesse al decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni, e relativi criteri applicativi. Alla classifica di cui alle categorie della tabella A e della tabella B sono equiparate le fasce percentuali d'invalidità permanente, riferite alla capacità lavorativa, secondo le corrispondenze indicate nella tabella in allegato 1.

Alle invalidità o mutilazioni di prima categoria della tabella A che risultino contemplate anche nella tabella E corrisponde una invalidità permanente non inferiore al cento per cento.

33

REGOLAMENTO

D.P.R. 3 Marzo 2009, n. 37

Allegato 1: Tabella delle corrispondenze tra categorie e percentuali

TABELLA	CATEGORIA	PERCENTUALE INVALIDITA'
A	PRIMA	100% - 91%
A	SECONDA	90% - 81%
A	TERZA	80% - 71%
A	QUARTA	70% - 61%
A	QUINTA	60% - 51%
A	SESTA	50% - 41%
A	SETTIMA	40% - 31%
A	OTTAVA	30% - 21%
B	====	20% - 11%

34

REGOLAMENTO
D.P.R. 3 Marzo 2009, n. 37
CRITERIOLOGIA VALUTATIVA

D.B.: Danno Biologico

b) la percentuale del danno biologico (DB) è determinata in base alle tabelle delle menomazioni e relativi criteri applicativi di cui agli articoli 138, comma 1, e 139, comma 4, del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, e successive modificazioni;

Fino alla data di predisposizione delle tabelle di menomazione di cui agli articoli 138, comma 1, e 139, comma 4, del citato decreto legislativo n. 209 del 2005, la percentuale del danno biologico è determinata in base alla tabella delle menomazioni e relativi criteri applicativi approvata con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale 12 luglio 2000, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 172 del 25 luglio 2000, e successive modificazioni. La percentuale del danno biologico, così determinata, può essere aumentata ai sensi degli articoli 138, comma 3, e 139, comma 3 del decreto legislativo n. 205 del 2005, da parte dei competenti organismi sanitari di cui all'articolo 6, comma 3, del presente regolamento.

35

REGOLAMENTO

D.P.R. 3 Marzo 2009, n. 37

CRITERIOLOGIA VALUTATIVA

D.M.: Danno Morale

c) la determinazione della percentuale del danno morale (DM) viene effettuata, caso per caso, tenendo conto della entità della sofferenza e del turbamento dello stato d'animo, oltre che della lesione alla dignità della persona, connessi e in rapporto all'evento dannoso, in una misura fino a un massimo di due terzi del valore percentuale del danno biologico;

Le Commissioni mediche, come più volte ribadito, sono organismi sanitari con un limitato campo di indagine ed inoltre sono chiamate a determinare elementi per la quantificazione di un indennizzo e non di un pieno risarcimento. Così, è stato ritenuto necessario, anche al fine di garantire omogeneità nelle liquidazioni ed evitare disparità di trattamento, ancorare la determinazione della percentuale del danno morale alla percentuale di danno biologico, non eludendo la necessaria "personalizzazione" dell'indennizzo di riconosciuto alla vittima. La "personalizzazione" viene garantita dalla previsione di un valore massimo (fino al 2/3 del valore percentuale del danno biologico) in riferimento al quale la Commissione medica determinerà la concreta percentuale, tenendo conto dell'entità della sofferenza e del turbamento dello stato d'animo e della lesione della dignità della persona, considerando le specificità del caso concreto.

36

REGOLAMENTO D.P.R. 3 Marzo 2009, n. 37 CRITERIOLOGIA VALUTATIVA

LC.: INVALIDITA' COMPLESSIVA

di La percentuale di invalidità complessiva (IC) che in ogni caso non può superare la somma del conto per caso, è data dalla somma delle percentuali del danno biologico, del danno morale e del dolore, se positivo, risultante dalla differenza tra la percentuale di invalidità riferita allo aspetto lavorativo e la percentuale del danno biologico:

$$IC = DB + DM + (D - DB)$$

Infatti, per la valutazione e determinazione della percentuale unica dell'invalidità complessiva (IC) di cui all'articolo 6 della Legge 296/2004, al fine di evitare la duplicazione delle poste di danno, segnatamente per quanto attiene la percentuale di danno biologico e la percentuale di invalidità permanenti con riferimento alla capacità lavorativa (danno consequenziale), è stata individuata la formula che è espressione della somma delle percentuali di danno biologico, di danno morale e del valore, se positivo, risultante dalla differenza tra la percentuale di invalidità riferita alla capacità lavorativa e la percentuale di danno biologico.

37

CONCLUSIONI

Ritengo che il regolamento già emanato e l'emanando regolamento abbiano costituito una svolta epocale nella valutazione del danno alla persona ed, in particolare, della condizione globale della salute dell'interessato, valutata "caso per caso", nei suoi aspetti fisici, psichici e morali che hanno riflesso permanente anche sulle capacità lavorative.

La formula delineata, già da me presentata per la prima volta al Congresso SISMLA e successivamente al 3° Congresso di Medicina Legale Militare,

$$\% D.B. + \% D.M. (0 - 23 D.B.) + [\% I.P. (tabellare) - \% D.B.]$$

per le argomentazioni esposte può ritenersi semplice ed efficace.

CONCLUSIONI

Tuttavia, al fine di pervenire ad una ottimizzazione medico-legale di ciascun parametro addendo occorre sicuramente intervenire sul merito del quadro che determina il I.P., segnatamente alle tabelle di Invalidità Civile, in quanto è venuta fuori di un loro aggiornamento, ed alle Tabelle della Pensionistica di privilegio con un aggiornamento anche per esse, ovvero di una semplice armonizzazione tra le stesse tenuto conto che la tabella di esasperazione/conversione è già stata approvata.

In altri termini non occorre inventarsi o prevedere voci diverse per ambiti che, seppur distinti, vanno a quantificare comunque una I.P. riferita allo stesso parametro della capacità lavorativa e, quindi, basterebbe una unica tabella espressa anche solo in termini percentuali, ora legalmente e facilmente convertibili nelle categorie della tabella A o B della pensionistica di privilegio e, non necessariamente, anche della pensionistica di guerra che per il nostro legislatore ma, soprattutto, per i suoi destinatari speciali rimarranno pur sempre TABELLE SPECIALI.

38



GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Col. Me Luigi LISTA

40

Sperequazioni nei vari ambiti delle assicurazioni sociali tra pubblico e privato: il perché di una doppia valutazione responsabile dell'aumento del contenzioso

Giuseppe Bonifaci

Sovrintendente Medico Generale Reggente INAIL

Patrizio Rossi

Dirigente Medico Sovrintendenza Medica Generale INAIL, Roma

La tutela INAIL dei danni da lavoro

Sperequazione nei vari ambiti delle assicurazioni sociali tra pubblico e privato

- il perché di una doppia valutazione
- l'aumento del contenzioso ?

Prof. Giuseppe Bonifaci S.M.G. INAIL
Dott. Patrizio Rossi DMI c/o SMG

INAIL --> Tutela globale
descritta da un complesso di strumenti normativi policroni e completata con il D. Lgs n. 38/00

Il d.lgs n.38/2000 art.13 ha avviato un processo di riforma secondo due direttrici:

UNIVERSALITA' DELLA TUTELA:
tendenza ad estendere la tutela a tutti i lavoratori e per tutti i rischi e danni da lavoro

TUTELA GLOBALE INTEGRATA

Rispetto al sistema di tutela precedente, basato sulla capacità lavorativa generica, si ridisegna il sistema centrandolo sulla **"salute del lavoratore"** per una tutela globale che va **dalla prevenzione, alla cura, all'indennizzo e alla riabilitazione/reinserimento**

GRADO DI MENOMAZIONE	INDENNIZZO DEL DANNO BIOLOGICO	INDENNIZZO DELLE CONSEGUENZE PATRIMONIALI
< 6%	in franchigia	—
≥ 6% < 16%	INDENNIZZO IN CAPITALE TABELLA INDENNIZZO D.B. (arredittuale)	Si presume che agli ci siano conseguenze in termini di danno patrimoniale
≥ 16%	INDENNIZZO IN RENDITA TABELLA INDENNIZZO D.B. (arredittuale)	INDENNIZZO DI ULTERIORE QUOTA DI RENDITA TABELLA DEI COEFFICIENTI (reddittuale)

Sistema indennitario Inail e sistema indennitario in tema di Causa di servizio e Pensionistica di guerra
v.
Sistema risarcitorio in responsabilità civile

Sistema indennitario in tema di Causa di servizio e Pensionistica di guerra
v.
Sistema indennitario Inail e sistema risarcitorio in responsabilità civile

SISTEMA INDENNITARIO INAIL e SISTEMA RISARCITORIO in RESP. CIVILE

il presupposto medico-legale è sostanzialmente coincidente

danno alla persona intesa nella sua globalità e quindi come pregiudizio dell'integrità fisico-psichica del soggetto che si ripercuote su tutte le sue attività e capacità

La tabella delle menomazioni

- accoglie appieno ed esprime sotto il profilo medico valutativo l'unanime interpretazione, dottrinarie e giurisprudenziale, del concetto di danno biologico

tabella delle menomazioni *Presupposti*

in tal senso rimangono fuori dalla definizione legislativamente assunta del danno biologico, e quindi dalla tabella di stima delle menomazioni, gli aspetti attinenti al disagio o alla sofferenza soggettiva, specifici di quel soggetto, non suscettibili di valutazione medico-legale

Il pregiudizio medico legale (o menomazione) patrimonio comune

- **generico**
- **personalizzato** = tipizzato per età e sesso
- **statico** nei termini in cui ricomprende l'esclusivo pregiudizio all'integrità di organo o apparato
- **dinamico-relazionale** nei termini in cui valuta anche le negative conseguenze del pregiudizio biologico sullo svolgimento degli atti ordinari del vivere comune a tutti

in tal senso rimangono fuori dalla definizione di cui al d.lgs n. 38/00 gli aspetti attinenti più propriamente alla qualità della vita, alla personalità specifica di quel singolo soggetto, non riferibili a categorie generali

quota parte aggiuntiva del danno Biologico da personalizzazione & danno morale

Il sistema complessivo delle tabelle procedura non dissimile da quella RCA

- consente di adeguare la stima % alla realtà clinico-menomativa del leso essenzialmente mediante tre procedure
- le stesse, in un ambito di medicina legale pubblica, sono giustificative di un'attribuzione *ultra tabellam*

Dalla lettura d'insieme emerge l'indicazione alla personalizzazione

- non sono giustificati automatismi eccessivi e "tassatività rigorose"
- tutti gli strumenti valutativi del sistema danno biologico vanno letti nel senso di un'aderenza, quanto maggiore possibile, del numero percentuale alla realtà menomativa del caso di specie

una tale "lettura" consiglia di coniugare

- tassatività e criteriologia

e,

laddove indicato,

- consente il superamento dei limiti di fascia

stadiazione aperta

... danno composto

il sistema del "fino a"

il sistema dell'attribuzione motivata del coefficiente

contenzioso - Rapporti INAIL - RCA

Danno differenziale
Danno complementare

Problematiche in ordine accertamento danno alla capacità lavorativa

Apprezzamento del periodo di capacità temporanea biologica *versus* danno biologico temporaneo

Contenzioso - Rapporti INAIL - Causalità servizio

Coincidenza in numerosissima coorte di lavoratori, dei due Istituti

Duplicità di accertamento amministrativo e medico legale

Divergenze nel procedimento di accertamento delle M.P./Infermità c.s.

le non ragioni di un doppio sistema

Benefici contrattuali analoghi ma non simili, che impongono, tuttavia, una duplicazione di valutazione

- coefficiente di miglioramento voce stipendiale
- agevolazione in tema di "pensionamento"

Ricomprendimento dei periodi d'assenza nel capitolo delle c.d. "gravi patologie"

le non ragioni di un doppio sistema

Regime di favore per invalidi sul lavoro, per causa di servizio, di guerra, ...

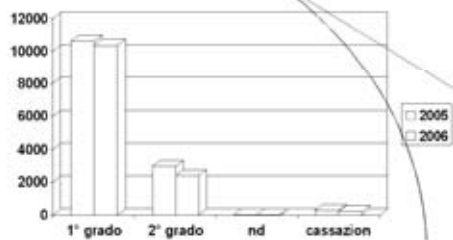
Diversità dell'inquadramento valutativo a seconda della tipologia di riconoscimento M.P.- I. sul L. / C.S.

Gli istituti INAIL utili ai benefici sono Riferiti, peraltro, al vecchio regime disciplinato dal T.U. n. 1124/65

le non ragioni di un doppio sistema

Campione dipendenti INAIL:
20 domande / anno di riconoscimento
della dipendenza da causa di servizio

Prestazioni: procedimenti iniziati per anno di riferimento



Caratteristiche, sovrapposizioni e prospettive valutative tra malattie professionali, malattie correlate al lavoro e malattie dipendenti da causa di servizio

Bruno Della Pietra

Professore Associato di Medicina Legale, Seconda Università degli Studi di Napoli



Il tema che mi è stato assegnato non mi ha spinto a soffermarmi solo sugli aspetti definitivi che, peraltro, sono di certo ben noti a tutti i presenti, ma - in una stretta collaborazione con l'amico Giuseppe Guadagno - ci hanno portati ad esplorare la strada normativa relativa all'evolutiva "privatizzazione del pubblico impiego" e, quindi, di pervenire alle identità ed alle diversità previdenziali tra "settore pubblico" e "settore privato".

In tal senso è sin da subito da rilevare la notevole difficoltà di un tal tipo di ricerca, avuto riguardo alla diversità del "pubblico dipendente" in relazione all'Ente da cui dipende e, quindi, il correlato "gineproio" di competenze ed attribuzioni che oggi esistono su questa materia.

In tempo di crisi economica e di conseguente volontà di riordino della pubblica amministrazione, ci sembra che un tentativo di complessiva "rivisitazione" e riordino della materia non sia più procrastinabile, soprattutto per la consapevolezza che il moltiplicarsi delle "competenze" non può che portarci - e di certo ci ha già portati - verso un modello di valutazione del "danno alla persona" che rinnova impostazioni del tipo "una, nessuna e centomila".

Siamo consapevoli - in uno con tutti gli artefici ed organizzatori di questo Convegno - di come la strada che si vuole intraprendere sia difficile e tortuosa, certamente lastricata di contrasti ed impopolarità, in particolar modo quando si ha volontà di procedere ad un tentativo di razionalizzazione di procedimenti che, di certo, possono toccare "privilegi" e "poteri", antichi e più recenti, ma in gran parte consolidati.

In relazione a questa premessa si vogliono, in sintesi, affrontare i seguenti fondamentali aspetti che il tema della relazione e, forse, di tutto il Convegno ci pongono:

- evoluzione [ultimi due decenni] verso la completa "privatizzazione" di ampi settori del "pubblico impiego";
- evoluzione verso un inquadramento normativo ed amministrativo di "privatizzazione" (contrattualizzazione) di alcuni settori del "pubblico impiego";
- problematiche inerenti l'autonomia di alcuni Enti (Regioni e Province autonome);
- introduzione - dapprima con la L. 833/78 - di un inquadramento della "previdenza" nei luoghi di lavoro con successiva emanazione delle normative di cui al D.Lgs. n° 626/1994 ed al D.Lgs. n° 81/2008;
- evoluzione delle "competenze" INAIL nell'ambito del "pubblico impiego" con duplicazione della valutazione del "danno alla persona".

Per questo riguardo i primi tre punti indicati si vuole ricordare come - in relazione all'inquadramento normativo ed amministrativo del "pubblico impiego" - possono essere distinti quattro diversi periodi:

1. prima del T.U. del 1957 i pubblici dipendenti (tutti, compresi quelli degli Enti locali) erano inquadri in una *previdenza di assalto subordinazione gerarchica* ed erano ripartiti per gruppi o stadi e ciò corrispondeva al livello *appaltario*; si faceva riferimento per il contenzioso, alla *giudicazione esclusiva del giudice amministrativo*;
2. D.P.R. 10.01.1957 n° 3 (T.U. degli impiegati civili dello Stato): trasformazione in carriera (*definitiva, di concetto, esecutivo ed ausiliario*) e *qualifiche* e limitazione della subordinazione gerarchica; con la Legge n° 112 del 12.02.1958 veniva riconosciuto per la prima volta la rappresentanza sindacale in un settore del pubblico impiego con un progressivo ampliamento agli altri settori;
3. Legge 11.07.1980 n° 312 istituzione delle *qualifiche funzionali* con indicazione di diversi livelli professionali; venivano previste 8 qualifiche, divenute nove con la Legge n° 78 del 24.03.1980;
4. della Legge quadro 29.03.1983 n° 93 ed al D. Lgs. n° 29 del 3.02.1993 che conclude l'evoluzione delle normative verso la "privatizzazione" del pubblico impiego.

Quest'ultima normativa ha di certo comportato una rilevante sovrapposizione ed omologazione tra il lavoro pubblico e quello privato.

La *ratio legislativa* della riforma si concreta:

- nella razionalizzazione programmatica dei principi di *efficienza ed economicità* dell'azione amministrativa;
- in una *rivoluzione* dell'organizzazione dei pubblici uffici, basata sulla ridefinizione di uffici e organici e su di un'intelligente gestione della risorsa umana;
- in un riserbo complessivo della *dirigenza pubblica* imperniato sulle responsabilità e sull'affermazione dell'autonomia dello stesso rispetto al capo politico;
- nella ridefinizione del regime della contrattazione collettiva, attraverso l'abolizione della privilegata recessione del testo degli accordi in seno ad enti amministrativi o regionalizzati, e l'istituzione dell'*agenzia per le relazioni sindacali*;
- nella valorizzazione delle *mobilità* lavorativa, verticale ed orizzontale;
- nella razionalizzazione dell'*accesso*;
- nella devoluzione della cognizione delle controversie in materia di pubblico impiego al *giudice ordinario*.

Da questa normativa venivano esclusi:

1. magistrati ordinari, amministrativi e contabili;
2. personale militare e delle Forze di Polizia;
3. personale delle carriere diplomatica e prefettizia;
4. dirigenti generali dello Stato;
5. dipendenti del settore creditizio, valutario, di risparmio, ecc.
6. professori e ricercatori universitari (per particolari aspetti in via di riforma per una uniformità con la L. 168/89).

In questi anni, peraltro, si è assistito da un lato alla privatizzazione di ampi settori del pubblico impiego (ad es. Poste, Telecomunicazioni, Ferrovie, ecc.), al trasferimento mediante mobilità all'interno di diverse amministrazioni del settore pubblico (verso gli Enti Locali ed, in particolare, verso le Regioni) e, dall'altro, all'evoluzione delle forme di lavoro nell'ambito della 'flessibilità' (tempo determinato, part-time, job sharing, contratti di formazione e lavoro interinale **POSSIBILI NEL PUBBLICO IMPIEGO A NORMA DELL'ART. 36 DEL D.Lgs. 165/01**).

Normative successive e deleghe al Governo stanno determinando una sempre maggiore sovrapposizione ed integrazione tra il rapporto di pubblico impiego con quello privato.

La normativa di merito è rappresentata dal D.Lgs. N° 165 del 30.03.2001 che sostituiva il D.Lgs. 29/1993 e che ha solo in parte realizzata la delega al Governo prevista dalla L. n° 340 del 24.11.2000.

Infine si perviene alla Legge Costituzionale n° 3 del 18.10.2001 che ha riformato il Titolo V, parte seconda, della Costituzione che determinando la definitiva autonomia delle Regioni, ha comportato una netta differenziazione tra il personale dello Stato e quello delle Regioni e, più in generale, degli Enti Locali.

QUALIFICHE E MANSIONI

L'art. 56 del D.Lgs. 29/93 prevedeva che il prestatore di lavoro doveva essere adibito alle mansioni proprie della qualifica di appartenenza; poteva anche essere adibito a compiti specifici non prevalenti della qualifica superiore ovvero, occasionalmente, a compiti o mansioni immediatamente inferiori.

Per il D.Lgs. n° 80/98 il dipendente pubblico deve essere adibito alle mansioni per le quali è stato assunto e a quelle considerate equivalenti nell'ambito della classificazione professionale (qualifica) prevista dai Contratti Collettivi.

L'art. 52 del D.Lgs. 165/01 stabilisce che il prestatore di lavoro può effettuare solo le mansioni per le quali è stato assunto o le mansioni equivalenti nell'ambito della qualifica professionale (ovvero mansioni di qualifica superiore dopo corsi / concorsi di qualificazione).

Per il **RAPPORTO DI LAVORO CON LE AUTONOMIE LOCALI**, il D.Lgs. n° 267/00 ed il D.Lgs. n° 165/01 hanno definitivamente sancito che il prestatore di lavoro delle Autonomie Locali è del tutto assimilabile, tranne che per alcune caratteristiche inerenti i contratti collettivi, al "lavoratore privato".

Affrontando il punto d) in precedenza delineato, va fatto presente come in contemporanea con l'evoluzione normativa delle qualifiche e delle mansioni dei pubblici dipendenti, si sia avuta l'evoluzione normativa in tema di prevenzione e di tutela della salute nei luoghi di lavoro.

I punti cardine di queste norme sono rappresentate:

→ dalle norme costituzionali (artt. 32 e 42) e della legge quadro n° 833/78 e successive modifiche ed integrazioni;

→ dal D.P.R. n° 1124/1965 che per alcuni aspetti, anche se estremamente limitati, prevedeva la tutela INAIL di alcune figure di dipendenti pubblici o di coloro che, pur non essendo legati da un rapporto di pubblico impiego, vengono impiegati in compiti propri dell'amministrazione";

→ dal dettato (art. 1) del D.Lgs. n° 526/94 (alla luce del più recente D.Lgs. n° 81/2008) dal quale si rileva come la "sicurezza sui luoghi di lavoro" sia estesa a "tutti i settori di attività privati e pubblici" per cui si rese necessaria l'emanazione della Circolare del Ministero del Lavoro n° 102 riguardante le prime applicazioni di tali norme al pubblico impiego;

→ dalla normativa (art. 2 D.Lgs. 242/1996) e giurisprudenza di merito hanno portato all'identificazione del "datore di lavoro" nelle pubbliche amministrazioni nel "dirigente al quale spettano i poteri di gestione, ovvero il funzionario non avente qualifica dirigenziale, nei soli casi in cui quest'ultimo sia preposto ad un ufficio avente autonomia gestionale". L'art. 15 del D.Lgs. 165/2001 appare sancire, di contro, che un tal tipo di riconoscimento debba essere attribuito solo ai dirigenti ed ai funzionari con qualifica dirigenziale ribadito dall'art. 2 del più recente D.Lgs. n° 81/2008 (Testo Unico);

→ dall'art. 3 del D.Lgs. n° 81/2008 (Testo Unico) nel quale si ribadisce che lo stesso "si applica a tutti i settori di attività, privati e pubblici, e a tutte le tipologie di rischio";

→ sempre all'art. 3 si dava un termine di "dodici mesi" affinché alcuni settori (tra cui settori pubblici quali, ad esempio, i servizi della protezione civile, le università, ecc.) potessero pervenire all'individuazione delle "effettive particolari esigenze connesse al servizio espletato o alle peculiarità organizzative" al fine dell'emanazione di mirati Decreti Ministeriali.

L'insieme di queste norme pone al centro di tutto il "sistema" il **DOCUMENTO DI VALUTAZIONE DI TUTTI I RISCHI PER LA SALUTE E LA SICUREZZA (art. 28)** da cui far derivare la **SORVEGLIANZA SANITARIA** (con il controllo della **VIGILANZA** effettuata dai **SERVIZI DI PREVENZIONE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO delle ASL**) e la conseguente copertura assicurativa previdenziale presso l'INAIL.

In una dimensione nella quale il cerchio dell'intervento sanitario e previdenziale si chiude con una contiguità ed una interrelazione dei quattro archi rappresentati da (1) **PREVENZIONE**, (2) **DIAGNOSI E TERAPIA**, (3) **RIABILITAZIONE** e (4) **MEDICINA LEGALE** per un continuo aggiornamento dei "rischi" e, di conseguenza, della identificazione delle nuove "malattie professionali" da tabellare (compito annuale dell'INAIL) o "da lavoro".

E' su questa scena normativa ed organizzativa che va rivisitata la materia previdenziale per cui - esclusi alcuni particolari settori del 'pubblico impiego' - mi sembra che ormai le sovrapposizioni tra 'settore pubblico' e 'settore privato' siano divenute tali da non poter più sostenere importanti difformità (a mio avviso anche di dubbia costituzionalità) tra la tutela previdenziale del 'lavoratore pubblico' e del 'lavoratore privato'.

Queste novità devono trovare un primo riscontro nell'assetto delle definizioni per le quali mi sembra opportuno annotare, in breve, identità e diversità tra la normativa INAIL e quella della "CAUSALITA' DI SERVIZIO".

D.P.R. 30 giugno 1965, n°1124

Articolo 2:

"... l'assicurazione comprende tutti i casi di infortunio avvenuti per causa violenta in occasione di lavoro, da cui sia derivata la morte o una inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero un'inabilità temporanea assoluta che importi l'astensione dal lavoro per più di tre giorni ...".

La causa violenta: l'elemento eziologico

La causa violenta produttiva dell'infortunio lavorativo è rappresentata da agenti esterni, dotati di idoneità lesiva e di concentrazione orologio. È quest'ultima che differenzia l'infortunio dalla malattia professionale.

L'esteriorità della causa è propria delle azioni nocive estranee all'organismo dell'infortunato, che operano "ab extrinseco".

L'idoneità lesiva, va intesa nel senso che la capacità di provocare l'infortunio è ammessa per tutte quelle azioni anomali rispetto al regolare andamento del lavoro, capaci di produrre lesioni corporali da cui derivi la morte o un'inabilità.

La concentrazione orologio, cioè la causalità concentrata nel tempo, si riferisce alla durata del contatto tra l'agente esterno e l'organismo del lavoratore (un turno lavorativo di otto ore).

Le cause preesistenti, simultanee o sopravvenute, non escludono l'indennizzabilità dell'infortunio. Di fatto l'infortunio può essere determinato da una sola causa oppure da un concorso di cause, la cui presenza può agire in vario modo, cioè come concausa d'infortunio, di lesione o di inabilità.

L'occasione di lavoro: l'elemento circostanziale

L'occasione definisce il rapporto eziologico: il lavoro deve aver creato la condizione che ha permesso alla causa accidentale di divenire causa lesiva.

La pericolosità del lavoro costituisce la presunzione dell'esistenza del rischio e il fondamento dell'assicurazione stessa.

Il rischio professionale è l'elemento fondamentale su cui si basa, quindi, l'assicurazione obbligatoria poiché è il lavoro che reca in sé il movente dell'azione lesiva, nonostante la previsione e la realizzazione di misure di prevenzione.

IL RISCHIO PUÒ ESSERE DI TRE SPECIE: GENERICO, GENERICO AGGRAVATO O SPECIFICO.

Il rischio generico è rappresentato da una situazione di pericolo che grava in egual misura sul lavoratore intento alla propria opera come su ogni altro individuo (esempio: rischio di catastrofe naturale).

Il rischio generico aggravato è quello che incombe su ogni cittadino, ma grava in misura maggiore, per frequenza o entità, su coloro che disimpegnano determinate attività lavorative (lavoratore addetto alla manutenzione di strade).

Il rischio specifico è quello strettamente inerente alle condizioni di determinate attività lavorative e incombe in modo esclusivo o nettamente preponderante su coloro che esplicano mansioni peculiari (lesioni da energia elettrica in addetto alla riparazione di circuiti elettrici).

MALATTIE PROFESSIONALI

Si definiscono malattie professionali o malattie del lavoro o tetrapatie i processi morbosi che derivano da un'esposizione protratta agli effetti nocivi del lavoro, cioè quelle manifestazioni cliniche dovute all'azione lenta e ripetuta nel tempo di agenti patogeni legati al lavoro stesso.

Diversa e più limitata è la nozione che si deduce dal T.U. 30 giugno 1965, n°1124 che comprende nell'assicurazione obbligatoria sole le "malattie professionali indicate nella tabella, contratte nell'esercizio e a causa delle lavorazioni specificate nella tabella stessa, che si manifestano entro il periodo massimo di indennizzabilità della cessazione del lavoro".

SISTEMA TABELLARE CHIUSO

SENTENZA DELLA CORTE COSTITUZIONALE

n° 179 DEL 18 FEBBRAIO 1988

Questa sentenza ha dichiarato incostituzionali le norme che limitano la tutela delle malattie professionali a quelle indicate tassativamente nelle tabelle del T.U. n° 1124 del 1965. Attualmente, l'assicurazione obbligatoria viene estesa ad ogni malattia diversa da quelle comprese nelle tabelle, causata da lavorazioni o da agenti patogeni diversi da quelli indicati nelle tabelle stesse, anche se manifestatosi oltre il periodo massimo di indennizzabilità dalla cessazione del lavoro, purché ne sia provata la causa di lavoro.

SISTEMA TABELLARE MISTO

CAUSALITA' DI SERVIZIO

Gli attuali inquadramenti normativi sono rappresentati da:

→ D.P.R. 10 gennaio 1957 n° 3 che con l'art. 35 del D.P.R. 3 maggio 1957 n° 686 ha introdotto la nozione di 'equo indennizzo', il diritto alla cura, al ricovero, alle protesi ed all'aspettativa per un periodo non superiore ai 18 mesi;

→ la L. 23 dicembre 1970 n° 1094 per l'equo indennizzo ai militari;

→ DD.PP.RR. 191/1979, 810/1980, 347/1983 e 268/1987 per il riconoscimento dei diritti anche al personale degli Enti Locali;

→ art. 55 della Legge 17 maggio 1999 con il quale venne dato delega al Governo di emanare regolamenti in materia e con il quale si individuavano, per l'INAIL, quattro gestioni separate (Industria, artigianato, terziario ed altre attività (tra le quali vennero individuati gli Enti Pubblici));

→ Con il D. Lgs. 23 febbraio 2000, n° 38 viene prevista, all'art. 1, la tutela INAIL anche per le "attività ... svolte dagli Enti Pubblici, compresi lo Stato e gli Enti Locali", con il conseguente inquadramento della valutazione del "danno biologico" collegato all'emanazione della successiva tabella del D.M. 12 luglio 2000.

→ D.P.R. n° 461 del 29.10.2001 con il quale è stato emanato l'attuale "Regolamento recante semplificazione dei procedimenti per il riconoscimento della dipendenza delle infermità da causa di servizio, per la concessione della pensione privilegiata ordinaria e dell'equo indennizzo nonché per il funzionamento e la composizione del comitato per le pensioni privilegiate ordinarie".

TUTELA INAIL

- in caso di doppia tutela vanno presentate entrambe le domande di riconoscimento (*denuncia all'INAIL entro il termine prescrizione di 3 anni e domanda di riconoscimento di causa di servizio all'amministrazione di appartenenza entro il termine di 6 mesi dalla conoscenza certa della malattia*);

- la denuncia all'INAIL non interrompe i termini per la presentazione della domanda di riconoscimento della causa di servizio;

- la doppia tutela esclude il doppio indennizzo/risarcimento: va dedotto dall'equo indennizzo ciò che il lavoratore percepisce in virtù di assicurazioni a carico della pubblica amministrazione.

Cassazione Civile, Sez. lavoro, 25 febbraio 2005, n° 4004

«La autonomia dei due distinti istituti della causa di servizio e della malattia professionale e dei relativi accertamenti ... non esclude che nella pratica si possa realizzare una vasta area di coincidenza del nesso causale della patologia con l'attività lavorativa sia ai fini dell'equo indennizzo che della malattia professionale»

"In entrambe le fattispecie, infatti, ben si può operare una *reductio ad unum* in tema di accertamento del nesso causale, atteso che il servizio o il lavoro devono costituire *condicio sine qua non* dell'infermità/lesione (e della conseguente menomazione), ovvero della malattia nella loro derivazione dal servizio o dal lavoro".

* BOLINO G., LISTA L.: *I verbosismi dialettici e valutativi nelle infermità pensabili nel pubblico impiego* Riv. It. Mod. Leg., 3:703, 2008.

CAUSA DI SERVIZIO

Per causa di servizio si intende la riconducibilità all'attività lavorativa (svolgimento del rapporto di servizio - dipendenza) di un fatto alterante l'equilibrio psico-fisico-sensoriale del pubblico dipendente.

Per la riconducibilità al servizio dell'infermità o lesione devono rinvenirsi i fatti di servizio o l'adempimento di obblighi di servizio con la correlata evidenziazione del rapporto causale o concasuale efficiente e determinante (art. 64, D.P.R. 29 dicembre 1973, n. 1092).

L'art. 2 D.P.R. n. 461/2001 prevede che si debbono verificare "conseguenze sull'integrità fisica, psichica o sensoriale e sull'idoneità al servizio".

L'art. 3 prevede la procedura d'Ufficio quando un dipendente "abbia riportato lesioni per certa o presunta ragione di servizio o abbia contratto infermità nell'esporre per obblighi di servizio a cause morbigena e dette infermità siano tali da poter divenire causa di invalidità o di altra menomazione dell'integrità fisica, psichica o sensoriale".

L'accertata dipendenza da causa di servizio dà luogo:

- per la malattia, alla conservazione del posto di impiego ed alla corresponsione dell'intera retribuzione fino a 36 mesi di assenza, comprensiva del trattamento accessorio;
- per l'infermità con menomazione della persona, all'equo indennizzo (art. 3, comma 2 D.P.R. n. 349/1994; art. 2, commi 2 - 6 D.P.R. n. 461/2001);
- per l'infermità con inidoneità assoluta e permanente a qualsiasi impiego e mansione (art 15, comma 3 D.P.R. 461/2001), alla risoluzione del rapporto di lavoro, con indennità sostitutiva di preavviso ed al pensionamento privilegiato.

Certamente la "causa di servizio" prevede ambedue gli eventi tutelati dall'INAIL ("DOPPIA TUTELA") prescindendo dalla professionalità del rischio per la quale è insito, nel rapporto di lavoro e nella mansione espletata, il "pericolo" di un eventuale evento dannoso.

Nella "causa di servizio" sono inquadrati sia i "fatti di servizio" che possono essere ricondotti a quelli tutelati dall'INAIL - oltre a quelli che possono comunque essere riconosciuti in base ad una valutazione di sussistenza del servizio quale concausa efficiente e determinante - sia quanto derivante dall'assolvimento degli "obblighi di servizio" che appaiono essere di specifica appartenenza al pubblico dipendente ed, in particolare, a coloro i quali assolvono a compiti di sicurezza dello Stato.

In tal senso si ritiene che vi sia:

→ UNA VASTA GAMMA DI TUTELA PREVIDENZIALE CHE POTREBBE ESSERE UNIFICATA NELL'AMBITO DELLA TUTELA INAIL:

INFORTUNI SUL LAVORO E MALATTIE PROFESSIONALI TABELLATE DA RICONDURRE A "FATTI DI SERVIZIO";

→ UN'ALTRA AMPIA GAMMA DI TUTELA PREVIDENZIALE CHE POTREBBE PERMANERE NELL'AMBITO DELLA CAUSALITÀ DI SERVIZIO:

"MALATTIE DA LAVORO" ED EVENTI DANNOSI DA RICONDURRE AGLI "OBBLIGHI DI SERVIZIO".



GRAZIE PER L'ATTENZIONE!

Il Comitato di Verifica per le Cause di Servizio: competenze e profili giuridici e medico-legali nell'unicità e definitività dell'accertamento

Alberto Avoli

Vicepresidente del Comitato di Verifica delle cause di servizio

Consigliere della Corte dei Conti

Si rimanda alla Sezione delle relazioni ed al correlato abstract.

Sperequazioni tra evoluzione clinica e staticità del sistema ABEF

Francesco Consigliere

Presidente C.M.V. del MEF di Brescia

Medaglia d'oro al merito della Sanità Pubblica

"L'accertamento della causalità di servizio e delle inabilità nel pubblico impiego: attualità e prospettive dopo un lustro di attività nelle nuove competenze delle Commissioni Mediche di Verifica del Ministero dell'Economia e Finanze"

Salerno, 18-19 giugno 2009

Sperequazioni tra evoluzione clinica e staticità del sistema ABEF

Dr. Francesco Consigliere

DPR 461/2001

"Regolamento recante semplificazione dei procedimenti per il riconoscimento della dipendenza delle infermità da causa di servizio, per la concessione della pensione privilegiata ordinaria e dell'equo indennizzo, nonché per il funzionamento e la composizione del comitato per le pensioni privilegiate"

L'oggetto della valutazione, nella formulazione del Legislatore, deve riguardare **"le conseguenze sull'integrità fisica, psichica o sensoriale e sull'idoneità al servizio"** (art. 2 comma 1) per la causa di servizio, ovvero **"una menomazione della integrità fisica e psichica o sensoriale"** (art. 2 comma 4) per l'equo indennizzo.

Tale valutazione viene però demandata a parametri valutativi utilizzati in passato e che appaiono oggi in tutta la loro insufficienza:

Tabelle A-B ex DPR 834/1981

Tabelle E ex L. 656/1986

✓ L'oggetto del danno nel sistema tabellare ABEF è la capacità lavorativa generica, entità assolutamente anacronistica in un panorama medico-legale incentrato sul danno biologico, parametro ascoltato anche dal Legislatore in ambito INAIL ormai da tempo

✓ Sistema valutativo pensato per la pensionistica di guerra, imperniato sulle perdite anatomiche (con voci ridondanti e spesso superflue) e sulla "motricità", che ignora quasi totalmente gli esiti funzionali delle infermità.

✓ Considerando i progressi della medicina, appare in tutta la sua inadeguatezza il doverci riferire a valutazioni legate a nozioni scientifiche di quasi trent'anni fa

✓ Mancata considerazione di interventi chirurgici (sia per patologia benigna che maligna), di esiti di trapianto, o di ausili protesici (valvole cardiache, protesi vascolari ed ortopediche ecc) tali da modificare radicalmente la prognosi *quoad vitam* e/o *quoad valetudinem*

✓ Assenza di riferimenti strumentali adeguati che permettano di graduare il danno (audiometria, campimetria, ecc)

✓ Totale assenza di riferimenti a lesioni o a patologie dell'apparato genitale femminile

✓ In molti casi valutazioni francamente eccessive pur tenendo conto dell'ottica di "privilegio"

Ipoacusia bilaterale (...) con **voce di conversazione gridata ad concham** (...)

Otite media purulenta cronica bilaterale con **voce di conversazione percepita ad concham**

Riduzione dell'udito unilaterale con **voce di conversazione da concham a metri uno**

Cardiopatie organiche (...) gravi al punto da richiedere l'applicazione di pace-maker o il trattamento con by-pass o la sostituzione valvolare

Nevrosi cardiaca grave e persistente

Scamando diverse infermità della VII o VIII categoria (di limitato potere invalidante) si può facilmente giungere a considerare un soggetto come **GRANDE INVALIDO** e ad ascrivere il cumulo delle infermità alla I o alla II categoria.

Ne discende un vero e proprio ANACRONISMO VALUTATIVO sortiero di pericolose sperequazioni in difetto o in eccesso aliene da qualsivoglia logica di equità.

VOCI PRIVE DI RIFERIMENTI FUNZIONALI

- ✓ **Tab. A, Voce n. 20, I categoria:** Cardiopatie organiche in stato di permanente scompenso o con grave e permanente **insufficienza coronarica ECG accertata**
- ✓ **Tab. A, Voce n. 9, IV categoria:** Le malattie di cuore senza sintomi di scompenso evidenti, ma con stato di latente insufficienza del miocardio
- ✓ **Tab. A, Voce n. 12, V categoria:** Le malattie organiche del cuore senza segni di scompenso
- ✓ **Tab. A, Voce n. 15, V categoria:** Le nefriti o le nefrosi croniche
- ✓ **Tab. A, Voce n. 17, VII categoria:** Bronchite cronica diffusa con modico enfisema

F. Consiglio, L. Micheli, A. Vercellotti, F. De Ferrari, "Prestazioni privilegiate ed equo indennizzo: tempo di ammissione?", *Medicina Legale Quaderni Casertani*, n. 1, 3-112, 2008

VOCI PRIVE DI RIFERIMENTI STRUMENTALI

- ✓ **Tab. A, Voce n. 21, IV categoria:** Le alterazioni organiche ed irreparabili di un occhio che ne abbiano prodotto cecità assoluta e permanente, con alterazioni pure irreversibili della visione periferica dell'altro, sotto forma di restringimento concentrico del campo visivo di tale grado da lasciarne libera soltanto la zona centrale o le zone più prossime al centro, oppure sotto forma di lacune di tale ampiezza da occupare metà del campo visivo stesso o settori equivalenti
- ✓ **Tab. A, Voce n. 20, VI categoria:** La diminuzione bilaterale permanente dell'udito, non accompagnata da affezioni purulente dell'orecchio medio, quando l'audizione della voce di conversazione sia ridotta alla distanza di 50 cm
- ✓ **Tab. A, Voce n. 31, VIII categoria:** Otite media purulenta cronica semplice

F. Consiglio, L. Micheli, A. Vercellotti, F. De Ferrari, "Prestazioni privilegiate ed equo indennizzo: tempo di ammissione?", *Medicina Legale Quaderni Casertani*, n. 1, 3-112, 2008

VOCI INADEGUATE

- ✓ **Tab. A, Voce n. 20, I categoria:** Cardiopatie organiche in stato di permanente scompenso o con grave e permanente **insufficienza coronarica ecg accertata**
- ✓ **Tab. A, Voce n. 10, IV categoria:** Calcoli renale bilaterale con accessi dolorosi frequenti e con **persistente compromissione** della funzione emuntoria
- ✓ **Tab. A, Voce n. 12, IV categoria:** **Faico-nevrosi** gravi (fobie persistenti)
- ✓ **Tab. A, Voce n. 1, VI categoria:** **Le cicatrici estese e profonde del cranio** con perdita di sostanza delle ossa in tutto il loro spessore, senza disturbi funzionali del cervello
- ✓ **Tab. A, Voce n. 14, VI categoria:** **Ulcera gastrica o duodenale, radiologicamente accertata**, o esiti di gastroenterostomia con neostoma ben funzionale

F. Consiglio, L. Micheli, A. Vercellotti, F. De Ferrari, "Prestazioni privilegiate ed equo indennizzo: tempo di ammissione?", *Medicina Legale Quaderni Casertani*, n. 1, 3-112, 2008

VOCI INADEGUATE

- ✓ **Tab. A, Voce n. 19, VII categoria:** **Nevrosi cardiaca** grave e persistente
- ✓ **Tab. A, Voce n. 27, VII categoria:** **Isteronevrosi** di media gravità
- ✓ **Tab. E, Voce H4:** Cardiopatie organiche in stato di permanente scompenso con grave e permanente **insufficienza coronarica ECG accertata** o gravi al punto da richiedere l'applicazione di pacemaker o il trattamento con by-pass o la sostituzione valvolare

F. Consiglio, L. Micheli, A. Vercellotti, F. De Ferrari, "Prestazioni privilegiate ed equo indennizzo: tempo di ammissione?", *Medicina Legale Quaderni Casertani*, n. 1, 3-112, 2008

VOCI PRIVE DI RIFERIMENTO A TERAPIA/PROTESI

- ✓ **Tab. A, Voce n. 21, I categoria:** Gli aneurismi dei grossi vasi arteriosi del collo e del tronco, quando, per sede, volume o grado di evoluzione, determinano assoluta incapacità lavorativa
- ✓ **Tab. A, Voce n. 6, II categoria:** La perdita di una gamba a qualunque altezza
- ✓ **Tab. A, Voce n. 8, IV categoria:** La lussazione irriducibile di una delle grandi articolazioni
- ✓ **Tab. A, Voce n. 17, VIII categoria:** Disturbi funzionali cardiaci persistenti (nevrosi, tachicardia, extra-sistolia)

F. Consiglio, L. Micheli, A. Vercellotti, F. De Ferrari, "Prestazioni privilegiate ed equo indennizzo: tempo di ammissione?", *Medicina Legale Quaderni Casertani*, n. 1, 3-112, 2008

VOCI ECCESSIVAMENTE GENERICHE

- ✓ **Tab. A, Voce n. 19, II categoria:** Le affezioni gravi e permanenti degli organi empoietici
- ✓ **Tab. A, Voce n. 10, III categoria:** L'epilessia con manifestazioni frequenti
- ✓ **Tab. E, Voce E2:** Tubercolosi o altre infermità gravi al punto da determinare una assoluta e permanente incapacità a qualsiasi attività fisica e da rendere necessaria la continua o quasi continua degenza a letto

F. Consiglio, L. Micheli, A. Vercellotti, F. De Ferrari, "Prestazioni privilegiate ed equo indennizzo: tempo di ammissione?", *Medicina Legale Quaderni Casertani*, n. 1, 3-112, 2008

VALUTAZIONI ECCESSIVE

DPR 834/1981	BARGAGNA ET AL.	INVAL CIVILE	INAIL 38/2000	MACRO PERM.
Il diabete mellito ed il diabete insipido estrambi di notevole gravità (A, n.25, I) 81-100%	10-20%	46%	≤ 25%	10-25%
Castrazione e perdita presoché totale del pene (A, n.27, I) 81-100%	14-60%	20-40%	≤ 50%	20-60%
Labirintiti e labirintosi con stato vertiginoso grave e permanente (A, n.8, III) 71-75%	25%	40%	≤ 18%	25%

F. Consiglio, L. Michel, A. Vercellotti, F. Di Ferranti, "Pensionistica privilegiata ed equo indennizzo tempo di armonizzazione?", *Medicina Legale Quotidiani Casareti*, n. 1, 3-112, 2008

VALUTAZIONI ECCESSIVE

DPR 834/1981	BARGAGNA ET AL.	INVAL CIVILE	INAIL 38/2000	MACRO PERM.
Pansinusiti purulente croniche bilaterali con nevralgia del trigemino (A, n.14, IV) 61-70%	25-55%	20-40%	25-40%	7-20%
Le malattie organiche del cuore senza segni di scompenso (A, n.12,V) 51-60%	< 10%	11-30%	≤ 10%	< 10% (Micro perm.)
Nefrectomia con integrità del rene superiore (A, n.16, VI) 41-50%	15%	25%	18%	15%
Gli esiti di pleurite basale o apicale monolaterali di sospetta natura tubercolare (A, n.15, VIII) 20-30%	2-5%	< 11%	≤ 5%	1-3% (Micro perm.)

F. Consiglio, L. Michel, A. Vercellotti, F. Di Ferranti, "Pensionistica privilegiata ed equo indennizzo tempo di armonizzazione?", *Medicina Legale Quotidiani Casareti*, n. 1, 3-112, 2008

L'esigenza di un intervento appare ormai innegabile: se non come radicale rifacimento nell'ottica del danno biologico delle tabelle annesse al DPR 834/1981, quantomeno sotto forma di un'attenta revisione delle stesse con modifica e aggiornamento degli aspetti più deficitari

"Il danno alla salute, e non già l'incapacità lavorativa generica, rappresenta l'unità di misura che deve potere essere applicata al fine del riconoscimento dell'indennizzo... inteso... come menomazione dell'integrità psico-fisica in sé e per sé considerata... La tabella A annessa al T.U., come modificato dal D.P.R. n. 834 del 1981, non comprende, ovvero vi attribuisce scarsa considerazione, i deficit funzionali degli organi interni, né riporta patologie o condizioni comunque invalidanti che sarebbero state definite solo alcuni anni più tardi, come ad esempio l'infezione da HIV"

Cassazione civile sez. lavoro, 4 maggio 2007, n. 10214

Di fronte ad una realtà così deficitaria, come quella che si è cercato di delineare, pare logico giungere alla formulazione di nuove tabelle per la pensionistica privilegiata. Questo presuppone una rivisitazione organica e radicale di tutta la valutazione del "privilegio".

Nelle more di un compiuto riassetto del sistema si può ipotizzare il ricorso a sistemi tabellari di legge imperniati sul "danno biologico", seguendo l'evoluzione che si è avuta in ambito INAIL con il decreto n. 38/2000, che potrebbe rappresentare un buon modello a cui tendere in un'ottica di sostanziale riforma della pensionistica privilegiata.

Infatti, pur in un contesto di carattere indennitario, quale quello relativo all'istituto in questione, il Legislatore nel Decreto 38/2000 ha recepito la necessità della tutela dell' "integrità psico-fisica" del lavoratore quale diritto costituzionalmente garantito e tutelato.

Un intervento così radicale avrebbe anche il merito di dare un importante contributo all'esigenza di armonizzare il panorama valutativo italiano, che troppo spesso appare afflitto da una totale mancanza di uniformità di giudizio riguardo alla valutazione di una stessa menomazione nei diversi ambiti valutativi, e alla volontà di integrare i sistemi pensionistici al fine di raggiungere un'unica tabella di legge fondata sulla valutazione del danno biologico.

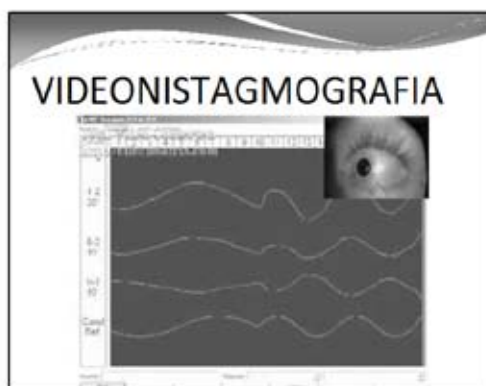
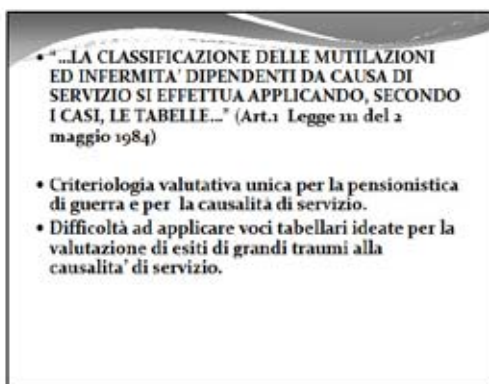
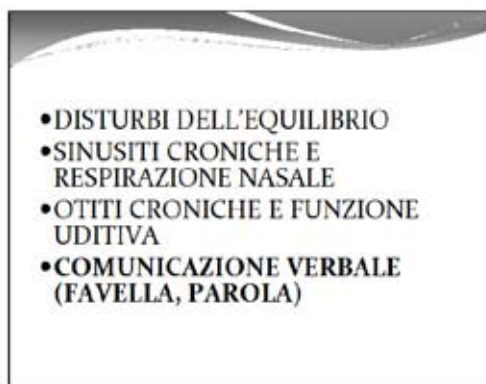
È evidente che una scelta "rivoluzionaria" di questo tipo, prevede un impegno notevole sotto vari profili, data la complessità della materia da riformare.

Grazie per l'attenzione

Patologie otorinolaringoiatriche e Sistema ABEF

Domenico Porpora

Componente Commissione Medica di Verifica di Napoli



PATOLOGIA IN TABELLA	DPR 81/81	INAIL	INV. CIV.
LABIRINTITE LABIRINTOSI CONSTATO VESTIGINOSO GRAVE E PERMANENTE	TAB A CAT III (10-15%)	4% SINDROME DEFICITARIA UNILATERALE MAL COMPENSATA	4% VERTIGINE DI GRANDI CISI PAROSSISTICHE
LABIRINTITE LABIRINTOSI CONSTATO VESTIGINOSO DI MEDIA GRAVITA'	TAB A CAT IV (16-19%)	4% SINDROME DEFICITARIA UNILATERALE MAL COMPENSATA	4% VERTIGINE DI GRANDI CISI PAROSSISTICHE

D.M. 5 FEBBRAIO 1992

COD	APPARATO VESTIBOLARE	%
4101	SINDROME VESTIBOLARE CENTRALE	11 - 20
4102	SINDROME VESTIBOLARE DEFICITARIA BILATERALE	31 - 40
4103	SINDROME VESTIBOLARE UNILATERALE BEN COMPENSATA	6
4104	SINDROME VESTIBOLARE DEFICITARIA UNILATERALE MAL COMPENSATA	21 - 30
4105	VERTIGINE BEN SISTEMATIZZATA	1 - 10
4106	VERTIGINE E NISTAGMO DI POSIZIONE (VERTIGINE OTOLITICA POSIZIONALE)	11 - 20
4107	VERTIGINI IN GRANDI CISI PAROSSISTICHE	31 - 40

Danno biologico in caso di infortunio sul lavoro e di malattie professionali

314	VERTIGINE PAROSSISTICA POSIZIONALE BENIGNA	FINO A 4%
315	SINDROME LABIRINTICA DEFICITARIA UNILATERALE O BILATERALE IN ACCETTABILE COMPENSO	FINO A 5%
316	SINDROME LABIRINTICA DEFICITARIA UNILATERALE MAL COMPENSATA	FINO A 10%
317	SINDROME VESTIBOLARE CENTRALE DISARMONICA	FINO A 18%

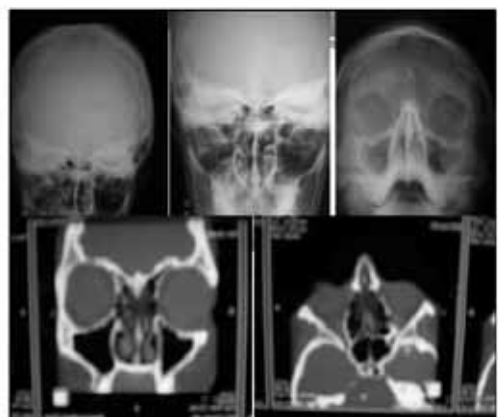
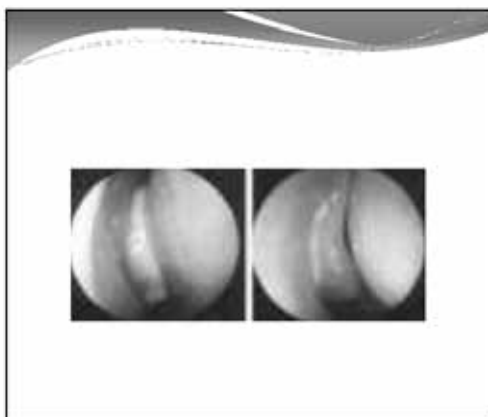
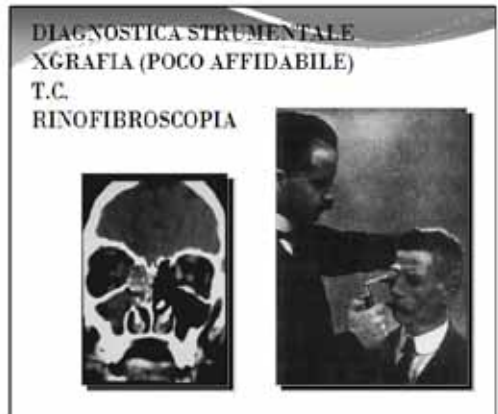
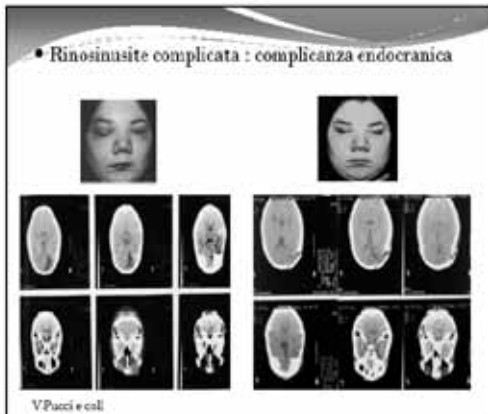
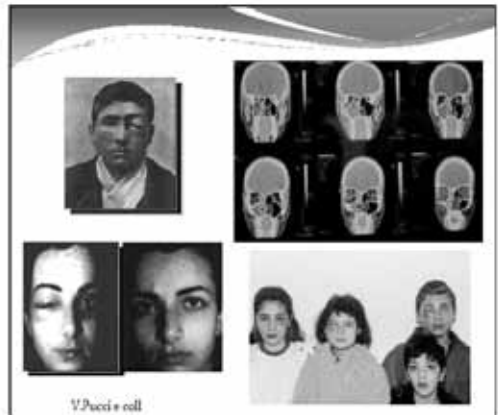
FOCUS

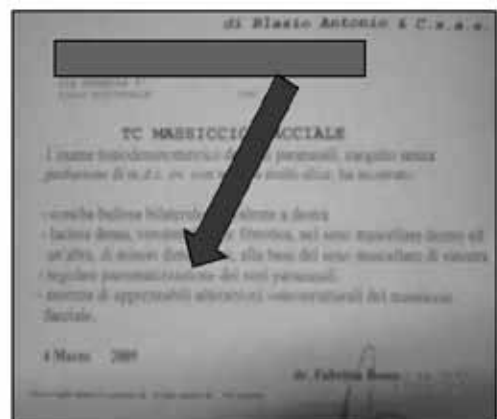
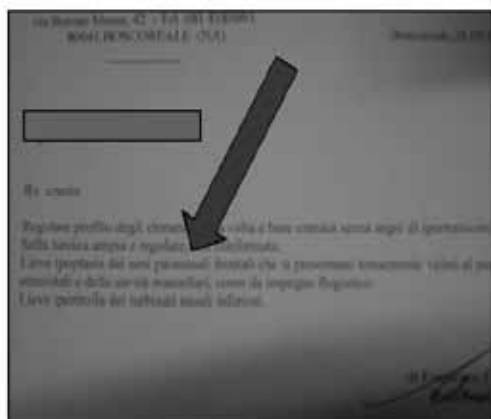
- NELLE VERTIGINI VESTIBOLARI, PARTICOLARMENTE NEI GIOVANI, VI E' QUASI SEMPRE UN COMPENSO;
- E' NECESSARIO FARE RIFERIMENTO A TEST OBIETTIVI CHE DOCUMENTINO LA PATOLOGIA LABIRINTICA;
- LABIRINTOPATIE TRAUMATICHE;
- LABIRINTOPATIE TOSSICHE;



PATOLOGIA IN TABELLA	DPR 81/81	INAIL	INV. CIV.
STENOSI BILATERALE DEL NASO DI NOTEVOLE GRADO	TAB A CAT VIII 20-30%	18%	p.a. 11-20
STENOSI NASALE UNILATERALE DI NOTEVOLE GRADO	TAB B	8%	8%

PATOLOGIA IN TABELLA	DPR834/81	INAIL	INV. CIV.
PANSINUSITI PURULENTE CRONICHE BILATERALI CON NEURALGIA DEL TRIGEMINO	TAB A CAT IV (61-70%)	SINUSOPATIA CRONICA ETMOIDO-SFENOIDALE O FRONTALE A SECONDA DEI SINTOMI E DELL'IMPEGNO DEL SENO: 7%	15%
SINUSITI PURULENTE CRONICHE O VEGETANTI CON NEURALGIA	TAB A CAT VI 41-50%	7%	15%





- **Fattori locali** che contribuiscono alla diminuzione o ostruzione del drenaggio sinusale
- Deviazione del setto nasale
- Ipertrofia turbinati medi
- Conca bullosa
- Turbinato medio paradossale
- Edema del complesso ostio-meatale
- Bulla etmoidale ipertrofica

Deviated septum Swollen tissues

V. Pucci e coll. modificata



OTTI CRONICHE E FUNZIONE UDIVIVA

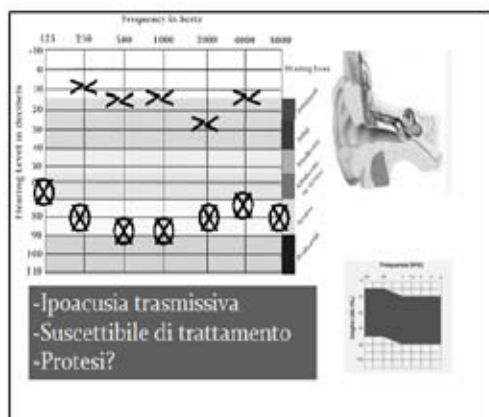
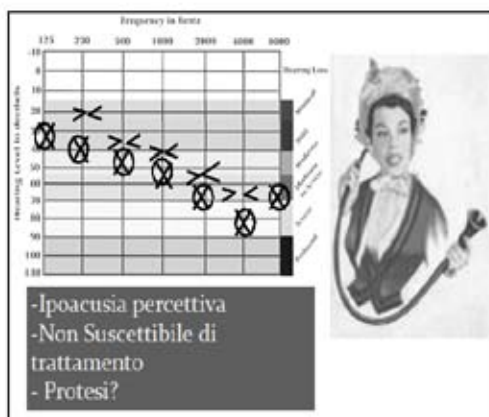
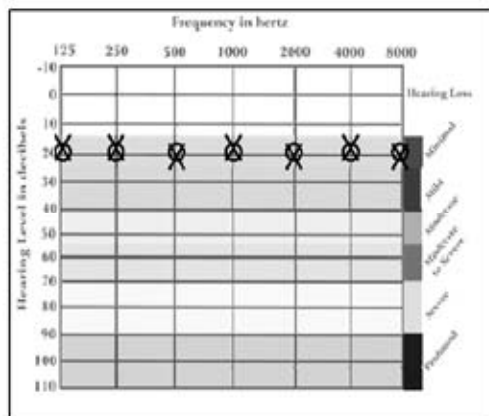
Ludwig van Beethoven

PATOLOGIA IN TABELLA	DPES ₃₄ /Si	INAIL	INV. CIV.
IPPOACUSIA BILATERALE SUPERIORE AL 90% CON VOCE DI CONVERSAZIONE GRIDATA AD CONCHIAM SENZA AFFEZIONI PURULENTE DELL'ORECCHIO MEDIO	TAB A CAT 2 ^a (76-80%)	50 - 60%	60%
OTITE MEDIA PURULENTE CRONICA BILATERALE CON VOCE DI CONVERSAZIONE PERCEPITA AD CONCHIAM	TAB A CAT 4 ^a (66-70%)	DEFICIT UDIVIVO	20% DEFICIT UDIVIVO
OTITE MEDIA PURULENTE CRONICA BILATERALE CON COMPLICAZIONI (CARIE DEGLI OSSICOLI, ESCLUSA QUELLA LIMITATA AL MANTICO DEL MARTELLO, COLESTEAOMI, GRANULOMI)	TAB A CAT 4 ^a (66-70%)	DEFICIT UDIVIVO	20% DEFICIT UDIVIVO

PATOLOGIA IN TABELLA	DPR 334/81	INAIL	INV. CIV.
OTITE MEDIA PURULENTA CRONICA BILATERALE SENZA COMPLICAZIONI CON VOCE DI CONVERSAZIONE PERCEPITA A 50 CM - ACCERTATA CON ESAME AUDIOMETRICO.	TAB A CAT V 51-60%	20% + Deficit uditivo	20% + Deficit uditivo
OTITE MEDIA PURULENTA CRONICA UNILATERALE CON COMPLICAZIONI.	TAB A CAT V 51-60%	ORIENTATIVO	ORIENTATIVO
LA DIMINUIZIONE BILATERALE PERMANENTE DELL'UDITO NON ACCOMPAGNATA DA AFFEZIONI PURULENTE DELL'ORECCHIO MEDIO, QUANDO LA VOCE DI CONVERSAZIONE SIA RIDOTTA AD CONCHAM	TAB A CAT V 51-60%	ORIENTATIVO	ORIENTATIVO

PATOLOGIA IN TABELLA	DPR 334/81	INAIL	INV. CIV.
LA DIMINUIZIONE BILATERALE PERMANENTE DELL'UDITO NON ACCOMPAGNATA DA AFFEZIONI PURULENTE DELL'ORECCHIO MEDIO, VOCE A 50 CM.	TAB A CAT VI 41-50%	20-30%	20-30%
LA DIMINUIZIONE BILATERALE PERMANENTE DELL'UDITO NON ACCOMPAGNATA DA AFFEZIONI PURULENTE DELL'ORECCHIO MEDIO, QUANDO L'AUDIZIONE DELLA VOCE DI CONVERSAZIONE SIA RIDOTTA AD UN METRO, ACCERTATA CON ESAME AUDIOMETRICO	TAB A CAT VII 31-40%	10-20%	10-20%
ESITO DI INTERVENTO RADICALE (ANTROTIOTOMIA) CON VOCE DI CONVERSAZIONE PERCEPITA A NON MENO DI UN METRO	TAB A CAT VII 31-40%	10% DEFICIT Uditivo 10-15%	10% DEFICIT Uditivo 10-15%

PATOLOGIA IN TABELLA	DPR 334/81	INAIL	INV. CIV.
PERDITA DI UN FASCIOLONE ARIECOLARE	TAB A CAT VIII 20-30%	8%	10% PROT. INDEFINITE
SORDITA UNILATERALE ASSOLUTA E PERMANENTE O IPOACUSIA UNILATERALE CON PERDITA Uditiva SUPERIORE AL 20% ACCERTATA CON ESAME AUDIOMETRICO	TAB A CAT VIII 20-30%	10%	10%
LA DIMINUIZIONE BILATERALE PERMANENTE DELL'UDITO (NON OTITE PURULENTE), QUANDO L'AUDIZIONE DELLA VOCE SIA RIDOTTA A DUE METRI, ACCERTATA CON ESAME AUDIOMETRICO	TAB A CAT VIII 20-30%	10-15%	10-15%
OTITE MEDIA PURULENTA CRONICA SEMPLICE	TAB A CAT VIII 20-30%	?	?
REDUZIONE UNILATERALE DELL'UDITO CON VOCE DI CONVERSAZIONE AD CONCHAM ANT 1	TAB B	5% CIRCA	5% CIRCA



AUDIOMETRIA

METODICHE OBIETTIVE (ABR)

NECESSITA' DI TABELLE
DI VALUTAZIONE



«Sentiamo tutto e capiamo nulla della loro lingua»
«Non capiamo nulla e non fanno la lingua»

COMUNICAZIONE VERBALE

- SORDITA' ORGANICA ASSOLUTA E PERMANENTE ACCERTATA CON ESAME AUDIOMETRICO QUANDO SI ACCOMPAGNI ALLA PERDITA O A DISTURBI GRAVI E PERMANENTI DELLA **FAVELLA** O A DISTURBI DELLA SFERA PSICHICA E DELL'EQUILIBRIO STATICO-DINAMICO

TABELLA A CATEGORIA 1[^]
TABELLA E (H)

- LE DISTRUZIONI DI OSSA DELLA FACCIA, SPECIE DEI MASCELLARI E TUTTI GLI ALTRI ESITI DI LESIONE GRAVE DELLA FACCIA STESSA E DELLA BOCCA TALI DA MENOMARE NOTEVOLMENTE LA MASTICAZIONE, LA DEGLUTIZIONE O LA FAVELLA OPPURE DA APPORTARE EVIDENTI DEFORMITA', NONOSTANTE LA PROTESI

TABELLA A CATEGORIA 1[^]

ESITI DI LARINGECTOMIA TOTALE

- AFONIA
- IMPATTO SULLA RESPIRAZIONE

TABELLA A
CATEGORIA 1[^]

INVALIDITA' CIVILE 75%-80%

PATOLOGIA IN TABELLA	DPR34/86	INAIL	INV. CIV.
TUTTE LE ALTRE LESIONI O AFFEZIONI ORGANICHE DELLA LARINGE E/O DELLA TRACHEA CHE ARRECHINO GRAVE E PERMANENTE DISSESTO DELLA FUNZIONE RESPIRATORIA	TAB A CAT II (76-80%)	?	?
PERDITA DELLA LINGUA	TAB A CAT II (76-80%)	?	71%- 80%

TABELLA A CATEGORIA 8^A

- GLI ESITI DELLE LESIONI BOCCALI CHE PRODUCANO DISTURBI DELLA MASTICAZIONE, DELLA DEGLUTIZIONE

O DELLA PAROLA, CONGIUNTAMENTE O SEPARATAMENTE

CHE PER LA LORO ENTITA' NON SIANO DA ASCRIVERE A CATEGORIE SUPERIORI.

DISFONIA

820.000
DOCENTI IN ITALIA

- Araújo TM, Reis EJ, Carvalho FM, Porto LA, Reis JC, Andrade JM.
- Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Brazil.

This study aimed to identify risk factors for voice disorders (hoarseness in the previous six months as an initial manifestation, and vocal cord nodules as a more severe manifestation of overt disease) among teachers. The cross-sectional study included 76 women teachers from elementary and middle schools in the public school system in Vitória da Conquista, Bahia State, Brazil. Data were collected using a self-applied, standardized questionnaire. Hoarseness in the previous six months was reported by 59.2% of teachers and vocal cord nodules by 12.9%.

Lagrange regression techniques showed that hoarseness was statistically associated with > 14 classroom hours per week, work in more than one school, and having to make an effort to speak. Vocal cord nodules were associated with working > 5 years as a teacher, work in more than one school, working at another job besides teaching, and having to make an effort to speak. In conclusion, voice disorders are frequent among schoolteachers and are associated with multiple occupational risk factors, besides purely biological ones.

- PMID: 1642742 (PubMed - indexed for MEDLINE)

D.M. 5 FEBBRAIO 1992

D.M. 5 FEBBRAIO 1992	VALORI %
DISFONIA CRONICA LIEVE	1 - 10
DISFONIA CRONICA MEDIA	11 - 20
DISFONIA CRONICA GRAVE	21 - 30

PROPOSTA DI CRITERI VALUTATIVI DELLA DISFONIA NELL'AMBITO DELLA INVALIDITA' CIVILE, D'ALATRI et. Al., 1997

DISFONIA LIEVE	IL SOGGETTO PUO' SOSTENERE TUTTE LE SITUAZIONI COMUNICATIVE ANCHE LE PIU' VIVE IN SITUAZIONI AMBIENTALI SIA VOCE/LETTA IL MESSAGGIO VOCALE PUO' RICHIEDERE UN MAGGIORE SFORZO, L'INTELLIGIBILITA' DEL MESSAGGIO E' COMUNQUE SEMPRE ADEGUATA
DISFONIA MODERATA	IL SOGGETTO PUO' SOSTENERE LE SITUAZIONI COMUNICATIVE ORDINARIE SIA INCONTRA DIFFICOLTA' IN SITUAZIONI FAVOREVOLI AD ESERCIPIO QUANDO SONO AUMENTATI IL RUMORE AMBIENTALE O LA DISTANZA DELL'INTERLOCUTORE. IN TALI CASI, NON COSTANTE LO SFORZO FONATORIO, L'INTELLIGIBILITA' DEL MESSAGGIO PARZIALMENTE COMPROMESSA
DISFONIA GRAVE	IL SOGGETTO INCONTRA DIFFICOLTA' GRAVI ANCHE IN SITUAZIONI COMUNICATIVE ORDINARIE, TANTO CHE LA SUA PRODUZIONE VERBALE RISULTA SCARSAMENTE CAPACAMENTE INTELLIGIBILE ANCHE NEL DIRETTO CONTATTO CON L'INTERLOCUTORE
AFONIA	IL SOGGETTO NON E' IN GRADO DI SOSTENERE ALCUNA SITUAZIONE COMUNICATIVA

American Medical Association

- **Classe I (disfonia lieve):** il contatto verbale è sufficiente per molti bisogni della comunicazione quotidiana, la voce è udibile in situazioni normali, mentre è disturbata l'udizione in ambienti rumorosi (10-20%).
- **Classe II (disfonia media):** il contatto verbale è sufficiente solo a distanza ravvicinata ed è considerevolmente difficoltoso in ambienti rumorosi: la voce si stanca facilmente e la disfonia si aggrava dopo pochi secondi (20-30%).
- **Classe III (disfonia grave):** la voce è d'intensità minima, sufficiente solo per pochi bisogni quotidiani, distinguibile come sussurro al telefono, impedito il contatto verbale (30-40%).

D. LEG. 23/02/2000 N 38

E D.M. 12/2000

N	MENOMAZIONI	%
375	ESITI DI LESIONI TRAUMATICHE O MALATTIA CRONICA DEL LARINGE CHE INCIDONO APPREZZABILMENTE SULLA FUNZIONE FONATORIA DISFONIA LEGGERA: FINO AL 5% DISFONIA MODERATA: DAL 5 AL 10%	FINO AL 12%
376	ESITI DI LESIONI TRAUMATICHE O MALATTIA CRONICA DEL LARINGE CHE DETERMINANO UNA DISFONIA MOLTO GRAVE O VERO SUBTOTALE DISFONIA IMPORTANTE: DAL 10 AL 20% DISFONIA MOLTO GRAVE O AFONIA COMPLETA DAL 20 AL 30%	FINO AL 30%

- **Class 1:** Voice/speech impairment should not result in significant change in ability to perform necessary occupational functions. Little or no voice/speech required for most daily occupational requirements. Examples: manuscript typist, data-entry clerk, copy editor.
- **Class 2:** Voice/speech is a necessary component of daily occupational responsibilities, but not the principal focus of the individual's occupation. Impairment of voice or speech may make it difficult or impossible for the individual to perform his or her occupation at his or her pre-impairment level. Examples: stock broker, non-trial attorney, supervisor in a noisy shop.
- **Class 3:** Voice/speech are the primary occupational asset. Impairment seriously diminishes the individual's ability to perform his or her job, or makes it impossible to do so. Examples:
classroom teacher, trial attorney, opera singer, broadcast announcer.

Speech impairment related to impairment of the whole person. Sataloff e Abaza, 2000

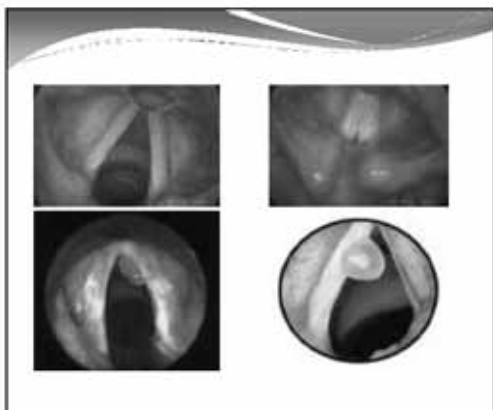
% Speech Impairment	% Impairment of the Whole Person Occupational Class 1	% Impairment of the Whole Person Occupational Class 2	% Impairment of the Whole Person Occupational Class 3
0	0	0	0
5	2	4	5
10	4	8	10
20	7	14	20
30	10	20	30
40	14	28	40
50	18	36	50
100	35	70	97



VOCE BRUTTA: PATOLOGIA NON RISRCONTRATA!



BRUTTA VOCE: PROLASSO DELLE CORDE VOCALI
TABELLA A CATEGORIA 8[^]



CONCLUSIONI

IL SISTEMA AREF È SENZ'ALTRO UTILIZABILE NELLA VALUTAZIONE DEI QUADRI PATOLOGICI OTORINOLARINGOLATRICI COMPLESSI E GRAVI, PARTICOLARMENTE POST-TRAUMATICI.

NECESSITA' DI UNA AMPIA REVISIONE AL FINE DI CONSENTIRE UNA CORRETTA VALUTAZIONE DELLE PATOLOGIE UDITIVE, VESTIBOLARI, SINUSALI LA CUI EVOLUZIONE E GRAVITA' È STATA PROFONDAMENTE MODIFICATA DALL'INNOVAZIONE IN AMBITO DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO.

I DISTURBI DEL LINGUAGGIO E IN PARTICOLARE LA DISFONIA, PER LA ALTA INCIDENZA IN ALCUNE CATEGORIE PROFESSIONALI, DOVREBBERO ESSERE OGGETTO DI SPECIFICA VALUTAZIONE.

Patologie neuropsichiatriche e Sistema ABEF

Antonello Crisci

Professore Associato di Medicina Legale, Seconda Università degli Studi di Napoli

Seconda Università degli Studi di Napoli
Dipartimento di Medicina Pubblica,
Clinica e Preventiva

*Patologie Neuropsichiatriche e
Sistema ABEF*

Antonello Crisci
Professore Associato di Medicina Legale
Direttore del Master di II Livello in
Scienze socio-Penitenziarie e
Criminologiche

18 giugno 2009, ore 17,40

LA CAUSA E LA CONCAUSA DI SERVIZIO

NELLE PATOLOGIE DI INTERESSE

NEUROPSICHIATRICO:

QUALI FATTI?

QUALI CAUSE?

QUALI CRITERI?

Secondo la concezione iniziale, la causa di servizio si identificava come qualunque fatto richiesto dal servizio stesso ed avente in sé il pericolo della lesione o dell'infermità, tanto che le pensioni privilegiate spettavano solo quando il servizio avesse costituito la causa unica, diretta ed immediata della infermità, della lesione o della morte. Questo concetto, molto rigido e facilmente applicabile alle lesioni di natura traumatica, non risultava altrettanto facilmente applicabile a tutti gli altri eventi morbosi, che spesso sono conseguenti alla successione di più fattori concorrenti (in particolare a quelli di pertinenza neuropsichiatrica).

Di conseguenza, la dottrina dominante e la giurisprudenza hanno da tempo equiparato alla causa di servizio le concause di servizio.

Tale concetto della concausalità di servizio è stato definitivamente recepito nella legislazione pensionistica italiana con il D.P.R. 29/12/1973, il cui art. 64, 3° cpv., sancisce che le infermità o lesioni si considerano dipendenti da fatti di servizio solo quando questi ne siano stati causa ovvero concausa efficiente e determinante.

**MA LA CONCAUSA NON E' EVENTO NECESSARIO MA
NON SUFFICIENTE?**

**C'E' DIFFERENZA TRA "EFFICIENTE" E
"SUFFICIENTE"?**

QUALE

RISCHIO GENERICO AGGRAVATO

O

RISCHIO SPECIFICO

PER LE PATOLOGIE DI INTERESSE

NEUROPSICHIATRICO?

MALATTIE NEUROPSICHIATRICHE

E

SISTEMA ABEF

*(D.P.R. 915/1978 e successive modifiche
ed integrazioni)*

PATOLOGIE DI INTERESSE PSICHIATRICO

Tabella A	Tabella E
<p>• Prima categoria (punto 1): "Tutte le alterazioni della funzionalità cerebrale caratterizzate, almeno parzialmente, da disturbi della coscienza, dell'attività psichica, dell'attività psicomotoria, dell'attività affettiva, dell'attività intellettiva, dell'attività sessuale, dell'attività endocrina, dell'attività riproduttiva e dell'attività somatica".</p>	<p>• Lettera A: "Alterazioni della funzionalità cerebrale in condizioni di coscienza, dell'attività psichica, dell'attività psicomotoria, dell'attività affettiva, dell'attività intellettiva, dell'attività sessuale, dell'attività endocrina, dell'attività riproduttiva e dell'attività somatica".</p>
<p>• Quarta categoria (punto 12): "Disturbi gravi della personalità".</p>	<p>• Lettera E: "Alterazioni della funzionalità cerebrale in condizioni di coscienza, dell'attività psichica, dell'attività psicomotoria, dell'attività affettiva, dell'attività intellettiva, dell'attività sessuale, dell'attività endocrina, dell'attività riproduttiva e dell'attività somatica".</p>
<p>• Setta categoria (punto 17): "Disturbi gravi della personalità".</p>	<p>• Lettera F: "Alterazioni della funzionalità cerebrale in condizioni di coscienza, dell'attività psichica, dell'attività psicomotoria, dell'attività affettiva, dell'attività intellettiva, dell'attività sessuale, dell'attività endocrina, dell'attività riproduttiva e dell'attività somatica".</p>
<p>• Ottava categoria (punto 24): "Disturbi gravi della personalità".</p>	<p>• Lettera G: "Tutte le alterazioni della funzionalità cerebrale caratterizzate, almeno parzialmente, da disturbi della coscienza, dell'attività psichica, dell'attività psicomotoria, dell'attività affettiva, dell'attività intellettiva, dell'attività sessuale, dell'attività endocrina, dell'attività riproduttiva e dell'attività somatica".</p>

PATOLOGIE DI INTERESSE NEUROLOGICO

Tabella A	Tabella E
<p>• Prima categoria (punto 2): "Le lesioni del sistema nervoso centrale e periferico che producono disturbi della coscienza, dell'attività psichica, dell'attività psicomotoria, dell'attività affettiva, dell'attività intellettiva, dell'attività sessuale, dell'attività endocrina, dell'attività riproduttiva e dell'attività somatica".</p>	<p>• Lettera A (punto 3): "Lesioni del sistema nervoso centrale e periferico che producono disturbi della coscienza, dell'attività psichica, dell'attività psicomotoria, dell'attività affettiva, dell'attività intellettiva, dell'attività sessuale, dell'attività endocrina, dell'attività riproduttiva e dell'attività somatica".</p>
<p>• Seconda categoria (punto 3): "Le lesioni del sistema nervoso centrale e periferico che producono disturbi della coscienza, dell'attività psichica, dell'attività psicomotoria, dell'attività affettiva, dell'attività intellettiva, dell'attività sessuale, dell'attività endocrina, dell'attività riproduttiva e dell'attività somatica".</p>	<p>• Lettera B: "Lesioni del sistema nervoso centrale e periferico che producono disturbi della coscienza, dell'attività psichica, dell'attività psicomotoria, dell'attività affettiva, dell'attività intellettiva, dell'attività sessuale, dell'attività endocrina, dell'attività riproduttiva e dell'attività somatica".</p>
<p>• Terza categoria (punto 4): "Le lesioni del sistema nervoso centrale e periferico che producono disturbi della coscienza, dell'attività psichica, dell'attività psicomotoria, dell'attività affettiva, dell'attività intellettiva, dell'attività sessuale, dell'attività endocrina, dell'attività riproduttiva e dell'attività somatica".</p>	<p>• Lettera C: "Lesioni del sistema nervoso centrale e periferico che producono disturbi della coscienza, dell'attività psichica, dell'attività psicomotoria, dell'attività affettiva, dell'attività intellettiva, dell'attività sessuale, dell'attività endocrina, dell'attività riproduttiva e dell'attività somatica".</p>
<p>• Quarta categoria (punto 5): "Le lesioni del sistema nervoso centrale e periferico che producono disturbi della coscienza, dell'attività psichica, dell'attività psicomotoria, dell'attività affettiva, dell'attività intellettiva, dell'attività sessuale, dell'attività endocrina, dell'attività riproduttiva e dell'attività somatica".</p>	<p>• Lettera D: "Lesioni del sistema nervoso centrale e periferico che producono disturbi della coscienza, dell'attività psichica, dell'attività psicomotoria, dell'attività affettiva, dell'attività intellettiva, dell'attività sessuale, dell'attività endocrina, dell'attività riproduttiva e dell'attività somatica".</p>
<p>• Quinta categoria (punto 6): "Le lesioni del sistema nervoso centrale e periferico che producono disturbi della coscienza, dell'attività psichica, dell'attività psicomotoria, dell'attività affettiva, dell'attività intellettiva, dell'attività sessuale, dell'attività endocrina, dell'attività riproduttiva e dell'attività somatica".</p>	<p>• Lettera E: "Lesioni del sistema nervoso centrale e periferico che producono disturbi della coscienza, dell'attività psichica, dell'attività psicomotoria, dell'attività affettiva, dell'attività intellettiva, dell'attività sessuale, dell'attività endocrina, dell'attività riproduttiva e dell'attività somatica".</p>
<p>• Sesta categoria (punto 7): "Le lesioni del sistema nervoso centrale e periferico che producono disturbi della coscienza, dell'attività psichica, dell'attività psicomotoria, dell'attività affettiva, dell'attività intellettiva, dell'attività sessuale, dell'attività endocrina, dell'attività riproduttiva e dell'attività somatica".</p>	<p>• Lettera F: "Lesioni del sistema nervoso centrale e periferico che producono disturbi della coscienza, dell'attività psichica, dell'attività psicomotoria, dell'attività affettiva, dell'attività intellettiva, dell'attività sessuale, dell'attività endocrina, dell'attività riproduttiva e dell'attività somatica".</p>
<p>• Setta categoria (punto 8): "Le lesioni del sistema nervoso centrale e periferico che producono disturbi della coscienza, dell'attività psichica, dell'attività psicomotoria, dell'attività affettiva, dell'attività intellettiva, dell'attività sessuale, dell'attività endocrina, dell'attività riproduttiva e dell'attività somatica".</p>	<p>• Lettera G: "Lesioni del sistema nervoso centrale e periferico che producono disturbi della coscienza, dell'attività psichica, dell'attività psicomotoria, dell'attività affettiva, dell'attività intellettiva, dell'attività sessuale, dell'attività endocrina, dell'attività riproduttiva e dell'attività somatica".</p>

DSM IV-TR

DEMENZE (Tab. A Cat. 1°)

- Demenza Tipo Alzheimer
- Demenza Vascolare
- Demenza Dovuta ad Altre Condizioni Mediche Generali
- Demenza Persistente Indotta da Sostanze
- Demenza Dovuta a Eziologie Molteplici
- Demenza Non Altrimenti Specificata

DSM IV-TR

PSICOSI (Tab. A Cat. 1°)

- Schizofrenia e sottotipi (Paranoide, Disorganizzata, Catatonica, Indifferenziata e Residua).
- Disturbo Schizofreniforme
- Disturbo Schizoaffettivo
- Disturbo Delirante
- Disturbo Psicotico Breve
- Disturbo Psicotico Condiviso
- Disturbo Psicotico Dovuto a una Condizione Medica Generale
- Disturbo Psicotico Indotto da Sostanze
- Disturbo Psicotico Non Altrimenti Specificato

DSM IV-TR

NEVROSI GRAVI (Tab. A Cat. 4°)

- Disturbo depressivo maggiore
- Disturbo bipolare I
- Disturbo bipolare II
- Fobia Specifica
- Fobia Sociale
- Disturbo Ossessivo-Compulsivo

DSM IV-TR

NEVROSI (Tab. A Cat. 6° e 7°)

- Attacco di Panico
- Agorafobia
- Disturbo di Panico senza agorafobia
- Agorafobia Senza Anamnesi di disturbo di panico
- Disturbo Post-Traumatico da Stress
- Disturbo Acuto da Stress
- Disturbo d'Ansia Generalizzato
- Disturbo d'Ansia Dovuto ad una Condizione Medica Generale
- Disturbo d'Ansia Indotto da Sostanze
- Disturbo d'Ansia Non Altrimenti Specificato

**PATOLOGIE NEUROLOGICHE NON
ANNOVERATE NEL SISTEMA ABEF**

- PARALISI DEL FACIALE
- M. DI PARKINSON E PARKINSONISMI
- SCLEROSI A PLACCHE
- SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA
- SCIATALGIA
- ICTUS CEREBRALE CON EMIPARESÌ
- ENCEFALITE

Corte dei Conti, sez. Sardegna, Sentenza n. 210
del 5.04.2004

"I gravosi servizi di ordine pubblico (in occasione di scioperi, manifestazioni, etc.) cui è stato sottoposto per lungo tempo un giovane Carabiniere (appena ventenne) hanno causato una infermità nervosa, ascrivibile alla 8ª cat. Tab. A. L'eventuale predisposizione costituzionale del soggetto a contrarre patologie nervose non esclude il rapporto di causalità tra l'infermità stessa ed il servizio".

Corte dei Conti - Sez. Liguria - Sentenza n. 1066 del 23.09.2004

Il sig. P. all'età di 21 anni viene arruolato come militare di leva nell'Esercito. Pochi giorni dopo il congedo, ebbe a presentare "disadattamento ambientale, instabilità dell'umore, tendenza a chiudersi in se stesso, ad isolarsi" tanto che, dopo alcuni mesi, dovette essere ricoverato in Ospedale Psichiatrico per "sindrome dissociativa". Poiché nessun disturbo il P. aveva mai manifestato in 21 anni di vita precedente, attribuiva al servizio militare la causa della grave infermità. Chiesta la pensione privilegiata, nel corso della istruttoria si accertò che, durante il servizio, il P., appena arruolato e poi ripetutamente per mesi, fu affetto - ed operato - da "condilomi acuminati". Diveniva, pertanto, bersaglio di pesanti ironie dei commilitoni, di scherzi e di episodi di nonnismo, data la caratteristica dell'infermità. Al termine di una istruttoria durata anni, l'Amministrazione respinge la domanda di pensione, negando che "il servizio sia stata causa unica, diretta o immediata o, per lo meno, secondo la costante giurisprudenza, concausa preponderante e necessaria".



Il giovane ricorreva alla Corte dei Conti, ed il Giudice disponeva perizia affidando l'incarico al Dipartimento di Scienze Psichiatriche dell'Università degli Studi di Genova.

L'Università degli Studi di Genova esprimeva un approfondito parere; pertanto, il Giudice stabiliva che: "nel caso in esame, l'esperienza del servizio militare, non ovviamente in quanto tale, ma in quanto contrassegnata da fattori specifici di stress (punizioni, schema dei commilitoni), abbia potuto svolgere in un soggetto predisposto una funzione non solo di stentizzazione, ma di aggravamento e di accelerazione della patologia da cui è affetto il ricorrente (...) Del resto non v'è dubbio che anche soltanto l'anticipazione dell'insorgere dei sintomi e quindi del precipitare delle condizioni del soggetto, sottraendo alla sua esistenza un periodo residuo di vita normale, costituisca già in sé un rilevante nocimento alla salute del medesimo (...) Appaiono dunque fondate le conclusioni della difesa e del suo perito, secondo le quali una patologia silente è stata acuita in seguito alla prestazione del servizio, che è dunque intervenuto, quanto meno concausalmente, nel processo etiopatogenetico. Da ciò deve conseguire, in applicazione degli artt. 64 e 67 del D.P.R. 29 dicembre 1973 n. 1092, il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio dell'infermità".

Consiglio di Stato - Sentenza n. 7985 del 21.08.2007

Il sig. F. C. - Agente Scelto nel Corpo di Polizia Penitenziaria - impugnava, per violazione di legge ed eccesso di potere sotto vari profili, il provvedimento di destituzione dal servizio, emesso a suo carico con decreto in data 24.10.2005, per una "lunga serie di assenze ingiustificate" dal lavoro del dipendente in questione.

Nella relazione peritale disposta, si ricostruivano i precedenti sanitari del soggetto interessato e se ne valutavano i presupposti, dai medesimi fatti risalire ad una esperienza traumatica, subita per ragioni di servizio (minacce di aggressione da parte di detenuti), con conclusivo riconoscimento di un "disturbo d'ansia" quale causa di "anomalie comportamentali (reazioni di estenuamento febbrile), somatizzazioni a vari livelli" e "ricaduta depressivo-dittolica (secondaria)". Si precisava poi che detta patologia "rendeva il ricorrente assolutamente e permanentemente idoneo al servizio quale agente di polizia penitenziaria", con "grado di riduzione della capacità lavorativa, riconducibile alla medesima pari al 45-50% del totale (V. l. c. g. Tab. A del D.P.R. 834/1981)" e con possibilità di impieghi alternativi correlati a tali limiti.



Il Collegio riteneva che il ricorso dovesse essere accolto, con conseguente annullamento del provvedimento di destituzione impugnato e rinvio alle opportune valutazioni dell'Amministrazione stessa, per le misure da assumere in ordine alla riconosciuta idoneità del ricorrente a svolgere le funzioni di agente di Polizia Penitenziaria, a seguito di infermità contratta in servizio.



**COME VALUTARE LA SUSSISTENZA
DI UN DISTURBO
NEUROPSICHICO?**

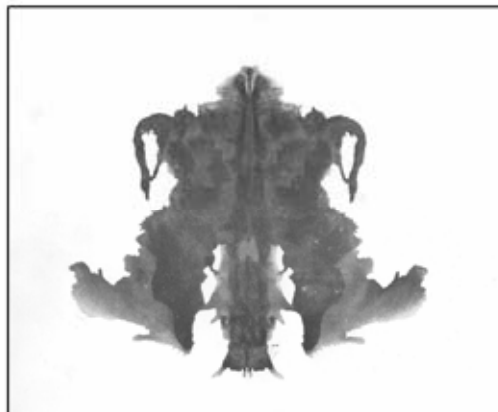
REATTIVO DI RORSCHACH

Le macchie di Rorschach, così chiamate dal nome del loro creatore Hermann Rorschach (1884-1922), sono la base di un noto strumento (reattivo o test di Rorschach) per l'indagine della personalità.

Il test si compone essenzialmente di 10 tavole, su ciascuna delle quali è riportata una macchia d'inchiostro simmetrica: 5 monocromatiche, 2 bicolore e 3 colorate. La scelta delle tavole, il loro ordine di presentazione, e le loro caratteristiche formali e contenutistiche richiesero molti anni di ricerche e tentativi da parte di Hermann Rorschach. Le tavole vengono sottoposte all'attenzione del soggetto una alla volta e, per ciascuna e senza limiti di tempo imposti, viene chiesto di esprimere tutto ciò cui la macchia somiglia, secondo il soggetto.

Non esistono risposte giuste o sbagliate, ma dall'interpretazione delle risposte date a ciascuna macchia è possibile - a seconda del tipo di siglatura e di approccio teorico interpretativo - delineare un profilo per strutture, un profilo di personalità e identificare eventuali nodi problematici del soggetto. È un test molto usato in ambito clinico, e là dove sia necessario esplorare le dinamiche interpersonali.

Al contempo, la definizione stessa di "Test" risulta non essere totalmente adeguata, in quanto come test psicologico presenta scarsezze proprie di psicometriche (standard). Difatti il termine più corretto sarebbe quello di "Reattivo di Rorschach", in quanto si vanno ad indagare le risposte soggettive di fronte a stimoli nuovi ed ambigui.





LA VALIDITÀ DI UN TEST CLINICO

- **Validità** (misura della sua capacità di predire osservazioni ottenute con un'altra procedura, chiamata Gold Standard, universalmente ritenuta capace di rilevare la "realtà clinica")
- **Sensibilità** (tasso di Veri Positivi) di un test clinico corrisponde alla probabilità per un soggetto ammalato di risultare positivo a quel test; in altre parole alla probabilità di quel test di individuare correttamente gli ammalati
- **Specificità** (tasso di Veri Negativi) di un test clinico corrisponde alla probabilità per un soggetto sano di risultare negativo a quel test, cioè alla probabilità di quel test di escludere la patologia.
- **Attendibilità** Un test clinico è tanto più attendibile (stabile o fedele) quanto più vicini tra loro sono i risultati di misure successive di una medesima caratteristica (Test-retest reliability = r).

CLINICA NEUROLOGICA

- *Anamnesi*
- *Esame obiettivo*
- *Elettroencefalogramma*
- *Elettromiogramma ed elettroencefalogramma*
- *TC*
- *RM (con spettroscopia, con diffusione, etc)*
- *PET - SPECT*
- *Esami di laboratorio*



*Posso misurare il moto dei corpi,
non l'umana follia.*

Isaac Newton

Patologie oncologiche e Sistema ABEF

Corrado Pietrantuono

Dirigente Medico di II Livello Responsabile del Centro Medico-Legale INPS di Napoli

Presidente della Commissione Medica di Verifica Provinciale INPS di Napoli

Vicepresidente Comitato Etico Azienda Sanitaria Locale Napoli 1

Si rimanda alla Sezione delle relazioni ed al correlato abstract.