

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

Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Tivoli sul Mare (Ct)

“L'accertamento della causalità di servizio e delle inabilità nel pubblico impiego: attualità e prospettive dopo la legge di attività nelle nuove competenze delle Commissioni Mediche di Terza del Ministero dell'Economia e Finanze”

Gli aspetti organizzativi

19 giugno 2009
Maria Luisa Pascarella
Direttore Area Coordinamento M. Legale ex ASL AV2

Gli aspetti organizzativi

↓

IL PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE

Il processo di programmazione

analisi della domanda

analisi dell'offerta dei servizi

qualificazione del sistema di offerta

definizione della criticità

realizzazione delle procedure

analisi dei risultati
adozione correttivi

Gli aspetti organizzativi

- Governo delle risorse
- Governo dei dati
- Conoscenza della normativa
- Informativa ai cittadini sui propri diritti
- Formazione continua

ANSA.it

“ Il prezzo dei diritti ”
VIII° Rapporto sulle politiche della cronicità

..... la burocrazia ostacola l'accesso ai servizi ed alle informazioni, ci sono difficoltà ad ottenere le prestazioni ed i relativi benefici previsti

ROMA, 12 FEB 2009

Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Tivoli sul Mare (Ct)

Guardare agli aspetti organizzativi
significa dare completa attuazione al dettato normativo

D.P.R. 29 ottobre 2001 n.461

in vigore dal 22 gennaio 2002

REGOLAMENTO

RECANTE SEMPLIFICAZIONI DEI PROCEDIMENTI

**-DECRETO 12 Febbraio 2004 -
MINISTERO DELL'ECONOMIA E
DELLE FINANZE**

**Nuovi criteri organizzativi
per l'assegnazione delle domande agli
organismi di accertamento sanitario**

(Gazzetta Ufficiale n. 44 del 23/2/2004)

Vittime del terrorismo e della criminalità organizzata

D.P.R. n. 243 del 7 luglio 2006

REGOLAMENTO

*che ha disciplinato i termini e le modalità
per la corresponsione delle provvidenze*

- a tutte le vittime del dovere
- alle categorie equiparate
- ai familiari dei superstiti
- Per le missioni di qualunque natura
- Per particolari condizioni ambientali od operative

condizioni che hanno esposto il dipendente a maggiori rischi o fatiche, in rapporto alle ordinarie condizioni di svolgimento dei compiti di Istituto

D.P.R. 3 MARZO 2009, n. 37

REGOLAMENTO

*che disciplina i termini e le 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 24 dicembre 2007, n. 244.

(GU n. 93 del 22-4-2009)

D.P.R. 3 MARZO 2009, n. 37

*Regolamento per la disciplina dei termini e delle modalità di riconoscimento di
particolari infermità da cause di servizio*

Beneficiari:

- a) il personale militare e civile italiano impiegato nelle missioni militari all'estero;
- b) il personale militare e civile italiano impiegato nei poligoni di tiro e nei siti in cui vengono stoccati munizionamenti;
- c) il personale militare e civile italiano impiegato nei teatri di conflitto
- d) i cittadini italiani operanti nei settori della cooperazione;
- e) i cittadini italiani residenti nelle zone adiacenti alle basi militari sul territorio nazionale presso le quali è conservato munizionamento pesante o esplosivo,.....;
- f) il coniuge, il convivente e i figli superstiti ovvero i fratelli conviventi e a carico



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

PORTALE DELLA NORMATIVA SANITARIA

**un nuovo strumento al servizio
dei cittadini e degli operatori**

*per la consultazione delle leggi e delle norme
in vigore in materia sanitaria*

una opportunità utile

*per gli operatori della sanità
ma anche per il cittadino*

*che voglia essere debitamente informato
sui propri diritti e prerogative in tema di assistenza sanitaria*

SEGNALAZIONI E RECLAMI AL GARANTE

In relazione ai rapporti con il Garante

- Collabora con il Referente Privacy Aziendale per le richieste di informazioni provenienti da parte del Garante
- Attua e divulga le Raccomandazioni ed i Pareri del Garante

Segnalazioni e Reclami al Garante



GARANTE
PER LA PROTEZIONE
DEI DATI PERSONALI

L'attività svolta dal Garante - Relazione 12 luglio 2007

- ⊙ 2.717 segnalazioni evase
- ⊙ 630 provvedimenti collegiali
- ⊙ 350 ispezioni e controlli
- ⊙ 158 violazioni amministrative contestate
- ⊙ 679 quesiti a cui si è data risposta
- ⊙ 11 segnalazioni all'Autorità Giudiziaria



GARANTE
PER LA PROTEZIONE
DEI DATI PERSONALI

L'attività svolta dal Garante - Relazione 12 luglio 2007

Le decisioni dell'Autorità Giudiziaria
hanno tutte confermato le pronunce del Garante



GARANTE
PER LA PROTEZIONE
DEI DATI PERSONALI

L'attività svolta dal Garante - Relazione 12 luglio 2008

L'Autorità del Garante è stata più volte interpellata

in ordine al trattamento dei dati
in occasione dell'accertamento dell'infezione da Hiv

- La legge 5 giugno 1990, n. 135 in tema di Aids e Hiv ha previsto espressamente

l'obbligo di comunicare i risultati di accertamenti diagnostici per l'infezione da HIV alla sola persona interessata

Il Garante ha sottolineato che il Codice non contiene deroghe alle disposizioni di legge !

Tutela della riservatezza



Tutela della riservatezza

- **Già il DPR 461/2001** aveva previsto che **il dipendente può comunicare l'opposizione** alla trattazione e comunicazione dei dati personali sensibili **con effetto sospensivo del procedimento**

Garante Privacy (G.U. n. 161 del 13.07.07)

Le Linee Guida in materia di trattamento dei dati personali di lavoratori per finalità del rapporto di lavoro in ambito pubblico

14.06.2007

*Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Vercelli sul Mare (PV)*

Le Linee Guida del Garante per la Privacy

hanno rafforzato la tutela e la protezione della persona anche rispetto

a precisi adempimenti organizzativi

(G.U. 13 luglio 2007 n. 161)

Le Linee Guida in materia di trattamento dei dati personali di lavoratori per finalità del rapporto di lavoro in ambito pubblico del 14.06.2007

Garante Privacy (G.U. n. 161 del 13.07.07)

- **Le Amministrazioni** possono trattare legittimamente dati idonei a rivelare lo stato di salute dei propri dipendenti

Le Linee Guida in materia di trattamento dei dati personali di lavoratori per finalità del rapporto di lavoro in ambito pubblico del 14.06.2007

Garante Privacy (G.U. n. 161 del 13.07.07)

- **Non è lecito diffondere informazioni personali** attraverso **comunicazioni e documenti interni affissi nei luoghi di lavoro**
- **Non è lecito diffondere informazioni personali** riferite ad **assenze dal lavoro per malattia, ferie, permessi, adesione di singoli dipendenti ad associazioni, trattamenti stipendiali**

Le Linee Guida in materia di trattamento dei dati personali di lavoratori per finalità del rapporto di lavoro in ambito pubblico del 14.06.2007

Garante Privacy (G.U. n. 161 del 13.07.07)

- **Le prescrizioni di garanzia** sono da pretendere anche per tutte le **certificazioni mediche e le consulenze specialistiche** rilasciate a corredo delle istanze



Le Linee Guida in materia di trattamento dei dati personali di lavoratori per finalità del rapporto di lavoro in ambito pubblico del 14.06.2007
Garante Privacy (G.U. n. 161 del 13.07.07)

Sono rafforzati gli ambiti di tutela e di protezione della persona rispetto a :

- Assenze per motivi di salute
- Denunce all'INAIL
- Visite fiscali
- Convocazioni a visita ai fini medico-legali

Le Linee Guida in materia di trattamento dei dati personali di lavoratori per finalità del rapporto di lavoro in ambito pubblico del 14.06.2007
Garante Privacy (G.U. n. 161 del 13.07.07)

- La norma di tutela prevede il ricorso ad **ulteriori accorgimenti di protezione** dei dati, in particolare, per quanto attiene la convocazione a visita e la comunicazione dell'esito della visita
- **In tali casi** la busta contenente la convocazione non dovrà recare la dicitura " **Commissione** "

Le Linee Guida in materia di trattamento dei dati personali di lavoratori per finalità del rapporto di lavoro in ambito pubblico del 14.06.2007
Garante Privacy (G.U. n. 161 del 13.07.07)

- **Alla luce del principio di indispensabilità** i collegi medici devono trasmettere alla Amministrazione di appartenenza del dipendente **il Verbale di visita con la indicazione del "solo giudizio medico-legale"** di idoneità, inidoneità o di altre forme di inabilità

Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Vietri sul Mare (SA)

Guardare agli aspetti organizzativi significa presidiare le diverse implicazioni organizzative, etiche ed economiche

Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Vietri sul Mare (SA)

Un modello organizzativo aziendale deve poter assicurare:

- accesso ai servizi
- risorse dedicate
- efficienza organizzativa
- qualità delle prestazioni
- appropriatezza delle prestazioni
- contenimento dei tempi di attesa

Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Vietri sul Mare (SA)

Un modello organizzativo deve poter assicurare

- la prevenzione degli errori organizzativi

**Prevenzione
ERRORI ORGANIZZATIVI**

- Competenze
- Disponibilità di tecnologie
- Disponibilità di procedure
- Carichi di lavoro

*Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Pietri sul Marella*

Guardare agli aspetti organizzativi
significa presidiare anche gli aspetti di
tutela dei dipendenti

*Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Pietri sul Marella*

**La Salute, il Benessere Organizzativo e
la Sicurezza nei luoghi di lavoro**
rappresentano attualmente uno dei settori più ricchi di
implicazioni e più importanti della Politica Sociale Nazionale e
dell'Unione Europea

**Testo Unico
Sicurezza nei luoghi di lavoro**

**DECRETO LEGISLATIVO
9 aprile 2008, n. 81**
*In materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di
lavoro*
G.U. n. 121 del 30-4-2008

306 articoli, 13 Titoli, 51 allegati

**DECRETO LEGISLATIVO
9 aprile 2008, n. 81**

**Il datore di lavoro nella valutazione dei rischi dovrà
considerare tutti i rischi, compresi i
rischi legati allo stress da lavoro**
(secondo i contenuti dell' Accordo Europeo del 8.10.2004)

D.lvo 81/80



Stress da lavoro

- Il 16 maggio 2009 sono entrati in vigore gli adempimenti relativi al D. Lgs. 81/08 (Testo unico) i cui termini erano stati prorogati dal noto "Decreto Milleproroghe"

Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Vietri sul Mare (SA)

Guardare agli aspetti organizzativi
significa promuovere
la Formazione e la Guida ai Servizi
quali strumenti di miglioramento continuo
della qualità delle prestazioni e
del rapporto con i cittadini

Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Vietri sul Mare (SA)

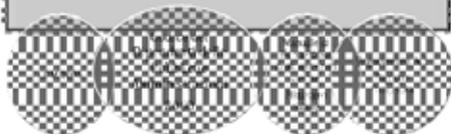
La ex ASL AV2 ha elaborato nel 2004

*"Atti di indirizzo aziendali della semplificazione del
procedimento amministrativo e medico-legale"*

Gli Atti di indirizzo nel 2007 sono stati revisionati ed adottati
con Delibera della Direzione Generale ex ASL AV2
- Del. ASL AV2 N. 528 del 29.08.07 -
*"Regolamentato delle Commissioni
e dell'Ufficio di Segreteria"*

Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Vietri sul Mare (SA)

Ulteriori strumenti
di miglioramento continuo della qualità delle
prestazioni e del rapporto con i cittadini



Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Vietri sul Mare (SA)

- Il *Codice di Deontologia Medica*
-2005 -

-Il *Codice di Comportamento dei Dipendenti delle
Pubbliche Amministrazioni*
-Decreto 28 novembre 2000 -

Sono ispirati a principi etici, a regole ed a contenuti rispetto agli
obblighi di diligenza, lealtà e imparzialità

Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Vietri sul Mare (SA)

*Il Manuale per la Formazione
degli operatori sanitari
del Ministero della Salute*

Pone tra i vari obiettivi formativi la necessità di applicare una
metodologia appropriata per:

- *Idonea gestione della documentazione*

L'importanza della documentazione



Le diverse tipologie della documentazione in una Struttura Sanitaria

Gestione corretta
dei documenti
emessi per il
governo di processi
e attività

- Regolamenti interni
- Procedure
- Protocolli / Istruzioni operative
- Disposizioni/determinazioni
- Linee guida
- Modalistiche

Il Responsabile di Struttura è tenuto a:

- Analizzare ogni aspetto del percorso
- Garantire sicurezza ed appropriatezza
- Provvedere alla gestione dei dati e della documentazione

L'Accreditamento Istituzionale in
Regione Campania

la gestione della documentazione

-requisiti generali e specifici ulteriori-



Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Vietri sul Mare (AV)

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

Regolamento n. 1

"Regolamento n. 1"

(BURC n. 31 del 4 Luglio 2007)

soggetti pubblici e privati che erogano
attività :

in regime ambulatoriale

in regime di ricovero

in regime residenziale



Delibera GRC n. 1935 del 09.11.2007

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

Delibera GRC n. 596 del 27.03.2009
BURC n. 24 del 20.04.2009

Con Delibera GRC n. 596 del 27.03.09
è stata definita l'attività di una
Commissione Centrale Regionale
con funzioni di indirizzo dei
Nuclei Operativi di Controllo
-NOC-

Inoltre.....

Commissione Medico Legale Regionale

Con funzioni di:

- **Indirizzo per le AA.SS.LL.**
- **Verifica delle prestazioni**
- **Raccordo tra Enti ed Associazioni**

Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Fieschi sul Reno (BO)



Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Fieschi sul Reno (BO)

Proposte operative

Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Fieschi sul Reno (BO)

SERVIZI MEDICO-LEGALI
SEMPRE PIÙ ORIENTATI
AL SERVIZIO DEI CITTADINI

Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Pietri sul Mare SA

DIPARTIMENTALIZZAZIONE
DEI SERVIZI DI MEDICINA LEGALE

Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Pietri sul Mare SA

UNIFORMITÀ DI PROCEDURE

Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Pietri sul Mare SA

ELABORAZIONE DI
LINEE GUIDA NAZIONALI

Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Pietri sul Mare SA

- INFORMATIZZAZIONE
- COLLEGAMENTI TELEMATICI

**ENTRO IL 2010
LA SALUTE IN RETE !**



Piano e-Gov 2012
del Ministero
dell'Innovazione

DEMATERIALIZZAZIONE

- *trasformazione dei documenti cartacei*
in documenti digitali
- *produzione di documenti*
direttamente in forma digitale

↓

archiviazione elettronica dei documenti

D.P.R. 29 ottobre 2001 n. 461

In vigore dal 22 gennaio 2002
Regolamento recante semplificazioni dei procedimenti

• Art. 13-Atti per via telematica

1. Le comunicazioni tra uffici previste dal presente regolamento *sono effettuate ordinariamente per via telematica*

**-DECRETO 12 Febbraio 2004 -
MINISTERO DELL'ECONOMIA E
DELLE FINANZE**

Criteria organizzativi

l'assegnazione delle domande agli organismi di accertamento sanitario anche con ricorso alle trasmissioni

in via telematica

(Gazzetta Ufficiale n. 44 del 23/2/2004)

Entro il 2010 la salute in rete !

- Taglio dei certificati cartacei di malattia
- Ricorso a certificati di malattia digitali
- Rete dei medici
- Fascicolo sanitario elettronico
- Prenotazioni on-line
- Dematerializzazione dei certificati

**Piano e-Gov 2012
del Ministero dell'Innovazione**

In conclusione

I problemi rimangono problemi se

- mancano le competenze
- manca il raccordo tra professionisti
- manca il confronto tra professionisti
- manca la formazione



Gli aspetti organizzativi

La Formazione quale strumento strategico 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
- sui nuovi percorsi valutativi

Convegno Nazionale
18-19 giugno 2009, Vietri sul Mare (SA)

“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”

Grazie per l'attenzione

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



- Analisi critica delle tabelle e dei relativi criteri di applicazione
- Sperequazioni valutative
- Evoluzione giurisprudenziale
- Evoluzione normativa

↓

Superamento del sistema tabellare ABEF

Ricci F. I trattamenti pensionistici privilegiati per causa di servizio, Riv. It. Med. Leg. 1991

“Mummificazione della complessa realtà biologica in un ambito rigidamente predeterminato e peraltro costellato di imprecisioni ed incongruenze che testimonia la difficoltà se non la impossibilità di transizione dalle vecchie formule valutative al concetto di danno alla salute”

Antonioti F., de Tullio O., Di Luca NM, la causa di servizio. L'equo indennizzo e l'azione di risarcimento dei pubblici dipendenti, 1996.

“ ... Una impostazione normativa non esaltante per l'interprete né lusinghiera per il legislatore ... ”

“ ... ricondotta al desiderio di uniformare (il che si traduce però nello svilire) la valutazione medico legale riferendola ad una media astratta di potenzialità lavorativa desunta da un tipo medio ipotetico di lavoratore manuale ... ”.

D.P.R. 461/2001
 Regolamento recante semplificazione dei procedimenti per il riconoscimento della dipendenza dalle infermità da causa di servizio, per la concessione della posizione privilegiata ordinaria e dell'equo indennizzo, nonché per il funzionamento e la composizione del comitato per le pensioni privilegiate ordinarie.

“un'occasione mancata”

Bolino G., Cipriani F. Il recente riordino procedurale in tema di causa di servizio (D.P.R. 461/2001): un'occasione mancata, Jura Medica, 2002.

Art. 2
 Iniziativa e domanda

Il dipendente che abbia subito lesione o contuso infermità o qualche aggravamento di infermità o lesione preesistente, ovvero l'evento d'urto in caso di morte del dipendente, per fare accertare l'esistente dipendenza da causa di servizio, presenta domanda scritta all'ufficio di contratto presso il quale presta servizio, indicando opportunamente la natura dell'evento.

La domanda è fatta in duplice copia in triplice copia e una esemplare è consegnato all'ente che ha prodotto la domanda e sottosegretario ai servizi, una esemplare è conservata in un fascicolo di protocollo.

Il dipendente che ha subito l'evento d'urto, deve essere presentato dal dipendente entro sei mesi dalla data in cui si è verificato l'evento d'urto o da quella in cui ha avuto conoscenza dell'evento e della lesione o dell'aggravamento.

Art. 3
 La richiesta di equo indennizzo deve riguardare la morte o una menomazione dell'integrità fisica o psichica o personale, di seguito denominata **lesione grave**, secondo le categorie di cui alla tabella A e alla tabella B annesse al decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 1981, n. 834, e successive modificazioni, la menomazione corrisponde ad infermità o lesione non prevista in dette tabelle e indennizzabile solo nel caso in cui essa sia da ritenersi equivalente ad alcuna di quelle contemplate nelle tabelle stesse, anche quando la menomazione dell'integrità fisica si manifesta entro cinque anni dalla cessazione dei rapporti d'impiego, entro e dieci anni per invalidità derivanti da infermità ad eziopatogenesi non definita e idiopatica.

Ridisciplinato le complesse procedure per il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio.



La esigenza di rivedere le basi dottrinarie e concettuali della materia della causalità di servizio

“ Agli effetti pensionistici il c.d. biologico va oltre la menomazione della capacità lavorativa che costituisce presupposto della pensione privilegiata a carico dello Stato secondo la vigente normativa; come tale esso non può trovare accoglimento” (Corte dei Conti, Sez. Gur. Friuli Venezia Giulia, n° 158/1997).

“ Il risarcimento del danno biologico non rientra nelle previsioni normative relative al trattamento privilegiato ordinario che operano in riferimento alla sola riduzione della capacità lavorativa generica, secondo le tabelle previste dalla legislazione pensionistica di guerra” (Corte dei Conti, Sez. Gur. Veneto, n° 524/1998).

Il parametro di riferimento valutativo è rappresentato dalla cosiddetta

capacità lavorativa generica

O

capacità lavorativa non specifica

essendo il concetto di lavoro generico sostanzialmente astratto e nella pratica di impossibile individuazione.

Valutazione biologica

La valutazione “biologica” delle menomazioni, determinate dalle varie lesioni od infermità, presuppone ben altra applicazione e cultura medico legale rispetto alla valutazione espressa nei confronti di standardizzati parametri di riferimento lavorativi ed inoltre comporta un totale rinnovamento delle tabelle di riferimento valutativo (danno biologico vs riduzione della capacità al lavoro generico)

Parametro indefettibile è il danno biologico e, cioè, la lesione della integrità psico – fisica della persona suscettibile di accertamento e di valutazione medico legale ed indipendente da ogni riferimento alla capacità di produrre reddito. Compromissione dell’armonico equilibrio degli elementi psico-somatici che consente all’individuo di poter esprimere autonomamente tutta la propria personalità in ambito sociale.

- Il danno biologico, o danno alla salute, è il pregiudizio subito dal soggetto a detrimento di un valore personale di natura non patrimoniale e ad esso è estranea la considerazione di esiti pregiudizievoli per l’attitudine a produrre guadagno attraverso l’impiego di attività lavorativa;
- Ciò non contrasta con l’assorbimento nel danno biologico della lesione della capacità lavorativa generica, in quanto capace di cogliere nella sua totalità il pregiudizio subito dal soggetto nella sua integrità psico - fisica

Art. 5. Criteri per la determinazione dell'invalidità permanente
1. Per l'accertamento delle percentuali di invalidità si procede secondo i seguenti criteri e modalità):
a) la percentuale d'invalidità permanente (IP), riferita alla capacità lavorativa, e' attribuita scegliendo il valore piu' favorevole tra quello determinato in base alle tabelle per i gradi di invalidità e relative modalità d'uso approvate, in conformita' all'articolo 3, comma 3, della legge 29 dicembre 1990, n. 407, con il decreto del Ministro della sanita' 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 F 1 annesso al decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1979, n. 913, e successive modificazioni, e relativi criteri applicativi. Alla classifica di cui alle categorie della tabella A e della tabella E sono equiparate le fasce percentuali d'invalidità permanente, riferite alla capacità lavorativa, secondo le corrispondenze indicate nella tabella n 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 100 per cento;
b) la percentuale del danno biologico (DB) e' determinata in base alle tabelle delle menomazioni e relativi criteri applicativi di cui agli articoli 130, comma 1, e 139, comma 4, del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, e successive modificazioni;
c) la determinazione della percentuale del danno morale (DM) viene effettuata, caso per caso, tenendo conto della entita' della sofferenza e del turbamento dello stato d'animo, oltre che della lesione alla dignita' della persona, commessa e in rapporto all'evento dannoso, in una misura fino a un massimo di due terzi del valore percentuale del danno biologico;
d) la percentuale di invalidità complessiva (IC), che in ogni caso non puo' superare la misura del cento per cento, e' data dalla somma delle percentuali del danno biologico, del danno morale e del danno psichico, 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).

<ul style="list-style-type: none"> Il Legislatore "collega" il danno biologico menzionato nel decreto 37/09 a quello di cui al Codice delle assicurazioni private (d.lgs. 209/05). E' chiaro che il Legislatore va introducendo un sistema risarcitorio del danno biologico compatto ed unitario, come designato nel d.lgs. 209/05 (artt. 138, 139).
--

<p>Problema ben più profondo rispetto ad un semplicistico "svecchiare ed integrare" le tabelle</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>In considerazione della raggiunta chiarezza dei presupposti concettuali della menomazione della integrità psico - fisica, è necessario conferire dignità scientifica e coerenza razionale a procedure di stima in passato necessariamente alimentate dalla mera "confluenza di osservazioni e di apprezzamenti empirici" (M.Bargagna)</p>
--

Accertamento
<ul style="list-style-type: none"> Valutazioni serie, obiettive, riproducibili <p style="text-align: center;">↻</p> <ul style="list-style-type: none"> AMA (American Medical Association) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 50%; padding: 10px; width: 200px; text-align: center;"> <p>Aspetti anatomico - funzionali, che sono quelli più suscettibili di obiettivo accertamento medico</p> </div> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 50%; padding: 10px; width: 200px; text-align: center;"> <p>Riproducibilità della valutazione: medici diversi giungono alle stesse conclusioni</p> <p>Equità nella distribuzione dei benefici previsti</p> </div> </div>

<ul style="list-style-type: none"> La stima dei pregiudizi alla persona è oramai da considerarsi una scienza e non una procedura alimentata dalla confluenza di osservazioni e di apprezzamenti empirici. Ricorso indispensabile ad indagini strumentali, magari complesse ma risolutive nello studio dei deficit funzionali.

<ul style="list-style-type: none"> La descrizione delle menomazioni e la loro incidenza sulla efficienza psico - fisica della persona rappresentano la vera essenza dell'apporto che il medico legale deve arrecare alla valutazione del danno alla persona. Crescente rilievo a quelle menomazioni trascurate nelle tabelle ispirate al parametro della capacità lavorativa comunque intesa (viscerali, sessuali, estetiche, sensoriali).
--

- Forte ampliamento delle voci tabellate (considerazione di patologie per apparati, sistemi, sensi).



- Aspetto dinamico – funzionale vs perdita o la mutilazione anatomica

Il ricorso ad indicazioni percentuali di menomazione della integrità psico – fisica è inevitabile.

La ratio sottesa alla adozione di tabelle valutative cui fare riferimento ex lege è quella di uniformare e standardizzare la valutazione con un procedimento che assicuri omogeneità valutativa e, conseguentemente, uniformità nella liquidazione dei relativi benefici economici.

- Automatismi e semplificazioni eccessive proprie sino ad oggi della materia assicurativa sociale e della pensionistica privilegiata sono oramai da considerare inadeguati.
- Affiancare alla liquidazione del danno biologico (e del danno morale?) permanente da un lato la incidenza negativa sulla capacità di produrre reddito che questo si presume eserciti.

"... Tabella delle menomazioni che sostituisca all'uomo-macchina dell'antecedente bareme antinfortunistico di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 (in pratica uno scheletro con occhi, orecchie, gusto ed olfatto, qualche organo interno e poche strutture nervose) un uomo che fa funzionare le macchine e si esprime anche al di fuori dell'ambito produttivo come persona dinamicamente aperta a relazionalità e socialità ..."

(Buccelli C. G Ital Med Lav Erg 2004).



Le ripercussioni dei giudizi di inidoneità al servizio e della diverse forme di inabilità sulla Pubblica Amministrazione

Raffaele Manna

Direttore Struttura Complessa "Trattamento Giuridico del Personale", ASL NAI Centro

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

Dott. Raffaele Manna
Direttore amministrativo di struttura complessa A.S.L. NAI

Forme di inidoneità

- **Ordinarie (legate a fattori endogeno-costituzionali)**
- **Dipendenti da causa di servizio o da infortunio sul lavoro**
(legate a fattori esterni)

Forme di Inidoneità Ordinarie

1) RELATIVA (Alle mansioni della qualifica posseduta):

- **Preventivo tentativo** di utilizzazione in mansioni equivalenti o di profilo e categoria inferiore, col consenso dell'interessato.

Ovvero in caso di tentativo negativo

- **Dispensa dal servizio** (risoluzione del rapporto di lavoro) con diritto a pensione a seconda dell'**anzianità** contributiva prevista dai vari ordinamenti :

Anzianità

Nuovi arrotondamenti dopo legge 449/97, art.59 comma 1 lettera b)

14 anni 11 mesi 16gg per dipendenti dello Stato
19 anni 11 mesi 16gg per dipendenti altre PP.AA.-

In caso di mancanza di requisiti per diritto a pensione

- Iscrizione liste disabili (coll.mirato)
- eventuale utilizzazione c/o altre PP.AA.

Sistema di liquidazione pensione

retributivo, misto, contributivo in relazione risparmiamento:

- anzianità uguale/maggiore 18 anni al 31/12/1995;
- inferiore a 18 anni,
- senza anzianità al 31/12/95

Parametrizzazione della pensione agli anni di servizio ed alla anzianità contributiva maturata

Erogazione indennità sostitutiva di preavviso (fino a 4 mesi per il personale non dirigente-fino a 12 per i dirigenti in base all'anzianità di servizio maturata.)

2) INIDONEITA' ASSOLUTA E PERMANENTE A QUALSIASI PROFICUO LAVORO

Come al punto 1 lettera b)
cioè **dispensa dal servizio** ma con diversa anzianità contributiva

- 14 anni 11 mesi 16gg per tutti i comparti

3) INIDONEITA' ASSOLUTA E PERMANENTE A QUALSIASI ATTIVITA' LAVORATIVA ex art.2 L.335/95

Come al punto 2 cioè dispensa dal servizio ma:

- con diversa anzianità contributiva- 5 anni- di cui almeno tre nel quinquennio precedente alla data della decorrenza della pensione di inabilità
- e con diversa parametrizzazione della pensione (con **bonus** rispetto all'anzianità maturata)

CARATTERISTICHE DEL BONUS IN RELAZIONE ALL'ANZIANITA' MATURATA

- almeno 18 anni di contribuzione al 31/12/1995 maggiorazione di un periodo compreso tra la decorrenza della pensione e l'età pensionabile
- meno 18 anni di contribuzione al 31/12/1995 si aggiunge al montante individuale maturato 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 335 inapplicabile ai dipendenti pubblici iscritti ad altre forme di previdenza diverse dall'Inpdap (esclusive-AGO)

Inidoneità Dipendente da causa di servizio o da infortunio sul lavoro

• Equo indennizzo anche per limitazioni che non comportano la dispensa

• **Pensione di privilegio** con anzianità anche di un solo giorno e con bonus ancora maggiore di quello previsto al punto 3

Per il personale civile dello Stato, la misura della prestazione è correlata all'entità dell'invalidità o lesione. In caso di grave menomazione, ascrivibile alla 1a categoria, l'importo è pari agli 8/10 della retribuzione pensionabile; se l'invalidità 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%.

- Benefici scatti del 2,5 o del 1,25 in base agli artt.43 e 44 R.D.1290/1922 e 539/1950 a seconda della categoria di iscrizione (aboliti con legge Brunetta n.133/2008-art72)

Prima dell'entrata in vigore del D.P.R. 461/2001 venivano riconosciuti legittimamente a seguito del riconoscimento dell'invalidità 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'iscrizione, sia il verbale del Comitato di verifica che riconosce la dipendenza.

Riflessioni su casi particolari

Nell'ambito del comparto del pubblico impiego, ove vige la forma di previdenza **esclusiva** dell'Assicurazione Generale Obbligatoria (A.G.O.) gestita dall'Inpdap, esistono casi di dipendenti pubblici, con rapporto sempre di subordinazione, 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.3 comma 1 bis D.Lgsi.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.

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 idoneità **assoluta e permanente a qualsiasi proficuo lavoro** , l'Amministrazione non ha altra scelta se non quella di disporre la risoluzione del rapporto di lavoro e di avviare la pratica di corresponsione del trattamento pensionistico in presenza dei requisiti 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.

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

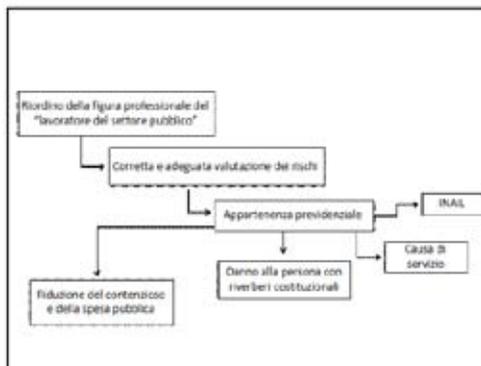
Giuseppe Guadagno

Presidente Commissione Medica di Verifica di Napoli

La causa di servizio domani, "Il superamento del sistema ABEF: una problematica della medicina pubblica valutativa con implicazioni organizzative – etiche – economiche: [Gli aspetti giuridici e medico-legali]

La risposta: la necessità di un nuovo strumento valutativo al passo coi tempi e coerente rispetto all'evoluzione continua della medicina".

Dott. Giuseppe Guadagno
Presidente Commissione Medica di
Verifica di Napoli



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".

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.

Al fine di superare le sperequazioni legate alla inadeguatezza del sistema tabellare ABEF si propone la stesura di un
TESTO UNICO
da adottare nel settore pubblico.

Proposta di Testo Unico:

- Rischi rilevati nel Documento di Valutazione dei rischi e infortuni sul lavoro
- Rischi generici aggravati
- Ripetitività valutazione INAIL modificata

Proposta di 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);

Proposta di TESTO UNICO

b) i "rischi generici aggravati" che potrebbero ricondursi 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";

Proposta di TESTO UNICO

b) i "rischi generici aggravati" che potrebbero ricondursi 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";

"Rischio generico aggravato" indica la probabilità del verificarsi dell'evento stesso. Tale maggior gravità deriva dalla stessa attività espletata che costringe il lavoratore ad esporsi al rischio stesso.

"Malattie correlate al lavoro" sono quelle malattie che colpiscono i lavoratori assicurati INAIL, esposti in modo protratto al rischio tutelato (rischio generico aggravato, rischio specifico) e per le quali sia certa la derivazione causale dall'attività espletata. L'assicurato deve contrarre la tecnologia "nell'esercizio" ed a causa della "lavorazione espletata" o "a causa delle" "specifica natura patogeno cui è esposto per l'espletamento delle proprie attività".

Proposta di TESTO UNICO

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).

□ Infine un doveroso accenno alla problematica delle "competenze" inerenti le Commissioni per il "settore pubblico".

individuazione delle competenze tra Enti Pubblici Locali (Regioni e Province Autonome) e altra "dipendenza pubblica".

Emanazione di una Legge quadro nazionale o Testo Unico con vincoli statali prevalenti rispetto alle "Autonomie regionali" sulla materia al fine di evitare difformità normative locali, in quanto non è possibile sul piano Costituzionale una diversa "tutela in tema previdenziale" del dipendente pubblico delle diverse Regioni;

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 come accaduto di recente per il riconoscimento del danno biologico e morale solo per il personale militare (D.P.R. n° 37/2009).



*Tutte le volte
che altri sono
d'accordo con me ho
sempre la sensazione di
avere torto
(Oscar Wilde)*

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*

III SEZIONE

Comunicazioni e poster

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

Il rischio biologico nel settore sanitario tra INAIL e causalità di servizio

Aniello Annunziata^o, Bruno Della Pietra*.

^o Assistente in Formazione presso la I Scuola di Specializzazione in Medicina Legale della Seconda Università degli Studi di Napoli.

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

Nell'ambito dei pubblici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale o di altri settori della Sanità pubblica (Istituto Superiore di Sanità, ecc.), particolari aspetti di tutela sono rappresentati da coloro i quali sono esposti, per le proprie mansioni, al "**rischio biologico**".

Nell'ambito di tale particolare "**rischio**" le problematiche della tutela del pubblico dipendente addetto al settore sanitario divengono particolarmente complesse sia dal punto di vista della "**prevenzione**", sia dal punto di vista della tutela assicurativa che – come per tutti gli altri dipendenti pubblici – prevede di poter accedere ai benefici correlati alla "**duplice tutela**" in caso di "**malattia**" correlata al servizio (causalità di servizio) e di "**infortunio-malattia**" in ambito INAIL.

In proposito è da ricordare come – a norma dell'art. 266 del D. Lgs. 9 aprile 2008, n° 81¹ ("**Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro**") – per ogni "lavoratore esposto" (medici, biologi, infermieri, ecc.) è obbligatorio per le "Aziende sanitarie" [datore di lavoro] redigere un "**documento di valutazione dei rischi**" (con la partecipazione del medico competente) nel quale indicare con chiarezza il "**rischio biologico**", o meglio, il "**rischio di esposizione ad agenti biologici**" in relazione alle mansioni assolte.

L'allegato **XLIV** al T.U. ("**Elenco esemplificativo di attività lavorative che possono comportare la presenza di agenti biologici**") sottolinea che il rischio biologico sussiste – oltre che nell'ambito di svariate attività lavorative di natura non sanitaria (impianti di smaltimento rifiuti e di raccolta di rifiuti speciali potenzialmente infetti; impianti per la depurazione delle acque di scarico; industrie alimentari; agricoltura; attività nelle quali vi è contatto con gli animali e/o con prodotti di origine animale) – nelle attività dei "**servizi sanitari, comprese le unità di isolamento e post mortem**" e "**nei laboratori clinici, veterinari e diagnostici, esclusi i laboratori di diagnosi microbiologica**" (per questi ultimi sono previsti maggiori obblighi di prevenzione di cui all'allegato **XLVII** del T.U.).

Come a dire che in tutti i luoghi in cui si esercita un'attività sanitaria (ospedali, case di cura, ambulatori, studi dentistici, servizi di assistenza domiciliare e sociale, ecc.), i lavoratori presentano un rischio variabile, ma mai trascurabile, di contrarre "**malattie infettive**".

La dottrina medico-legale già da molti anni ha indicato, per la malattia infettiva contratta in "**occasione di lavoro**", una necessaria equiparazione tra la "**causa violenta**" e la "**causa virulenta**" (Borri, 1918), potendo in tal senso considerare l'evento dannoso quale "**infortunio-malattia**" che, per il dipendente pubblico, prevede la già ricordata "**duplice tutela**".

Pur senza approfondire le problematiche dottrinarie connesse a tale peculiare inquadramento², si vuole ricordare come nel 1959 veniva proposta una classificazione delle malattie infettive in base ai rischi lavorativi (che oggi, alla luce dei profondi mutamenti verificatisi nel mondo del lavoro rispetto a quegli anni, appare del tutto superata e scarsamente applicabile), che può essere così schematizzata:

- I gruppo: infezioni il cui contagio avveniva soprattutto per ragioni di lavoro (carbonchio, tetano, ecc.);
- Il gruppo: infezioni il cui contagio, di regola generico, poteva essere facilitato o aggravato dal lavoro (tubercolosi, sifilide, brucellosi, ecc.);

¹ Da qui in poi semplicemente definito T.U.

² A tal proposito si rimanda alla pubblicazione "**Malattia-Infortunio. Trattazione in ambito INAIL**", a cura della Sovrintendenza Generale INAIL, 1999.

- III gruppo: infezioni generalmente decorrenti sotto forma epidemica ma i cui focolai risultavano localizzati soltanto in luoghi ove solo un lavoratore per ragioni professionali le avrebbe potute contrarre (colera, peste, ecc.).

Numerose sono state le norme emanate ed i contributi scientifici proposti nel corso degli anni al fine di chiarire tale questione; di particolare interesse l'“*elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali*”, emanato con Decreto Interministeriale 18 aprile 1973, che già prevedeva tra le malattie infettive di origine professionale le “*malattie infettive del personale che si occupa di profilassi, cure, assistenza a domicilio e ricerche*”.

Con l'emanazione del D.Lgs. 626/94 gli agenti biologici trasmissibili furono classificati in quattro classi di pericolosità (mediante l'allegato XI, poi modificato dal D.M. 12 novembre 1999); interessante notare, inoltre, come la Commissione Scientifica istituita con il D.M. 23 marzo 2001 con il compito di rielaborare l'elenco delle malattie professionali abbia emanato, in occasione della revisione dell'“*elenco delle malattie per le quali è obbligatoria la denuncia*” (D.M. 27 aprile 2004), un elenco costituito da tre diversi gruppi di malattie, nell'ambito dei quali comunque non viene prevista “l'assoluta certezza di origine professionale”; tali gruppi sono stati così indicati:

- **Malattie la cui origine lavorativa è di elevata probabilità (Lista I)**, che hanno costituito la base per la revisione e formulazione delle nuove tabelle delle malattie professionali;
- **Malattie la cui origine lavorativa è di limitata probabilità (Lista II)**, per le quali non sussistono ancora conoscenze sufficientemente approfondite perché siano incluse nel primo gruppo;
- **Malattie la cui origine lavorativa si può ritenere possibile e per le quali non è definibile il grado di probabilità (Lista III)** per le sporadiche e ancora non precisabili evidenze scientifiche.

È inoltre da far presente che **tutti** gli agenti eziologici di natura biologica sono stati ricompresi nella Lista I (tra cui tetano, brucellosi, epatite A, B e C, AIDS, rabbia, malaria, ecc.), **non potendo in alcun modo negare l'esposizione professionale ai lavoratori che abbiano contratto una malattia infettiva e che risultino esposti al “rischio biologico”**; ciò nonostante – e così come risulta comprensibile alla luce delle molteplici modalità di trasmissione delle malattie infettive – non è presente alcuna malattia infettiva, propria degli operatori del settore sanitario, nelle nuove tabelle delle malattie professionali emanate con il D.M. 9 aprile 2008.

Ritornando alla classificazione degli “**agenti biologici**” (ovvero, sulla base dell'art. 267 del T.U., “*qualsiasi microrganismo, anche se geneticamente modificato, coltura cellulare ed endoparassita umano che potrebbe provocare infezioni, allergie o intossicazioni*”), essi sono stati ulteriormente riclassificati, sulla base delle principali caratteristiche di ogni microrganismo³ e tenuto conto dell'effettivo rischio di infezione, nei seguenti quattro gruppi (art. 268 del T.U.):

- **Gruppo 1:** agenti biologici che presentano **poche probabilità** di causare malattie in soggetti umani (sic !);
- **Gruppo 2:** agenti biologici che possono causare malattie in soggetti umani e costituire un **rischio** per i lavoratori [è poco probabile che si propaghino nella comunità e sono di norma disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche (ad esempio morbillo, poliomielite, candidosi, botulismo, ecc.)];
- **Gruppo 3:** agenti biologici che possono causare malattie gravi in soggetti umani e costituiscono un **serio rischio** per i lavoratori [possono propagarsi nella comunità, ma di norma sono disponibili efficaci misure profilattiche o terapeutiche (ad esempio AIDS, epatite C, febbre gialla, ecc.)];

³ **Infettività** (capacità di sopravvivere alle difese dell'ospite e di moltiplicarsi in esso); **patogenicità** (capacità di produrre malattia a seguito di infezione); **trasmissibilità** (capacità di essere trasmesso da un soggetto portatore o malato ad un soggetto non infetto); **neutralizzabilità** (disponibilità di efficaci terapie o di misure di profilassi); **virulenza** (capacità di determinare malattia grave o mortale); **resistenza** (all'ambiente o ai disinfettanti).

- **Gruppo 4:** agenti biologici che possono provocare malattie gravi in soggetti umani e costituiscono un serio rischio per i lavoratori [possono presentare un elevato rischio di propagazione nella comunità e non sono disponibili, di norma, efficaci misure profilattiche o terapeutiche (ad esempio Ebola, ecc.)].

Inoltre nell'allegato **XLVI** al T.U., che riporta l'elenco degli agenti biologici classificati nei gruppi 2, 3 e 4, si specifica, tra l'altro, che:

- “sono inclusi nella classificazione unicamente gli agenti di cui è noto che possono provocare malattie infettive in soggetti umani”;
- “la classificazione degli agenti biologici si basa sull'effetto esercitato dagli stessi su lavoratori sani”;
- “gli agenti biologici che non sono stati inclusi nei gruppi 2, 3 e 4 dell'elenco non sono implicitamente inseriti nel gruppo 1”;
- “tutti i virus che sono già stati isolati nell'uomo e che ancora non figurano nel presente allegato devono essere considerati come appartenenti almeno al gruppo due, a meno che sia provato che non possono provocare malattie nell'uomo”.

Le principali vie di trasmissione sono rappresentate dalla **via aerea** (microrganismi presenti nell'aria), **via droplets** (goccioline disseminate nell'aria a partenza da tosse o starnuti), **via parenterale** (ad esempio puntura accidentale con ago infetto), **per contatto** (trasferimento diretto mediato, ad esempio, dalle mani, o indiretto, mediato da un oggetto contaminato) e **tramite veicoli o vettori**.

Tenuto conto della complessità e della variabilità degli agenti biologici, in uno con le differenti e molteplici vie di trasmissione, si comprende come risulti alquanto complessa l'esecuzione di valide “**misure preventive**” in grado di limitare la diffusione dei contagi in ambito lavorativo, soprattutto in presenza di focolai di epidemia; a tal proposito, pur sottolineando il significato della profilassi vaccinale quale efficace intervento di protezione, i “**dispositivi di protezione individuale**” per il “**rischio biologico**” sono rappresentati, fondamentalmente, dalla presenza sul luogo di lavoro di un'adeguata strumentazione igienica (docce, lavaggi oculari ed antisettici, indumenti protettivi, guanti, mascherine, cfr. art. 273 del T. U.) e dal rispetto delle comuni norme igienico-sanitarie (definite “**raccomandazioni e precauzioni universali**”), tra cui risulta di particolare importanza il frequente “lavaggio delle mani”.

La difficoltà risiede, fondamentalmente, nella valutazione della reale entità del rischio dal momento che risulta complicato avere una stima affidabile relativa al “**monitoraggio ambientale**” (ad esempio il dosaggio quantitativo dei microrganismi aerodispersi), così come altrettanto difficoltoso risulta l'utilizzo del “**monitoraggio biologico**” nella valutazione dell'avvenuto contagio dai microrganismi, tenuto conto dell'estrema variabilità della risposta adattativa o immunitaria dell'ospite.

A tal proposito sembra di estremo interesse quanto riportato nelle “**Linee Guida in applicazione del D. Lgs. 626/94 nel Settore Ospedaliero della Regione Veneto**”⁴, ovvero che “la valenza a fini preventivi della rilevazione degli eventi accidentali o degli infortuni che comportano il possibile contagio con agenti biologici dotati di potenzialità infettiva, anche se effettuata a posteriori, risulta l'unica strategia perseguibile laddove il pericolo di contagio (esposizione) non sia presente come condizione intrinseca nel ciclo produttivo o nell'attività svolta, ma nasca come evento accidentale, più o meno scarsamente prevedibile ... in questo caso la pericolosità e la dannosità di un certo ambiente di lavoro o di una singola attività lavorativa forniscono delle stime di rischio per eventi o situazioni già verificatisi ed il rischio viene detto **rischio osservato**: osservato per distinguerlo dalla situazione opposta di **rischio atteso** in cui il pericolo, pur presente al momento della valutazione, non è abbinato al danno, ma la cui comparsa è attesa in un tempo successivo”.

⁴ Tratto da www.ispesl.it/documentazione

Sulla base delle considerazioni che precedono, di natura squisitamente preventiva, è possibile delineare quella che, allo stato, è la procedura prevista dalla normativa vigente qualora un dipendente pubblico del comparto sanitario contragga una malattia infettiva “*in occasione di lavoro*”; tale procedura vede inevitabilmente coinvolti, spesso con non poche difficoltà di comunicazione, l’Amministrazione di appartenenza, il medico competente, l’organo di Vigilanza territorialmente competente (rappresentato dai Servizi di Medicina Preventiva dell’ASL), l’ISPESL, l’INAIL e lo stesso Istituto Superiore di Sanità⁵.

Il dipendente pubblico del comparto sanitario, qualora contragga una malattia infettiva che ritiene in correlazione con l’attività lavorativa svolta, ha oggi la possibilità di esercitare la **duplice tutela** rappresentata dalla “causalità di servizio” e dalla denuncia di “infortunio-malattia” all’INAIL; pertanto la relativa procedura si svilupperà secondo due differenti modalità:

- 1) **richiesta ai fini del riconoscimento della “causalità di servizio”**: ai sensi del D.P.R. 461/2001 la procedura può partire mediante la domanda del diretto interessato o mediante l’avvio d’Ufficio. Nel primo caso il dipendente “*presenta domanda scritta all’ufficio o al comando presso il quale presta servizio, indicando specificamente la natura dell’infermità o lesione, i fatti di servizio che vi hanno concorso e, ove possibile, le conseguenze sull’integrità fisica, psichica o sensoriale e sull’idoneità al servizio, allegando ogni documento utile. Fatto salvo il trattamento pensionistico di privilegio, la domanda ... deve essere presentata dal dipendente entro sei mesi dalla data in cui si è verificato l’evento dannoso o da quella in cui ha avuto conoscenza dell’infermità o della lesione o dell’aggravamento*” (art. 2). Nel secondo caso, invece, “*l’Amministrazione inizia d’ufficio il procedimento per il riconoscimento della causa di servizio quando risulta che un proprio dipendente abbia riportato lesioni per certa o presunta ragione di servizio o abbia contratto infermità nell’esporsi per obbligo di servizio a cause morbigene e dette infermità siano tali da poter divenire causa d’invalidità o di altra menomazione dell’integrità fisica, psichica o sensoriale*” (art. 3). In ambedue i casi il dipendente sarà visitato dalla Commissione Medica (CMV, CMO o ASL) competente in relazione all’Amministrazione di appartenenza che provvederà ad esprimere il proprio giudizio in merito alla tempestività della domanda ed all’ascrivibilità tabellare dell’infermità; successivamente il parere in merito alla “**relazione causale o concausale efficiente e determinante**” tra infermità ed attività lavorativa sarà espresso dal Comitato di Verifica per le Cause di Servizio di Roma;
- 2) **richiesta ai fini dell’indennizzo INAIL**: nel momento in cui il dipendente contrae la patologia, o realizza che l’infermità di cui è portatore può essere correlata al lavoro svolto, ne dà comunicazione – eventualmente anche mediante il medico competente – alla propria Amministrazione di competenza; quest’ultima è tenuta a denunciare all’INAIL, entro cinque giorni dalla comunicazione del prestatore d’opera, i rilievi sanitari e circostanziali in cui è stata presumibilmente contratta la malattia. In seguito l’Istituto Assicuratore provvederà a convocare a visita il dipendente e, quindi, si esprimerà in merito alla “**relazione causale**” tra l’infermità e la tipologia di lavoro svolto, quantificando gli eventuali “postumi” alla luce del D. Lgs. 38/2000.

Evidente come gli aspetti peculiari relativi all’inquadramento delle malattie infettive in tali ambiti siano rappresentati, non tanto dall’eventuale valutazione quantitativa relativa all’“**invalidità permanente**” (causalità di servizio) o al “**danno biologico permanente - inabilità permanente**” (INAIL), quanto piuttosto dalla differente valutazione preliminare in merito alla sussistenza del rapporto causale o concausale ed, ancor prima, dalla possibilità di segnalare all’Amministrazione di appartenenza l’evento-infortunio a cui, potenzialmente, potrebbe conseguire la malattia infettiva.

Pertanto è ovvio come appaia buona norma segnalare sempre e comunque alla propria Amministrazione il verificarsi di determinati “eventi accidentali” che intrinsecamente rappresentano un rischio di contagio (si pensi alla puntura accidentale con un ago infetto o presunto tale, alla penetrazione muco-cutanea di liquidi biologici infetti o presunti tali, al verificarsi di lesioni cutanee

⁵ Cfr. artt. 279-281 del T.U. 81/2008.

dell'operatore nel corso di interventi chirurgici su pazienti infetti, ecc.); tale segnalazione è chiaramente finalizzata all'individuazione del “*primum movens*” qualora successivamente (e compatibilmente con il periodo di incubazione) il dipendente presenti una malattia infettiva eziologicamente correlabile all'evento denunciato.

Di contro maggiori difficoltà si presentano qualora l'operatore sanitario non sia in grado di individuare il preciso momento di contagio, come nel caso di una malattia infettiva respiratoria contratta da un operatore sanitario che eserciti a stretto contatto con pazienti portatori di patologie infettive trasmissibili mediante via aerea o droplets; in tal caso risulta necessario procedere ad effettuare una valutazione “*ex-post*” (ovvero a seguito del manifestarsi della malattia infettiva) sulla base della classica criteriologia medico-legale ed, in particolare, alla luce del “*criterio presuntivo*”.

Nel diritto civile le presunzioni rappresentano dei mezzi di prova e consistono nell'indurre da un fatto noto l'esistenza di un fatto ignoto (“*ragionamento induttivo*” – art. 2727 c.c.)⁶; per la definizione di tali casi sarà di estrema importanza il “*dato epidemiologico e circostanziale*”, attestato dall'Amministrazione di appartenenza e che passerà al vaglio delle competenti commissioni mediche (si pensi ad una particolare incidenza di un'infezione nosocomiale in un reparto ospedaliero).

A questo punto le due diverse valutazioni sul rapporto di causalità, sottese alla duplice tutela, potrebbero essere ampiamente divergenti:

- infermità (temporanee o permanenti) su base infettiva, rapportabili ad un “*rischio atteso*” (e quindi assicurato “*ab initio*”), potrebbero essere riconosciute sia in ambito di causalità di servizio che in ambito INAIL, soprattutto se sostenute da una opportuna segnalazione relativa al potenziale “*momento di contagio*”;
- infermità (temporanee o permanenti) su base infettiva, rapportabili ad un “*rischio osservato*” (comunque sempre inquadrabile perlomeno in un “*rischio generico aggravato*”) potrebbero essere riconosciute in ambito di causalità di servizio, ove è sufficiente un rapporto concausale efficiente e determinante, ma di contro potrebbero non essere convalidate in ambito INAIL ove è necessario un nesso causale diretto che spesso non viene soddisfatto dal semplice criterio presuntivo.

In definitiva si ritiene che in un panorama valutativo e medico-legale così complesso, ulteriormente complicato dalle sostanziali differenze concettuali sottese alla “*duplice tutela*” del dipendente pubblico, un punto cardine sia rappresentato dalla figura centrale del “*medico competente*” il quale, nel corso delle visite per la “*sorveglianza sanitaria*”, dovrebbe raccogliere – perlomeno anamnesticamente – e documentare *ogni potenziale rischio biologico presente nell'ambiente di lavoro ove opera il dipendente*, adoperarsi per una corretta “*prevenzione primaria*” e, qualora si verifichi comunque un “*infortunio-malattia*”, redigere una relazione tecnica indirizzata al datore di lavoro ed all'INAIL (denuncia) che, peraltro, potrebbe essere inviata alla Commissione competente dall'Ufficio personale dell'Amministrazione di appartenenza, in allegato alla domanda d'Ufficio o a quella del lavoratore ai fini del riconoscimento della “*causalità di servizio*”.

⁶ Per un approfondimento circa la “*presunzione semplice*” in ambito di “*infortunio-malattia*” si rimanda alla Circolare INAIL n° 74 del 23 novembre 1995: “*Modalità di trattazione delle malattie infettive e parassitarie*”.

Proposta di nuovi riferimenti tabellari nella valutazione delle cardiopatie in pensionistica privilegiata

Aniello Tuccillo^o, Antonietta Rapuano^o, Nunzia Cannovo, Giovanni Pastore^o.*

^o Ministero dell'Economia e delle Finanze – Direzione Territoriale dell'Economia e delle Finanze di Benevento.

** Dipartimento di Medicina Pubblica e della Sicurezza Sociale – Sezione di Medicina Legale - Università di Napoli Federico II.*

Premessa

In base alla dottrina medico-legale e alla consolidata giurisprudenza della Corte dei Conti per il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio di un'infermità – produttivo di un trattamento privilegiato – è richiesto che un fatto determinante o almeno in senso lato individuabile, costituente adempimento di un obbligo di servizio, sia stato la causa unica e diretta dell'infermità stessa od anche una concausa che abbia però avuto un valore di conditio sine qua non (necessaria e preponderante) nel determinismo (e anche nell'aggravamento) di questa.

La valutazione medico-legale delle invalidità in pensionistica privilegiata (ordinaria e di guerra) viene effettuata utilizzando le tabelle A, B, E ed F annesse al D.P.R. 834/1981, nonché la tabella F-1 ed i Criteri per l'applicazione delle Tabelle A, B ed E previsti dal D.P.R. 915/1978.

Esiste quindi un'unica criteriologia valutativa per ciò che riguarda sia la pensionistica di guerra sia quella per causa di servizio.

In particolare, i riferimenti specifici alle patologie cardiache presenti nelle tabelle sono numerosi (vedi schema allegato).

Discussione

Esaminando questi riferimenti si può osservare che nelle tabelle esiste, nella fattispecie, una distinzione fra patologia organica e patologia esclusivamente funzionale ed una collocazione aprioristica della prima nella fascia medio-alta di incapacità al lavoro (50-100%).

La caratterizzazione di organicità viene ad essere considerata, di per sé un elemento pregiudiziale di gravità, tale da non consentire una valutazione inferiore alla 5 categoria, che si tradurrebbe in una percentuale di riduzione della capacità lavorativa non inferiore al 50%.

La minore rilevanza dell'aspetto funzionale quindi, porta inevitabilmente a valutare in tale misura anche gli esiti di una cardiopatia organica con ottimo recupero funzionale; situazione che può presentarsi per esempio nello stesso infarto del miocardio.

Il presente lavoro propone un metodo valutativo che si struttura su una stadiazione della cardiopatia basata su parametri clinico-anamnestici e soprattutto strumentali che abitualmente definiscono tali patologie.

In pratica alla soggettività deve corrispondere un'obiettività strumentale affidabile, ripetibile, verificabile ed in grado di tradurre percentualmente l'entità della menomazione.

L'altro aspetto che si è ritenuto dover sottolineare è quello della numerosa e spesso inutile congerie di esami strumentali che a volte vengono richiesti per poter giungere ad una valutazione più precisa. Ne consegue, che il grado di evoluzione della cardiopatia (gravità), potrà essere desunto dalla entità del danno cardiaco illustrato dalla compromissione dei parametri esplorati attraverso le indagini strumentali impiegate.

A tal fine sono considerate le affezioni cardiovascolari più frequenti per proporre un modello di stadiazione utilizzabile anche per altre patologie cardio-vascolari (cardiopatia ischemica cronica, cardiopatia ischemica acuta, scompenso cardiaco, aritmie).

I tassi di invalidità prospettati in relazione alla fase di evoluzione clinico-strumentale vanno intesi come proposte indicative, strutturate sulla sintesi di esperienze di valutazione cardiologica e medico-legale.

Conclusioni

Il presente lavoro offre una possibile risoluzione alla individuazione delle indagini da valorizzare in un approccio metodologico, al tempo stesso agile e preciso, della scelta degli indici da impiegare in riferimento a ciascuna metodica per le diverse patologie cardiache esaminate.

La proposta metodologica viene completata da un'ipotesi di valutazione del danno, corrispondente al grado di menomazione dell'efficienza del soggetto nella fase di evoluzione clinica della patologia considerata, ai fini dell'ascrivibilità a tabella di pensione privilegiata.

Schema 1

TABELLA A

1 categoria: 20) cardiopatie organiche in stato di permanente scompenso o con grave e permanente insufficienza coronaria ECG accertata.

2 categoria: 13) cardiopatie con sintomi di scompenso di entità tali da non essere ascrivibili alla prima categoria.

4 categoria: 9) le malattie di cuore senza sintomi di scompenso evidenti ma con stato di latente insufficienza del miocardio.

5 categoria: 12) le malattie organiche di cuore senza segno di scompenso.

7 categoria: 19) nevrosi cardiaca grave e persistente.

8 categoria: 17) disturbi funzionali cardiaci persistenti (nevrosi tachicardia extra sistolia).

TABELLA B

12) disturbi funzionali cardiaci di lieve entità.

TABELLA E

Lettera H

4) cardiopatie organiche in stato di permanente scompenso con grave o 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.

Per un corretto inquadramento storico-scientifico è necessario precisare che i riferimenti in questione si devono far risalire a circa 30 anni fa, epoca in cui i mezzi diagnostici, terapeutici e riabilitativi a disposizione e le conoscenze scientifiche in campo cardiologico erano ben diverse dagli attuali.

Freuenza dei Disturbi Neuropsichiatrici nella Popolazione Lavorativa: Considerazioni Valutative

A. Rapuano, A. Tuccillo, G. Pastore

Commissione Medica di Verifica Benevento

Introduzione.

Le alterazioni neuropsichiatriche costituiscono una frequente causa di inabilità. Si prevede che la depressione unipolare maggiore possa divenire tra dieci anni, la seconda causa di disabilità [Murray and Lopez. Lancet 1997].

Obiettivo del nostro lavoro è stato fare un'analisi delle cause di disabilità utile per le scelte economiche, di politica sanitaria, di formazione ed investimento tecnologico.

Materiali e Metodi.

Sono stati analizzate retrospettivamente 482 domande giunte all'osservazione della Commissione Medica di Verifica di Benevento tra il 1/1/2007 e 31/12/2008.

Risultati.

Su 482 domande 210 erano richieste di causa di servizio, 233 richieste di inabilità e 49 richieste di inidoneità.

Sono stati riconosciuti globalmente 89 casi di inabilità con o senza revisione con diagnosi preponderante di patologia neuropsichiatrica e 4 cause di servizio con diagnosi di patologia neuropsichiatrica.

Nel 2007 sono stati riconosciuti 45 casi di inabilità con o senza revisione con diagnosi di patologia neuropsichiatrica su 125 domande presentate (36%). 16 pazienti erano uomini, 29 donne, il range di età era di 33-63 anni, con età media di 54.4 anni. (Tab. 1)

Tabella 1.

Diagnosi neuropsichiatriche nei 45 casi di inabilità osservati nel 2007.

Disturbo di ansia generalizzato	12
Sindrome depressiva	12
Psicosi cronica	8
Disturbo ansioso-depressivo	5
Insufficienza mentale	3
Disturbo di adattamento	1
Cefalea	1
Disturbo epilettico	1
Disturbo di conversione	1
Disturbo di personalità	1

Nel 2007 sono state inoltre riconosciute 2 Cause di Servizio con diagnosi di patologia neuropsichiatrica su 110 domande (1.82%): 1 uomo di 49 anni con diagnosi di sindrome ansioso-depressiva e una donna di 55 anni, diagnosi disturbo depressivo.

Nel 2008 sono stati riconosciuti 44 casi di inabilità con o senza revisione su 108 domande presentate (40.7%). In 18 casi si trattava di uomini, in 26 di donne, età era compresa tra 21 e 63 anni, l'età media era di 55 anni (Tab. 2).

Tabella 2.

Diagnosi neuropsichiatriche nei 44 casi di inabilità osservati nel 2008.

Sindrome depressiva	21
Disturbo di ansia generalizzato	7
Psicosi cronica	5
Insufficienza mentale	5
Disturbo ansioso-depressivo	4
Disturbo di personalità	1
Sindrome di Asperger	1

Nel 2008 sono state riconosciute 2 Cause di Servizio con diagnosi di patologia neuropsichiatrica su 100 domande (2%), una donna di 50 anni affetta da disturbo depressivo e una donna di 47 anni con stato ansioso.

Conclusioni.

Abbiamo osservato nella nostra casistica una significativa incidenza di sindromi ansiose e depressive.

È inoltre prevedibile un ulteriore aumento di incidenza di inabilità da malattia neuro-psichiatrica causato dall'allungamento dell'età lavorativa.

Sono pertanto auspicabili nuovi interventi di politica economico-sanitaria per contenere la spesa e i disagi della popolazione lavorativa.

È inoltre necessario un aggiornamento delle tabelle delle menomazioni che si verificano con maggiore frequenza onde evitare il ricorso a criteri di equivalenza, non sempre agevolmente applicabili.

STORIE DI FOLLIA PER “PROCURA”

Pasquale Di Costanzo

Psichiatra e componente della CMV di Napoli

Soggetto di circa 60 anni, dipendente presso un ufficio di un’“autorità” giudiziaria, viene inviato dal dirigente capo del suo ufficio per una valutazione di idoneità al lavoro e alle mansioni del suo profilo professionale di appartenenza. Nelle note informative inviate al nostro ufficio, il dirigente segnala che, nonostante i molti certificati giustificativi di malattia riportino diagnosi di natura internistica, venivano rilevati comportamenti strani come quello di non giustificare assenze dal lavoro o recarsi al lavoro in giorni in cui gli uffici sono chiusi. Tali comportamenti vengono decodificati dal dirigente non come atteggiamenti di indisciplinazione, e quindi in quanto tali sanzionati, ma piuttosto come il segnale di un decadimento psico-fisico e lo invia alla nostra commissione per le valutazioni del caso.

Il primo punto critico nella valutazione riguarda la diagnosi clinica, per cui la commissione, esamina il caso con la presenza di uno specialista psichiatra quale componente integrante della commissione stessa ed affida, infine, a questi l’inquadramento diagnostico. Viene prodotta dall’interessato relazione di consulenza psichiatrica che documenta la presenza di uno stato depressivo; viene effettuato l’esame clinico psichiatrico, integrato da esame psicodiagnostico e RMN encefalica s.m.d.c.

In anamnesi non emergono elementi psicopatologici precedenti. La RMN encefalica evidenzia un quadro di encefalopatia vascolare cronica con lievi segni di involuzione cerebrale.

L’esame psicodiagnostico viene effettuato attraverso il MMSE (mini mental state examination), atto ad evidenziare in primo screening condizioni di declino cognitivo su base involutiva cerebrale: il punteggio riportato rientra nella normalità. Viene poi richiesta l’effettuazione di un test di personalità che viene effettuato presso una struttura pubblica. I test somministrati sono il test MMPI 2, atto ad inquadrare la presenza di un’eventuale psicopatologia attuale e di disturbi di personalità, ed il test di Rorschach. Nel primo test viene evidenziata la presenza di una condizione disforica a prevalente componente depressiva associata alla possibilità di risposte impulsive, mentre nel test di Rorschach viene evidenziata la possibilità della presenza di un deterioramento organico associato ad un insufficiente esame di realtà.

Viene posta diagnosi di sindrome depressiva endoreattiva grave con tendenza alla disforia e lievi deficit cognitivi.

La commissione esaminatrice emette il seguente giudizio: ***non idoneo al servizio in modo temporaneo per sei mesi.***

Allo scadere del periodo di inidoneità temporanea torna alla nostra commissione, e viene nuovamente esaminato con la presenza integrante dello psichiatra. Viene esibita relazione di consulenza psichiatrica in cui si evidenzia l’assunzione di terapia con neurolettici ed antidepressivi. Il paziente riferisce di non aver avuto più episodi confusionali e quindi di aver ricevuto benefici dalla terapia farmacologica. Tutto questo viene confermato dai fratelli, presenti alla visita. Viene posta diagnosi di ***sindrome depressiva involutiva in trattamento in soggetto affetto da vasculopatia cerebrale cronica.***

Il periodo di osservazione è risultato utile da un lato per definire la diagnosi non come un semplice quadro reattivo ma come una patologia cronica ed evolutiva, e dall’altro per permettere al paziente di giovare di un trattamento farmacologico con i conseguenti benefici.

La commissione ora si trova di fronte ad un nuovo punto critico: decidere in via definitiva riguardo l’idoneità al lavoro e alle mansioni proprie del profilo professionale di appartenenza del paziente. Come è comprensibile il paziente vorrebbe continuare a lavorare, per cui la valutazione risulta complessa e multidimensionale. In seno alla commissione vi sono due opposte tendenze: da un lato la possibilità che il lavoro possa rappresentare un fattore terapeutico, atto a migliorare le condizioni cliniche del paziente e dall’altra che lo stesso lavoro possa risultare compromesso dalle disabilità

proprie del caso. Questo secondo aspetto può essere valutato soltanto attraverso una conoscenza diretta e precisa del contesto di lavoro e del tipo di lavoro specifico svolto.

Il presidente della commissione con lo psichiatra decidono di incontrare direttamente il dirigente dell'autorità giudiziaria che ha inviato il paziente. Il contenuto dell'incontro viene riportato in commissione e viene emesso il seguente giudizio: ***non idoneo al servizio in modo permanente ed assoluto e pertanto inabile totalmente e permanentemente a qualsiasi proficuo lavoro.***

Incontrare l'autorità inviante è stata una strategia per riuscire a dare il giusto peso alla patologia rispetto al lavoro svolto dal paziente, nel rispetto dell'etica professionale, del mandato istituzionale e del benessere del paziente stesso.

*Caso clinico trattato dalla seguente sottocommissione:
dott. L. Acanfora, dott. G. Clemente, dott. P. Di Costanzo, dott. G. Guadagno*



LA STORIA DI UN'ATTIVITÀ DISMESSA: IL LAVORO DELLA CMV DI BRESCIA DAL 2000 AL 2006

Si è analizzato il lavoro della CMV del Ministero dell'Economia e delle Finanze sede di Brescia nel periodo dal 2000 al 2006, in epoca immediatamente precedente al trasferimento delle competenze della CMV all'INPS, stabilito dalla legge n. 248 del 2 dicembre del 2005 e divenuto effettivo con il messaggio 9403 del 12 aprile 2007.

Gli esiti dei giudizi emessi dalla Commissione sono stati considerati sia nel loro complesso, valutando il numero totale di verbali della commissione medica dell'ASL sottoposti ad esame, nonché la rispettiva pronuncia di conformità, difformità e sospensione per visita diretta o per ulteriori accertamenti; si è quindi proceduto all'analisi dei medesimi parametri per singola categoria:

MATERIALI E METODI

Gli esiti dei giudizi emessi dalla Commissione sono stati considerati sia nel loro complesso, valutando il numero totale di verbali della commissione medica dell'ASL sottoposti ad esame, nonché la rispettiva pronuncia di conformità, difformità e sospensione per visita diretta o per ulteriori accertamenti; si è quindi proceduto all'analisi dei medesimi parametri per singola categoria:

- non invalido o invalido <33%
- scoppio di invalidità
- pensione di invalidità con indennità di accompagnamento
- pensione con indennità speciale per rischi vestimentari
- pensione con indennità di comunicazione
- ultrassessantacinquenni e minorati non invalidi
- no handicap ex lege 104/92
- handicap grave ex lege 104/92
- invalido con percentuale di invalidità compresa tra 33% e 74%
- pensione di invalidità
- indennità mensile di frequenza per i minori invalidi
- pensione con indennità di accompagnamento ciechi
- invalidità per soggetti ultrassessantacinquenni
- ultrassessantacinquenni e minorati con indennità di accompagnamento
- handicap ex lege 104/92

RISULTATI

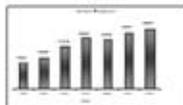


Fig. 1: incremento costante dei verbali analizzati dalla CMV di Brescia, fatta eccezione per l'anno 2004.

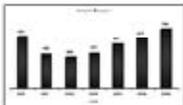


Fig. 2: decremento dei verbali sospesi fino all'anno 2002, con progressiva risalita successiva.

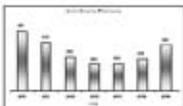


Fig. 3: procedure sospese con convocazione a visita diretta dell'interessato. Fino al 2003 il numero di verbali sospesi e di visite dirette ha un andamento simile, negli anni successivi il differenziale è maggiore.

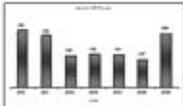


Fig. 4: apprezzabile un decremento dei verbali difformi fino al 2005 per tornare a valori quasi raddoppiati nel 2006.

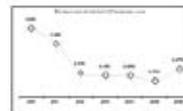


Fig. 5: calcolo della percentuale dei verbali difformi, si noti la risalita dell'anno 2006.

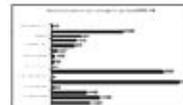


Fig. 6: il maggior numero dei giudizi formulati dalla commissione medica dell'ASL riguarda il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento per soggetti di età superiore a 65 anni, seguito dal riconoscimento di invalidità sempre per soggetti di età superiore a 65 anni.

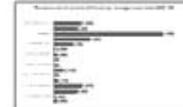


Fig. 7: il maggior numero di verbali difformi è stato osservato per il riconoscimento dell'assegno di invalidità mentre per le due voci più rappresentate nelle domande di invalidità (indennità di accompagnamento e invalidità oltre 65 anni) la percentuale relativa dei verbali difformi si attesta su valori inferiori allo 0,5%.

La commissione medica di prima istanza ha negato il riconoscimento di invalidità per sole 56 domande presentate in sei anni, contro i quasi 33.900 riconoscimenti accordati. 246 soggetti di età compresa tra i 18 ed i 65 anni nello stesso arco di tempo si sono visti respingere la domanda di invalidità.

Per quanto attiene alla composizione della CMV, si è introdotto l'operatore sociale dal 2005, mentre il totale dei membri si è incrementato fino al 2004, per poi mantenersi costante, non quindi consensualmente al costante incremento del numero dei verbali esaminati, che non ha subito arresti negli ultimi tre anni.

Per quanto riguarda poi la specialità dei medici e dei medici fiduciari tra i medici membri della commissione negli ultimi anni, sono aumentati gli specialisti medici-legali, ma sono stati espunti lo specialista ortopedico e lo psichiatra. Tale scelta probabilmente, per nell'inevitabile di conferire al giudizio della CMV una maggiore valenza medico-legale, tuttavia non tiene in debita considerazione come l'incidenza delle patologie psichiatriche sia in costante aumento (e non di rado si accompagnano a gravi condizioni di invalidità) e che le affezioni osteoarticolari caratterizzano comunque una elevata percentuale di soggetti ultrassessantacinquenni, i quali, come evidenziato precedentemente, rappresentano la quota più numerosa di giudizi esaminati dalla CMV stessa.

Fonte: statistiche semestrali 2000-2006 della CMV del Ministero dell'Economia e delle Finanze, sede di Brescia.



3° Convegno Nazionale Vietri Sul Mare (Sa) 18-19 giugno 2009



UNA DIATRIBA DI 60 ANNI PER UN INVALIDO CIVILE DI GUERRA

F. Consigliere, F. Gasparini

Scuola di Specializzazione in Medicina Legale, Università degli Studi di Brescia

L'EVENTO

La mattina del 4 settembre 1944 durante un'incursione aerea in località Ponte sull'Adige, M. G., che aveva 5 anni, si trovò nelle vicinanze dell'esplosione di una bomba: lo spostamento d'aria provocato dalla deflagrazione lo scaraventò a terra. Nella caduta il bambino veniva colpito da un corpo contundente che gli provocò una ferita lacero-contusa della palpebra superiore ed una ecchimosi congiuntivale. A tale lesione non fu data importanza. Negli anni successivi le condizioni visive peggiorarono, in particolare, dopo una caduta da un fienile (luglio 1946). Novembre del 1946 diagnosi di "miopia media in O.S. e distacco di retina bilaterale". Marzo 1948 diagnosi di "O. O. distacco di retina".

1950: INIZIA LA DIATRIBA PER IL RICONOSCIMENTO DELL'INVALIDITÀ DI GUERRA

Il 9 maggio 1950 veniva inoltrata richiesta di riconoscimento invalidità di guerra. Il 21 settembre 1951, la Commissione Medica Superiore giudicava l'infirmità non dipendente da causa bellica. Veniva, quindi, fatto ricorso alla Corte dei Conti.

Il 18 aprile 1959 la Corte dei Conti escludeva qualsiasi rapporto di causalità fra il pretestato evento dannoso del 1944 e l'infirmità oculare in questione.

Nella seduta del 1.06.1971 la Commissione Sanitaria Provinciale Ciechi Civili di Brescia dichiarava M. G. affetto da cecità assoluta.

1982 : RICHIESTA DI RIESAME

Tale richiesta non trovava accoglimento.

2004: NUOVI ACCERTAMENTI

Una radiografia delle orbite metteva in evidenza "alcune piccole schegge metalliche nei tessuti molli in sede fronto-parieto-occipitale bilateralmente". Tale reperto veniva successivamente confermato da una TAC. Il quadro suggeriva un pregresso evento traumatico con l'intervento di frammenti metallici.

NUOVA DOMANDA: IL RICONOSCIMENTO DELLA PENSIONE PRIVILEGIATA DI GUERRA

La visita medico collegiale aveva luogo il 5 settembre 2005. In tale circostanza la *Commissione Medica Legale di Brescia*, "prese atto che con la domanda del 18.04.05 l'interessato usciva dalla parenzione di termini in quanto solo con l'esame del 24.10.04 si evidenziavano corpi estranei prima di allora ignorati, la mancanza dei quali era alla base dell'argomentazione di non dipendenza da fatto di guerra e di endogenicità della patologia, tanto presente l'evoluzione clinica comprovata nei vari ricoveri e delle stesse argomentazioni cliniche del collega medico legale", considerava la patologia come dipendente da fatto di guerra e l'invalidità ascrivibile alla I° categoria tabella A voce 1 + tabella E lettera A voce 1 a decorrere dal 1.05.2005.

L'8 ottobre 2005 il signor M. G. presentava istanza di ricorso gerarchico al Ministero dell'Economia e delle Finanze avverso la determinazione datata 8 settembre 2005 nella quale veniva accolta la sua richiesta di pensionamento soltanto a decorrere dal 1 maggio 2005, senza tener conto delle sue ripetute istanze amministrative e giudiziarie.

14.06.06: L'ANNULLAMENTO

Inspiegabilmente il 14.06.06 il Ministero dell'Economia e delle Finanze dipartimento di Brescia comunicava al signor M. G. l'avvio del procedimento amministrativo di annullamento del provvedimento concessivo del trattamento pensionistico in via di autotutela: veniva annullata la precedente determina concessiva dell'8.09.05 e veniva avviato il procedimento relativo alla quantificazione e al recupero del credito erariale sino ad allora concesso.

CORTE DEI CONTI: SENTENZA N. 215/07/G

Alla luce dei fatti, delle contestazioni della difesa del signor M. G. e della difesa dell'Amministrazione, il Giudice osservava che la domanda di riesame amministrativo del 18.04.05 introduceva un nuovo tema decidendum che non impingeva nel giudicato formatosi con la sentenza del 18.04.1959 pronunciata dalla Corte dei Conti Sezione I Speciale per le Pensioni di Guerra di Roma.

Il fatto nuovo consisteva nei nuovi accertamenti clinici e strumentali che evidenziavano la dipendenza da cause di guerra della cecità ad entrambi gli occhi denunciata dal ricorrente, in quanto solo con l'esame del 21.10.04 si evidenziavano corpi estranei prima di allora ignorati, la mancanza dei quali era alla base dell'argomentazione di non dipendenza da fatto di guerra e di endogenicità della patologia: la lesione doveva essere, quindi, considerata come dipendente da fatto di guerra.

In forza di tali considerazioni il Giudice concludeva che DOVEVA ESSERE RICONOSCIUTO, in capo al ricorrente, IL DIRITTO ALLA PENSIONE DI GUERRA di I° categoria tab. C + assegno di superinvalidità lettera E/A e indennità di accompagnamento ai sensi di legge con decorrenza dal 01.05.05, con liquidazione delle relative competenze economiche senza soluzione di continuità, comprensive di interessi legali e rivalutazione monetaria da calcolarsi sulle somme tardivamente pagate secondo i criteri stabiliti dalla sentenza 18.10.2002 n. 10/2002/QM delle Sezioni riunite di questa Corte.

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*

IV SEZIONE

Abstract

*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 Graecia* di Catanzaro

viscomi@unicz.it

La relazione proporrà una revisione degli snodi giuridici fondamentali connessi alla causalità di servizio. Premessa una sintetica ricostruzione dell'evoluzione normativa, si analizzeranno gli orientamenti giurisprudenziali in materia, attraverso la presentazione e discussione di alcune sentenze significative. Si focalizzerà poi l'attenzione sul concetto (giuridico) di causalità e sulle relative relazioni con l'esperienza ed il sapere biomedico e quindi sui criteri di valutazione del nesso causale. Si proporrà infine una valutazione di sintesi sulla perdurante validità dei sistemi tabellari di valutazione.

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

Nella relazione, dopo una breve disamina della recente evoluzione legislativa in tema di causalità di servizio, ne viene descritta la nuova criteriologia unitamente alla valutazione della capacità lavorativa e riconoscimento e valutazione del danno biologico e danno morale, introdotti dalla Legge 206/2004, sia per gli originari destinatari della norma, quali le vittime del terrorismo e della criminalità organizzata, sia per i dipendenti pubblici, che si trovano nelle condizioni previste dalla Legge 266/2005 e dal relativo regolamento approvato con D.P.R. 243/2006.

Con particolare riguardo al danno morale, in considerazione di quanto stabilito nella recente Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 luglio 2007, viene evidenziato come tale valutazione rappresenti una vera e propria novità per le competenze delle Commissioni mediche chiamate a pronunciarsi, non scevra da difficoltà in assenza di un qualsivoglia riferimento normativo, se si considera che finora la sua quantificazione era affidata solamente al Giudice nella sede competente; inoltre, vengono formulate proposte di parametri valutativi per gli organismi sanitari.

La relazione si conclude anche con una proposta generale dell'autore con la quale, senza intervenire nel merito di ciascuno strumento tabellare, sarebbe possibile quantomeno armonizzare i diversi ambiti valutativi.

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

L'esame delle normative in tema di causalità di servizio e di assicurazioni sociali realizzano oggi un sistema di tutela del tutto ultroneo rispetto alle aspettative di efficienza ed efficacia richieste in termini sempre più stringenti alla P.A. nonché produttore di disparità di indennizzi tra il pubblico ed il privato ed all'interno stesso del settore pubblico. L'omogeneizzazione delle garanzie assicurative per tutti i lavoratori è quindi passaggio auspicabile, non più rinviabile. Lo stesso sarebbe concretamente realizzabile con salvaguardia dei benefici per i lavoratori e delle esigenze di autotutela dell'amministrazione (soprattutto in tema di idoneità specifica per particolari categorie), senza aumento dei costi per la P.A. proprio in ragione dell'eliminazione di molte duplicazioni di accertamento e per riduzione del contenzioso.

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

Nel ripercorrere l'iter evolutivo normativo e dottrinario in tema di "malattia professionale", "malattia correlata al lavoro" e, per i dipendenti delle amministrazioni ed Enti pubblici, della "malattia dipendente da causa di servizio" ci si soffermerà – in relazione ai dipendenti pubblici – sull'ormai incomprensibile sussistenza di una duplice tutela previdenziale che appare essere del tutto inutile in tema di "infortunio sul lavoro" ed in gran parte assorbita dalla tutela INAIL. Su tale duplicità si viene, poi, ad inserire una grave difformità in relazione al "bene salute", oggi tutelato in ambito INAIL e non ancora previsto in ambito di "causalità di servizio".

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*

A decorrere dal 22 gennaio 2002, in attuazione del D.P.R. 29 ottobre 2001, n. 461, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale – Serie Generale n. 5 del 7 gennaio 2002, sono state stabilite nuove norme per la semplificazione dei procedimenti per il riconoscimento della dipendenza dalle 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. La costituzione del nuovo Comitato è avvenuta con appositi decreti del Ministro dell'Economia e delle Finanze. Il Comitato di verifica è l'unico organo deputato all'esame della dipendenza da causa di servizio dell'infermità sofferta dall'interessato all'accertamento; giova evidenziare che, a norma di legge, il Comitato può autonomamente richiedere supplementi di accertamenti sanitari già eseguiti dalle competenti Commissioni. Il provvedimento di riconoscimento di dipendenza da causa di servizio dell'infermità o lesione, emesso da questa Amministrazione, costituisce accertamento definitivo anche nell'ipotesi di successiva richiesta di equo indennizzo o di trattamento pensionistico di privilegio. L'amministrazione centrale adotta il provvedimento di riconoscimento di infermità dipendente da causa di servizio conformemente al parere del Comitato di verifica. Entro cinque anni dalla data di comunicazione del provvedimento di concessione dell'equo indennizzo, il dipendente, in caso di aggravamento della menomazione dell'integrità fisica, può per una volta sola chiedere all'Amministrazione la revisione del beneficio già concesso.

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*

Un'analisi approfondita delle tabelle (A,B,E,F) rende evidenti tutti i limiti che inevitabilmente sono connaturati ad uno strumento valutativo ormai obsoleto che, peraltro, fa riferimento non al danno biologico ma alla capacità lavorativa generica: voci che sovrastimano in maniera inaccettabile alcune infermità (es. castrazione, diabete insipido), dizioni anacronistiche (“insufficienza coronarica ecg accertata”, “psiconevrosi”, “nevrosi cardiaca”), assenza di riferimenti funzionali (es. classificazione NYHA), strumentali (campimetria, audiometria, timpanogramma) e protesici nella valutazione delle infermità. Inoltre l'applicazione alla pensionistica privilegiata ordinaria di tabelle nate per la pensionistica di guerra, appare come un'ingiusta estensione ad un ambito diverso da quello per cui le tabelle in oggetto sono nate. 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.

Patologie otorinolaringoiatriche e Sistema ABEF

Domenico Porpora

Componente Commissione Medica di Verifica di Napoli

L'Autore esamina le patologie di pertinenza Otorinolaringoiatrica riportate nelle Tabelle di Valutazione ABEF facendo un parallelo con gli altri ambiti valutativi.

Da tale confronto emerge un quadro di profonda discrepanza tra i valori assegnati a ciascuna patologia in ambito ABEF e quelli applicati in ambito INAIL e Invalidità Civile. In particolare si prendono in esame le sinusiti, le ipoacusie, i disturbi della voce e dell'equilibrio. Si pone l'accento sulla necessità di una revisione dei criteri valutativi ABEF al fine di assegnare a ciascuna patologia un valore tabellare coerente con l'effettivo impatto sulla integrità della persona tenendo conto della notevole evoluzione delle metodiche diagnostiche e delle più recenti terapie che hanno modificato profondamente il decorso clinico e l'incidenza stessa di molte patologie specialistiche. Viene esaminata, infine, l'etiologia delle varie condizioni patologiche oggetto di domanda di riconoscimento di dipendenza da causa di servizio chiarendo quali siano le difficoltà di stabilire un nesso di causalità con il servizio svolto.

Patologie neuropsichiatriche e Sistema ABEF

Antonello Crisci

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

La relazione sarà incentrata sul sistema ABEF, attualmente vigente, riportando le patologie comprese fondamentalmente nella tabella A (punto 28, punto 12, punto 17, punto 27 e punto 24, in relazione alle singole categorie) e nella tabella E (lettera A, E, F e G). Si discuterà della problematicità, clinica e medico-legale, dell'attuale sistema ed i possibili correttivi.

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.

Patologie cardiovascolari e Sistema ABEF

Stefano Castaldo

Coordinatore Sanitario Regionale INPS della Campania

In questa relazione viene presa in esame la criteriologia valutativa delle tabelle della pensionistica di guerra in merito alle patologie cardiovascolari. Viene anzitutto evidenziata la carenza di riferimenti ad esami strumentali e a conseguenti parametri su cui impostare una corretta valutazione. Non sono peraltro presenti, al di là di generiche enunciazioni, aggiornati criteri prognostico-funzionali che permettano una corretta e incontrovertibile percentualizzazione.

Vengono quindi presentate alcune proposte di modifica da inserire nell'ottica di una revisione integrata delle tabelle previste dalle varie normative.

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

Il relatore, partendo dai riferimenti legislativi della legge 335/95, compie una attenta ed approfondita analisi sugli aspetti medico legali della normativa: prestazioni erogate, criteri diagnostici e valutativi, analogie e differenze rispetto alla 222/84. Descrive infine, sulla scorta dell'esperienza della CMV di Napoli, la diversa incidenza delle infermità che più frequentemente determinano la concessione del beneficio.

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

Vengono trattate le problematiche relative all'attività medico-certificativa ponendo l'accento sulle differenziazioni del medico pubblico ufficiale; del medico incaricato di pubblico servizio e del medico incaricato di un servizio di pubblica necessità e, quindi, si passano in rassegna i reati di "Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici" (art. 476 c.p.); e di "Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici" (art. 479 c.p.). Infine, si riporta il pensiero prevalente della giurisprudenza che differenzia i reati non già per la qualifica rivestita dal medico (pubblico ufficiale; incaricato di pubblico servizio e incaricato di un servizio di pubblica necessità) bensì per la finalità della certificazione dal medesimo redatta.

Criticità generali ed attualità valutative in tema di pensionistica di guerra

Gabriele Lupini

Presidente della Commissione Medica Superiore Ministero dell'Economia e Finanze

La pensione privilegiata di guerra come definita dall'art 1, D.P.R. 915/78 (Testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra) costituisce <<un atto risarcitorio di doveroso riconoscimento di solidarietà da parte dello Stato nei confronti di coloro che, a causa della guerra, abbiano subito menomazioni nella integrata fisica o la perdita di un congiunto>>.

I benefici economici legati al riconoscimento della causa di guerra e delle menomazioni o della morte conseguenti prescindono da qualunque versamento contributivo trovando la loro natura di essere in un atto solidaristico da parte della collettività .

La normativa sulle pensioni di guerra ha subito nel tempo numerose modifiche ed evoluzioni dalla prima norma di riferimento il R.D. 21 febbraio 1895 n. 705 ad oggi.

È con il succitato D.P.R. 915/78, emanato in seguito alla Legge delega 29.11.1977 n. 875, che è stato riordinato il complesso delle norme sulla pensione privilegiata di guerra ulteriormente emendate con provvedimenti successivi.

In virtù di tale Decreto sono stati indicati i soggetti di diritto destinatari delle provvidenze economiche sotto forma di pensioni, assegni temporanei o indennità individuandoli nei militari e figure equiparate, nonché in alcune categorie speciali di civili che abbiano subito la perdita o la menomazione della capacità lavorativa generica per causa di guerra.

La differenza tra queste due categorie (militari e civili) ha motivo d'essere in relazione sia al tipo di evento dannoso che al nesso causale. Infatti per i militari e per i militarizzati l'evento causale è individuato nel servizio di guerra o nel servizio attinente alla guerra e la sussistenza del nesso causale è presunta, anche se non si tratta di una presunzione assoluta essendo ammessa la prova contraria da parte dell'Amministrazione (iuris tantum).

In tali casi l'inversione dell'onere della prova costituisce una deroga specifica all'art. 2697 del C.C. che prevede che: <<chi vuole fare valere un diritto in giudizio deve provare i fatti che ne costituiscono il fondamento>> e si basa su presupposti di ordine amministrativo e di ordine medico-legale. Per i civili invece l'evento richiamabile ai fini del riconoscimento della dipendenza da causa di guerra è costituito dal fatto di guerra in cui l'onere della prova della sussistenza del nesso causale è al carico dell'istante.

L'ulteriore evoluzione legislativa della materia trova nella L. 30.12.1981 n. 834 <<Definitivo riordino delle pensioni di guerra>> alcuni elementi valutativi medico-legali peculiari; in particolare con tale legge vengono introdotte innovazioni ed integrazioni sulla qualifica di organo pari prevedendo tali fattispecie anche per quell'apparato che venga ad assumere funzione vicariante in caso di perdita assoluta e permanente di altra funzione organica.

Specifico richiamo a tale concetto si ritrova anche nei criteri applicativi delle tabelle, lettera f, ultimo comma ove vengono definite espressamente come funzioni vicarie la uditiva e la tattile in caso di cecità.

È con la Legge 6.10.1986 n. 656 <<Modifiche ed interazioni alla normativa sulle pensioni di guerra>> che vengono introdotti nuovi criteri per l'accertamento dell'inabilità a proficuo lavoro, la cui valutazione costituisce allo stato la maggiore criticità in tema di pensionistica di guerra che la C.M.S. si trova ad affrontare in tema di ricorsi gerarchici.

Con la citata Legge, com'è noto, è stato stabilito che il requisito dell'inabilità a proficuo lavoro debba essere sempre accertata a prescindere dal limite del compimento del 65° anno di età che con la preesistente normativa costituiva un criterio di inabilità presunta.

Ulteriori innovazioni sono state introdotte con la L. 8 agosto 1991 n. 261 sulle ridefinizione della C.M.S. e il definitivo inquadramento del concetto di interdipendenza di cui alla lettera m dell'art 2 fra l'invalidità che ha dato diritto a pensione e le infermità sorte successivamente nello stesso organo o apparato o in organi e apparati cofunzionali.

Proprio l'abolizione della presunzione dell'inabilità a qualsiasi proficuo lavoro al compimento del 65° anno di età e le difficoltà interpretative da parte delle Commissioni Mediche di Verifica ha reso necessaria l'emanazione da parte della Direzione dei Servizi del Tesoro della circolare n. 850 del 31 luglio 2008 su << Criteri orientativi nell'accertamento del requisito della inabilità a proficuo lavoro nell'ambito della materia pensionistica di guerra>>.

L'inabilità a proficuo lavoro non si concretizza esclusivamente nel riscontro di menomazioni a carattere altamente invalidante potendo altresì essere configurata da uno status sanitario anche non particolarmente rilevante ma tale da impedire o rendere estremamente difficoltosa una collocazione lavorativa continuativa e remunerativa. Perché si concretizzi tale condizione deve quindi sussistere la permanente, concreta incapacità dell'interessato di dedicarsi ad un qualsiasi lavoro che costituisca fonte di reddito per soddisfare i mezzi bastevoli per i normali bisogni della vita.

L'attività valutativa degli organi medico-legali competenti pertanto si deve armonizzare con tale concetto più volte ribadito nella giurisprudenza di merito con inclusione di espresse valutazioni socio-lavorative che incidono significativamente sulle capacità del soggetto a procacciarsi i mezzi bastevoli per i normali bisogni della vita.

Ancor oggi non sempre tali requisiti vengono rispettati al punto da dover procedere ad un supplemento di istruttoria nella valutazione dei ricorsi gerarchici proposti da cittadini che si sono visti negare tale riconoscimento senza il rispetto dell'iter accertativo proceduralmente corretto per cercare di evitare un contenzioso in cui l'Amministrazione è esposta ad un esito negativo.

Pertanto, richiamando la succitata circolare è necessario che oltre i dati di rilevanza clinica sulla natura ed entità della menomazione vengano riportati i parametri socio-lavorativi necessari alla valutazione dell'inidoneità a proficuo lavoro come la capacità di riadattamento e collocamento nello specifico contesto socio-culturale, la formazione e qualificazione tecnico professionale dell'istante, i precedenti lavorativi.

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.

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

Marcello Giannuzzo

Capo Sezione Medicina Legale del Dipartimento Sanità dell'Esercito

I giudizi per la inidoneità al servizio e per le altre forme di inabilità sono sempre più oggetto di istanza di valutazione da parte dei pubblici dipendenti, sostenuti da medici-legali e specialisti ma spesso confusi anche da molti addetti ai lavori, basati su elementi non compiutamente noti e a volte su presupposti errati. L'intervento si propone di fare chiarezza tra le diverse tipologie di inabilità, sulla criteriologia medico-legale valutativa e sulle poco note ricadute amministrative ed economiche.

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

La formulazione del giudizio medico-legale espresso ai fini dell'accertamento dell'idoneità lavorativa, per i dipendenti del comparto pubblico e privato, è disciplinata da una variegata normativa: dalla stratificazione legislativa a cui si è assistito negli ultimi anni per quanto concerne i dipendenti statali, fino al recente decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81, attinente ai lavoratori dei diversi ambiti. Il lavoro ha come obiettivo di evidenziare quali siano le differenze e le analogie, in tema di giudizio relativo all'idoneità, di cui un sanitario deve tener conto qualora sia chiamato a svolgere la propria attività in veste di medico competente, componente di commissione di verifica o di collegio medico-legale.

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

Il problema della pericolosità per terzi in alcune attività lavorative è argomento oggetto da molto tempo di controversi orientamenti giuridici e medico-legali.

Recentemente le norme in materia di alcol e droghe, da applicarsi in alcuni settori lavorativi, riprese dal D. lgs. 81/08, hanno conferito al medico competente le incombenze dei controlli in tal senso, non chiarendo tuttavia tutti gli aspetti procedurali e organizzativi.

Verrà illustrata tale problematica, con particolare riferimento a quelle attività pericolose in cui giudizio di idoneità può essere di competenza delle Commissioni mediche di Verifica, ai sensi dell'art. 15 del DPR 461/01 (personale medico, insegnanti, ecc.).

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.

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

Inoltre va focalizzata l'attenzione sull'aspetto preventivo nel senso di valutare se le condizioni psicofisiche del lavoratore siano tali da garantire un impiego libero da ogni pericolo per la sua salute (o quella altrui), nonché un agevole adattamento alla mansione alla quale è destinato.

Si tratta, dunque, di una delicata valutazione che non sfugge alle suggestioni della medicina 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. Di qui 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 dipendente ma a rischio di ipotetici eventi produttivi di danno per sé e per gli altri.

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

La procedura per la valutazione della inabilità a qualsiasi attività lavorativa ex L. 335/95 richiede, viste le importanti implicazioni comportate da tale procedura, la applicazione di una metodologia valutativa precisa e rigorosa.

Ciò allo scopo di evitare l'insorgere di rilevanti problematiche amministrative connesse ai giudizi espressi. L'intervento punta a mettere a fuoco le principali criticità.

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

L'intervento si propone di delineare le competenze delle Commissioni Mediche ASL successivamente all'entrata in vigore del Decreto Ministeriale 12 febbraio 2004.

Vengono, altresì, illustrate le esperienze del collegio medico della ASL Avellino 2 in materia sia di causalità di servizio che di idoneità al lavoro.

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

Si rimanda alla Sezione delle relazioni e dei supporti visivi alle relazioni.

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

La Commissione Medica di Seconda Istanza, istituita da un D.M. Difesa del 21-12-2006, è chiamata a deliberare sui ricorsi proposti in via amministrativa dai dipendenti pubblici o dalle stesse Amministrazioni avverso il giudizio medico-legale espresso dalle diverse Commissioni Mediche di Prima Istanza. Il ricorso amministrativo è esclusivamente verso il giudizio di idoneità al servizio e, ai sensi dell'art. 19, comma 4 del DPR 461/2001, deve essere presentato entro dieci giorni dalla notifica per il tramite dell'Ente di appartenenza. Segue casistica medico-legale.

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

L'intervento delinea le strategie poste in essere dall'Azienda Sanitaria Avellino 2 successivamente all'entrata in vigore del Decreto Ministeriale del 12 febbraio 2004 riguardante i criteri organizzativi ai fini dell'applicazione del dpr 29 ottobre 2001, n. 461 e la suddivisione delle competenze ai vari organismi di accertamento sanitario (C.M.V., Collegio Medico ASL, C.M.O.).

Al fine di garantire l'uniformità di procedure l'ASL AV2 ha promosso un percorso formativo, rivolto sia al personale sanitario e amministrativo, che al personale del front-office, attuato di concerto con esponenti della Sanità Militare e della Commissione Medica di Verifica dl Ministero dell'Economia e delle Finanze. Particolare attenzione è stata rivolta all'applicazione delle norme vigenti in materia di protezione dei dati personali mediante ulteriori incontri di approfondimento tematico coordinati dall'Area di Coordinamento di Medicina Legale e dal referente aziendale per la privacy.

In una prospettiva di valutazione multidisciplinare sono state istituite, con delibera aziendale, Commissioni Mediche composte da medici legali, medici del lavoro e medici della sanità militare. Infine è stata predisposta una guida ai servizi esplicativa delle procedure amministrative riferite alle varie tipologie di accertamenti afferenti ai collegio medico ASL quali causa di servizio, inabilità assoluta e permanente a qualsiasi attività lavorativa, inabilità, assoluta e permanente, a qualsiasi proficuo lavoro, idoneità al lavoro e alla mansione.

Gli aspetti etici e gli aspetti economici

Paolo Marotta

*Professore a contratto Università “Louis Pasteur”, Strasburgo
Vicepresidente Comitato Etico ASL NAI*

L'attuale momento riorganizzativo del S.S.N. in chiave regionalistica vede il graduale passaggio dalla “clinical governance” ad un “ethical governance” condivisa. Ciò diventa ancora più significativo alla luce della riforma federalista dello Stato e del nuovo complesso ruolo regionale delegato. Di ciò si avverte diretto riflesso nell'ambito delle attività delegate di verifica e delle specifiche conseguenze delle stesse, nella riorganizzazione delle quali risulta fondamentale una nuova condivisione tra le categorie dell'etica pubblica e quelle dell'economia, per la salvaguardia autentica dei diritti dei cittadini utenti. Il contributo proposto vuole offrire uno spunto di riflessione operativa in materia.

Nuovi criteri valutativi nella causa di servizio

Vittorio Fineschi

Professore Ordinario di Medicina Legale, Università degli Studi di Foggia

Il relatore pone in discussione gli attuali schemi e gli eventuali correttivi in tema di criteriologia valutativa nella causa di servizio, ripercorrendo i momenti del procedimento medico-legale svincolato da standardizzati parametri di riferimento e proponendo direzioni biologiche alla luce della recente Giurisprudenza. È di stringente necessità rivedere le basi dottrinarie e concettuali in tale ambito per approdare alla armonia monadica della invalidità, presupposto ad una valutazione del pari unitaria ed oggettiva nei diversi ambiti giuridici.

Le ripercussioni dei giudizi di inidoneità al servizio e della diverse forme di inabilità sulla Pubblica Amministrazione

Raffaele Manna

Direttore Struttura Complessa “Trattamento Giuridico del Personale”, ASL NAI Centro

Verranno esaminate per le varie forme di inidoneità al servizio, il cambio di mansione per quelle relative e, per quelle che non consentono la prosecuzione del rapporto di lavoro, i requisiti minimi per l'accesso alla pensione nonché le misure dell'indennità sostitutiva di preavviso nelle varie aree di contrattazione.

Per la procedura di riconoscimento delle patologie dipendenti da causa di servizio, gli effetti sul piano dell'Equo indennizzo e degli scatti di anzianità sullo stipendio tabellare anche alla luce della legge 133/2008.

Per quanto riguarda le altre forme di inabilità verranno esaminati gli effetti sul piano delle assunzioni al lavoro e, per i soggetti già in servizio, gli effetti sul piano dell'incremento della contribuzione figurativa e dei benefici in tema di permessi orari e giornalieri.

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

Dopo aver trattato nella prima giornata congressuale delle tematiche riguardanti “Il superamento del sistema tabellare ABEF”, le quali non possono non prescindere da un nuovo assetto criteriologico in tema di riconoscimento di patologie dipendenti da causa di servizio.

L'Autore introduce al tema della “Causa di servizio, domani: Il superamento del Sistema ABEF: una problematica della medicina pubblica valutativa con implicazioni organizzative, etiche ed “economiche”, soffermandosi soprattutto su alcuni aspetti giuridici e medico legali.