
MIP



RASSEGNA DI

Medicina legale **Previdenziale**

Responsabilità professionale del medico e patteggiamento

Bruno M. Altamura

Mobbing: nuova realtà o antico problema?

Ermenegildo Anselmi

Giuseppina Bilotta

Claudia Sferra

Mobbing: analisi di un fenomeno anche alla luce delle recenti acquisizioni sul danno biologico

Gian Paolo Cioccia

Il danno epatico da virus epatite. Strumenti per la valutazione medico-legale

Marina Pastena

Beta talassemie

Vincenzo Morana

Consulenza tecnica

ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE
OTTOBRE - NOVEMBRE - DICEMBRE
4
2000

Anno XIII - Periodico trimestrale
Sped. in a. p. - Legge 662/96
art. 2 - comma 20/c - Filiale di Roma

Direttore
Massimo PACI

Direttore Responsabile
Fabio TRIZZINO

Direttore Scientifico
Maurizio CECCARELLI MOROLLI

Comitato Scientifico
Bruno Maria ALTAMURA
Paolo ARBARELLO
Luigi PALMIERI
Pietrantonio RICCI

Comitato di Redazione
Anita CIPRARI
Marco MASSARI
Claudio MELONI
Rosella PASTORE
Sonia PRINCIPI
Benedetto VERGARI
Lia DE ZORZI (*coordinamento*)

Segretaria del Comitato di Redazione
Patrizia COLABUCCI

RASSEGNA DI

Medicina legale Previdenziale

Rivista trimestrale dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale

4

Anno XIII, IV trimestre 2000

SOMMARIO

EDITORIALE

**Responsabilità professionale del medico
e patteggiamento**

Bruno M. Altamura

3

ARTICOLI

Mobbing: nuova realtà o antico problema?

*Ermenegildo Anselmi Giuseppina Bilotta
Claudia Sferra*

11

**Mobbing: analisi di un fenomeno anche alla luce
delle recenti acquisizioni sul danno biologico**

Gian Paolo Cioccia

33

**Il danno epatico da virus epatite. Strumenti
per la valutazione medico-legale**

Marina Pastena

48

Beta talassemie

Vincenzo Morana

81

CONSULENZA TECNICA

94

AVVISO DI RETTIFICA

**“La malattia in ambito previdenziale INPS e il confronto con gli altri paesi CEE”
di M. Belloni-S. Ferrante**

Nell'articolo citato in epigrafe, pubblicato nel **n. 3/2000** di «Rassegna di Medicina Legale Previdenziale», è apportata la seguente modifica: alla pag. 17, TABELLA 4, dove è scritto: “...visite mediche di controllo ambulatori INPS”, leggasi: “...visite mediche di controllo *domiciliare* INPS”.

Responsabilità professionale del medico e patteggiamento

Il medico, che esercita una professione già di per sé difficile ed onerosa per le responsabilità etiche, legate alla “gestione” di beni primari altrui, che impongono un costante e costoso aggiornamento in un campo dai progressi tumultuosi, mal supportato da linee guida in continua ridefinizione, costretto da risorse spesso inadeguate a garantire un’assistenza imperfetta, trova nell’incremento in progressione quasi geometrica dei casi in cui è coinvolto in procedimenti penali per presunta responsabilità professionale motivi di ulteriore frustrazione e di stress, che lo portano a demotivazione e a disimpegno che molto poco giovano alla qualità dell’assistenza.

Anche la magistratura, per canto suo, non contribuisce ad instaurare un clima di serenità, posto che non di rado vengono inviati avvisi di garanzia che si sarebbero potuti evitare con un preliminare approfondimento del caso o si valutano in maniera diversa situazioni sostanzialmente sovrapponibili o si arriva a condanne penali non condivisibili, in quanto improntate ad un giudizio eccessivamente severo che privilegia ciò che si sarebbe in teoria dovuto fare, senza calarsi nella realtà operativa del singolo caso. Né è da sottovalutare il ruolo negativo che nella vicenda hanno i periti medico-legali, purtroppo non sempre all’altezza del delicatissimo compito che sono chiamati a svolgere.

È anche da sottolineare il “contributo” dei *mass media*, sempre pronti a segnalare con il massimo rilievo qualsiasi caso di malasanità, vera o presunta. Il termine stesso di malasanità, così consonante con quello di malavita, prescelto per indicare l’errore professionale del medico, il fatto che le organizzazioni che si occupano dei diritti del malato si siano autodenominate “Tribunali” e non Associazioni, i costi assicurativi sempre più sostenuti e sproporzionati rispetto alle retribuzioni dei medici, quanto meno di quelli dipendenti, sono tutti elementi che contribuiscono a creare un’atmosfera pesante; il medico è sfiduciato, disorientato; di fronte all’errore ha spesso un comportamento irragionevole, aggravando ulteriormente la sua posizione. Quando l’episodio di *malpractice* matura in ambiente ospedaliero, nella relazione sui fatti che il responsabile è chiamato a fornire alla direzione sanitaria non di rado si danno spiegazioni o si

avanzano giustificazioni palesemente inaccettabili sul piano logico, prima ancora che scientifico. Si arriva, talora, ad alterare i dati della cartella clinica per coprire l'errore e, in preda al panico, lo si fa spesso in maniera grossolana, con tante contraddizioni rispetto agli altri dati testimoniali, sì che risulta agevole scoprire l'alterazione dei fatti. Si tratta di comportamenti irrazionali: la mancata ammissione dell'errore porta la compagnia assicuratrice a resistere, forte delle giustificazioni addotte dall'interessato; si va quindi incontro ad un procedimento penale e/o ad una causa civile che vedono il medico soccombere dopo una serie di udienze che non hanno fatto altro che ravvivare, con l'eco che di esse si ha sulla stampa locale e, talora, nazionale, il ricordo dei fatti con conseguente pubblicità negativa per il medico. Il falso in atto pubblico, poi, se scoperto, comporta una punizione ben più grave rispetto anche all'ipotesi di reato più grave connessa con la malpractice e cioè l'omicidio colposo (tralasciamo l'ipotesi dolosa, non senza aver tuttavia ricordato che essa può, però, entrare in gioco anche semplicemente nel caso di intervento praticato senza il consenso del paziente): infatti, mentre l'omicidio colposo prevede una reclusione da 6 mesi a 5 anni, il falso in atto pubblico è punito con la reclusione da 1 a 6 anni e, addirittura, nel caso che si tratti di una falsificazione di quella parte dell'atto pubblico che è di fede privilegiata (dichiarazioni rese al P.U. - e cioè l'anamnesi - e attività da lui svolte o svolte in sua presenza - e cioè esame obiettivo, accertamenti strumentali, consulenze, terapie) con una reclusione da 3 a 10 anni con interdizione dai pubblici uffici. È proprio questo un esempio paradigmatico di come il rimedio possa essere peggiore del male.

Fatte queste premesse ci è sembrato opportuno ricordare la norma del codice di procedura penale che riguarda il patteggiamento. Si tratta di un istituto i cui vantaggi sfuggono spesso al medico, mentre sarebbe opportuno che egli li conoscesse bene, onde potervi far ricorso qualora gli elementi di valutazione lo rendessero conveniente.

L'argomento che ci accingiamo a trattare è stato oggetto di una tesi di specializzazione, discussa dalla Dott.ssa Antonia C. Serio nell'A.A. 1999-2000, dalla quale abbiamo attinto la gran parte dei dati che seguono.

Già nel progetto del codice penale del 1911 si era pensato, accanto al decreto penale, di elaborare qualche strumento per poter semplificare l'amministrazione della giustizia davanti alle giurisdizioni minori. Si era quindi previsto che il pretore potesse emettere una sentenza di condanna ogni qualvolta ritenesse di dover infliggere la sola pena pecuniaria non superiore alle 100 lire e l'accusato dichiarasse di confessare di essere l'autore del crimine, rinunciando al dibattimento. Con la sentenza il pretore non poteva pronunciarsi sulle istanze delle parti, la cui domanda doveva essere trasferita nell'opportuna sede. La proposta non fu accolta nella stesura definitiva del codice: come si legge nei lavori parlamentari la Commissione del Senato aveva infatti osservato come fosse facile "intravedere a priori il pericolo che l'istituto degenerasse ad una forma illecita di convenzione tra giudice ed accusato, in cui il primo guadagnava tempo ed il secondo una mitigazione della condanna. Era altrettanto facile riconoscere l'ingiustizia del trattamento che ne sarebbe conseguito per la parte lesa, la quale così si sarebbe trovata tagliata fuori dal giudizio penale, dove con economia e brevità poteva ottenere la reintegrazione delle proprie ragioni civili, ed era obbligata alle lunghe e dispendiose formalità del giudizio civile, con l'onere delle prove non assunte in sede penale; e ciò proprio nei casi di reati minori, vale a dire, quando proporzionalmente minori erano anche i diritti civili lesi e più che mai era legittimo il voto per la loro pronta ed economica riparazione. Si poteva anzi prevedere che l'accusato avrebbe trovato ragione di sottoporsi volentieri alla lieve condanna senza di-

battimento nel fatto stesso che vi fosse, o potesse esservi, costituzione di parte civile, poiché avrebbe acquistato una grande probabilità di sottrarsi al risarcimento dei danni”.

Solo con la legge n. 689 del 24 novembre 1981 (artt. 77 e seguenti) fu prevista per la prima volta in Italia l'applicazione di sanzioni sostitutive, quali la libertà controllata o la pena pecuniaria, su richiesta del solo imputato, quale meccanismo premiale fondato su un apprezzamento del giudice circa la meritorietà del caso. La pena detentiva fino a un mese di reclusione o di arresto poteva essere convertita con la pena pecuniaria o con la libertà controllata, mentre quando era fino a tre mesi poteva essere sostituita solo con la libertà controllata. Quanto veniva irrogato manteneva la medesima natura della corrispondente pena detentiva della reclusione o dell'arresto. La sentenza che ne conseguiva era di proscioglimento, che però non faceva venir meno l'onere del pagamento delle spese processuali, perché si presupponeva la fondatezza dell'accusa e, quindi, la soccombenza.

L'applicazione delle misure sostitutive doveva essere domandata dal solo imputato. Non si aveva il diritto di ottenere immediatamente la decisione, avendo il giudice, nel caso la documentazione processuale fosse carente o contraddittoria, la possibilità di verificare nell'istruttoria dibattimentale la consistenza e la veridicità degli elementi dell'istanza.

Il vecchio patteggiamento si sostanzava, quindi, in una declaratoria di estinzione del reato, subordinata all'applicazione di una misura sostitutiva. Era sempre l'organo giudicante che stabiliva il quantitativo di pena da irrogare ed a scegliere tra libertà controllata e pena pecuniaria qualora la pena detentiva da applicare fosse solo di un mese. L'intesa era una mera condizione per introdurre il modello processuale; le determinazioni dell'imputato e del pubblico ministero non sfociavano in un accordo produttivo agli effetti giuridici, direttamente ricollegabili all'incontro della volontà, ma costituivano la *conditio sine qua non* affinché il giudice potesse procedere.

Il vecchio patteggiamento, quale causa estintiva del reato, si affiancava all'oblazione.

Con quest'ultima, ad effetto automatico (art. 162 c.p.) o subordinata ad un processo ammissivo (art. 162 bis c.p.), l'imputato risolveva il processo penale in termini verosimilmente più convenienti rispetto al patteggiamento ex art. 77 della L. 689/1981, in quanto meno costosa ed ammissibile più volte.

Il nuovo codice di procedura penale (D.P.R. 22 settembre 1988, n. 447) ha previsto, quali procedimenti speciali, il giudizio abbreviato (artt. 438 e seguenti) e l'applicazione della pena su richiesta delle parti (artt. 444 e seguenti).

Il termine “patteggiamento”, entrato ormai nell'uso comune, dovrebbe indicare sia il giudizio abbreviato che la pena concordata; nel primo caso di tratta di un patteggiamento “sul rito”, riguardante l'accordo tra imputato e pubblico ministero per procedere all'accertamento dei fatti senza utilizzare il dibattimento e con una istruttoria “allo stato degli atti”, mentre nel secondo caso l'intesa negoziale verte sul tipo, sulla specie e sul *quantum* della sanzione penale. Per prassi si continua ad utilizzare il termine di patteggiamento per indicare soltanto l'applicazione della pena su richiesta delle parti (APRP); sarebbe stato più appropriato designare quest'istituto come “composizione sulla pena”.

L'art. 444 c.p.p. stabilisce al primo comma che il rito può essere formulato quando la pena detentiva “tenuto conto delle circostanze e diminuita fino a un terzo, non supera due anni di reclusione o di arresto, soli o congiunti a pena pecuniaria”. Rispetto al “vecchio” patteggiamento vi è stato un allargamento a tutte le sanzioni sostitutive, compresa la semidetenzione, e ai reati sanzionati con pena congiunta, pecuniaria e detentiva.

La nascita della pena negoziata dalle parti in conflitto deriva dalla *plea bargaining* statunitense che è un accordo del tutto libero tra l'imputato ed il *public prosecutor*. Costui, non essendo un magistrato ma un organo politico elettivo (questo a livello statale, perché a livello federale la nomina viene effettuata dal Presidente degli Stati Uniti), non è vincolato dal principio di legalità e dall'obbligatorietà dell'azione penale. Le trattative e gli accordi possono riguardare tutti i reati e tutte le modifiche dell'imputazione. Nel sistema italiano un vero e proprio patteggiamento, inteso come un negozio transattivo, basato sulle reciproche concessioni, non è previsto esplicitamente dal codice in quanto le condizioni sono stabilite dalla legge e non sono rimesse alla contrattazione tra le parti. In caso opposto questo meccanismo processuale sarebbe *contra legem* e violerebbe i principi del processo e della Costituzione. Il nostro pubblico ministero non può, diversamente da quello nordamericano, ignorare la notizia del reato, dovendo essere autorizzato dal giudice delle indagini preliminari a non esercitare l'azione penale. La necessità del controllo rende impossibile ed illegale ogni ipotesi di accordo "sotto banco" con l'imputato.

Il patteggiamento è il mezzo più idoneo per sfozzire il numero dei processi, senza che si eviti di rendere giustizia, applicando in tempi brevi una sanzione penale ad imputati che si ritengano colpevoli dei reati loro contestati. Sussiste anche l'ipotesi che una persona innocente possa essere indotta a richiedere l'istituto dell'art. 444 c.p.p. per mere ragioni di opportunità, non volendo subire il discredito che potrebbe conseguire dalla pubblicità del giudizio dibattimentale, o avendo interesse a concludere nei tempi più brevi la vicenda, oppure avendo lo scopo di non rischiare, in un processo dall'esito incerto, una condanna maggiore.

La previsione che "i giudici sono soggetti soltanto alla legge" non viene circoscritta né intaccata dalle valutazioni concordi del pubblico ministero e dell'imputato sulla sanzione penale da irrogare. La normativa costituzionale verrebbe violata nel momento in cui l'organo giudicante fosse privato di un potere stabilito non da una situazione rigorosamente predeterminata da una disposizione legislativa, ma da un potere discrezionale ed arbitrario attribuito ad altri soggetti; rimangono comunque all'organo giudicante le potestà concernenti il controllo della legalità dell'intesa negoziale, la verifica della congruità della pena ed il proscioglimento ex art. 129 c.p.p.

Il procedimento penale si avvia con le indagini preliminari, quando la notizia di reato viene rubricata, mentre il processo si delinea con l'intervento del giudice, dopo che si sono concluse le investigazioni del pubblico ministero e della polizia giudiziaria, istituzionalmente idonee a formare la prova utilizzabile nel dibattimento. Il processo nasce quando il pubblico ministero, esperite le indagini, imbocca la strada della formulazione dell'accusa, rendendo inevitabile la pronuncia giurisprudenziale. L'APRP fa parte dei "procedimenti speciali" e non dei "processi speciali", in quanto essa può essere introdotta durante le indagini preliminari, prima che si sia instaurato un vero e proprio processo.

La richiesta di APRP può essere iniziativa congiunta delle parti, o essere presentata da una sola di esse con il consenso dell'altra ovvero da una delle parti con sollecitazione del giudice all'altra, affinché esprima il suo consenso o il suo dissenso.

La volontà della parte pubblica, espressa come richiesta o come adesione alla proposta della persona sottoposta alle indagini preliminari, non può prescindere dalla formulazione dell'accusa, sia per legittimare l'istanza di applicazione della pena sia per consentire al giudice di verificare, nell'apposita udienza prevista dall'art. 447 c.p.p., la correttezza della qualificazione giuridica del fatto, la comparazione delle circostanze prospettate dalle parti, la con-

gruità della pena e la mancanza delle condizioni dell'art. 129 c.p.p. Ne consegue che, sin dal momento in cui viene introdotto l'istituto in oggetto, siamo in presenza di un processo e non di un procedimento.

La richiesta di APRP deve essere vagliata dal giudice, che la può accogliere o rigettare, ma non può modificarla. Può anche accadere che imputati, attirati dal miraggio della premialità del rito, concordino con l'organo pubblico sanzioni penali superiori a quelle che il giudice avrebbe irrogato. Possono anche essere accolte sanzioni sproporzionate pur di ottenere il consenso del pubblico ministero sulla sospensione condizionale della pena. Il pubblico ministero e l'imputato non tendono ad una sentenza giusta, ma ad una sentenza favorevole. Il giudice non deve necessariamente condividere o accettare l'accordo, subordinando le proprie valutazioni a quelle delle parti, ma, al contrario, deve comunque esercitare un equilibrato controllo finalizzato ad evitare il pericolo di sanzioni palesemente sproporzionate.

Il limite temporale entro cui è consentito alle parti formulare la richiesta di applicazione della pena concordata è costituito dalla dichiarazione di apertura del dibattimento: per quel che riguarda l'imputato, detto limite vale solo per la presentazione dell'istanza e non necessariamente per il raggiungimento dell'accordo tra le parti. L'art. 448 comma 1 c.p.p. prevede che il giudice, dopo la chiusura del dibattimento di primo grado o, perfino, nel giudizio di impugnazione possa promuovere la sentenza di cui al comma 2 dell'art. 444 c.p.p., qualora ritenga ingiustificato il dissenso del pubblico ministero e ritenga congrua la pena proposta.

Nella maggioranza dei casi il patteggiamento si perfeziona a seguito di una richiesta formulata da una parte, cui consegue il consenso dell'altra, ma nulla impedisce che, dopo il rigetto dell'istanza ne venga formulata un'altra, essendo ciò consentito fino alla dichiarazione di apertura del dibattimento di primo grado. È, inoltre, possibile patteggiare anche durante il dibattimento nel caso in cui, nel corso di quest'ultimo, il pubblico ministero contesti un reato concorrente o modifichi l'imputazione, essendo il fatto diverso.

Nella fase delle indagini preliminari la differenza fra procedura dell'istanza congiunta o dell'istanza unilaterale seguita dal consenso dell'altro contendente assume un'importanza particolare. Quando la proposta è congiunta essa è immediatamente sottoposta alla ratifica dell'interprete, il quale determinerà con decreto in calce alla domanda un'udienza per la decisione. Qualora, invece, la proposta di concordare la pena sia richiesta da un solo soggetto processuale, viene fissata sempre un'udienza dal giudice per le indagini preliminari, imponendo però la notifica del decreto e dell'istanza all'avversario.

In caso di accordo tra le parti la sentenza è inappellabile per entrambe le parti processuali; se, invece, il pubblico ministero ha manifestato il suo dissenso può proporre appello. Nel momento in cui la verifica dell'istanza dell'imputato dà esito negativo, il giudice, sulla base delle considerazioni effettuate dall'organo pubblico, non può far altro che respingere la proposta, la quale potrà essere formulata diversamente, se non è ancora scaduto il termine della dichiarazione di apertura del dibattimento. Tuttavia se la medesima proposta viene poi ribadita nelle conclusioni finali del processo, l'organo giudicante può cambiare opinione, dopo l'espletamento dell'istruttoria ed accettare l'istanza di patteggiamento.

Gli effetti premiali tipici scaturenti dalla sentenza concordata sono tassativi e non suscettibili di estensione analogica. Si possono differenziare in diretti, quando traggano origine direttamente dalla sentenza di cui all'art. 444 c.p.p., e differiti, quando il loro insorgere sia rinviato al futuro ed ipotetico verificarsi di ulteriori condizioni.

Tra gli aspetti diretti meritano di essere ricordati la diminuzione di un terzo della pena, l'eventuale conversione della pena detentiva in pena pecuniaria, il mancato pagamento delle spese processuali, la mancata applicazione delle pene accessorie e delle misure di sicurezza, l'istituto della non menzione della sentenza nei certificati richiesti dal privato, che opera immediatamente e per un numero imprecisato di volte, essendo svincolata non solo dalle condizioni per la revoca, ma anche da quelle previste per la sospensione condizionale della pena.

Sono da qualificare tra gli effetti "differiti" la inefficacia della sentenza nei giudizi civili o amministrativi, la sospensione condizionale e gli effetti penali dell'art. 445, comma 2 c.p.p., che estinguono il reato decorso il termine quinquennale (in caso di delitto) o biennale (in caso di contravvenzione).

L'art. 445 c.p.p., pur affermando che la sentenza, in caso di APRP, è equiparata ad una pronuncia di condanna, ne prevede esplicitamente l'inefficacia nei giudizi civili o amministrativi.

C'è quindi una differenza rispetto a sentenza irrevocabile ordinaria di condanna pronunciata in dibattimento, dal momento che questa ha efficacia di giudicato nel giudizio civile o amministrativo, in relazione all'accertamento della sussistenza del fatto, della sua illiceità penale e all'affermazione che l'imputato lo ha commesso (art. 651, comma 1 c.p.p.).

I provvedimenti disciplinari non rientrano nell'ambito dei giudizi civili ed amministrativo-giurisdizionali in relazione ai quali il legislatore ha escluso che la sentenza di patteggiamento possa avere efficacia immediata.

La separazione tra giudizio penale patteggiato e giudizio disciplinare trova fondamento nell'autonomia della sanzione disciplinare, che non è sanzione accessoria della pena mancando della caratteristica dell'automaticità (la sentenza di patteggiamento renderebbe di per sé inapplicabili le pene accessorie). Le fattispecie idonee a dar luogo a responsabilità disciplinare sono definite da norme di legge o da regolamento. Il Consiglio di Stato (Sez. VI, 16 maggio 1996 n. 6821) ha affermato che "l'autonomia del giudizio disciplinare rispetto al giudizio penale, conclusosi con sentenza patteggiata ex art. 444 comma 2 c.p.p., impone il completamento da parte dell'amministrazione degli accertamenti necessari ai fini della sicura individuazione di una precisa responsabilità disciplinare in ordine ai fatti già ascritti in sede penale".

Tra i vantaggi del patteggiamento di particolare rilievo, per il medico, sono gli effetti indiretti legati alla possibilità di sfuggire o limitare lo *strepitus fori*, definendo la posizione processuale in udienza camerale già nella fase delle indagini preliminari. L'abbattimento fino a un terzo della pena permette di ottenere la sospensione condizionale per fattispecie che, in difetto della diminuzione processuale, finirebbero per superare la soglia di due anni di detenzione sola o congiunta a pena pecuniaria. Lo sconto di pena rende più agevole ottenere una seconda sospensione di pena, rimanendo sempre al di sotto dei limiti dell'art. 163 c.p.

Le sanzioni sostitutive sono un altro degli effetti premiali della legge; la richiesta di irrogare la sanzione sostitutiva concordata deve comprendere l'indicazione ed il quantitativo della conversione che si vorrebbe sostituire alla pena detentiva: l'interprete, ove escluda l'applicabilità della sanzione sostitutiva, deve rigettare l'istanza, ma non può irrogare la pena detentiva, in quanto si muterebbero le condizioni dell'accordo che devono essere considerate nella loro interezza.

In caso di cumulo processuale, inteso come il concorso di più persone nel determinismo di uno o più reati, non sorgono grosse difficoltà quando l'applicazione della pena venga richiesta da tutti gli imputati, perché in tal caso vi è un'unica sentenza nei confronti di tutti. Se solo uno o una parte degli imputati patteggia la fuoriuscita di alcune persone dal processo può creare dei problemi.

Il giudice, nell'eseguire il controllo delle richieste di patteggiamento, avendo il solo fascicolo dibattimentale, può ordinare al pubblico ministero l'esibizione degli atti contenuti nel suo fascicolo, senza che si debba procedere all'istruttoria. Se la proposta delle parti dovesse essere accolta, gli atti verrebbero inseriti nel fascicolo del dibattimento; se invece dovesse essere respinta verrebbero restituiti al pubblico ministero, dopo che l'organo giudicante ne ha preso conoscenza. Ora è facilmente comprensibile che nell'ipotesi di un concorso di persone, chi non ha patteggiato, procedendo a giudizio, è fortemente penalizzato per le informazioni acquisite dall'interprete, avendo l'ordinamento processuale stabilito che la documentazione investigativa debba rimanere segreta, dato che la prova si forma in dibattimento. La possibilità che sia esaminato il fascicolo del pubblico ministero, per assumere la decisione di cui all'art. 444 c.p.p., comporta inevitabilmente che l'organo giudicante prenda visione anche della parte del fascicolo contenente gli atti investigativi concernenti la posizione dei coimputati nel processo e molto spesso si tratta della stessa documentazione. La conoscenza integrale della documentazione dell'organo che esercita l'azione penale, prima ancora che il dibattimento inizi, determina, come conseguenza, che la successiva attività istruttoria, diretta ad introdurre nel fascicolo processuale gli atti investigativi oppure di opposizione all'acquisizione degli stessi si trasforma in un'attività fittizia. L'interprete già conosce la documentazione di cui si potrebbe discutere ed è, quindi, in grado di decidere se l'atto investigativo è stato formalizzato regolarmente oppure se il suo contenuto è rilevante; ne deriva, quindi, un inevitabile condizionamento nel giudizio. La norma contenuta nell'art. 129, comma 1 c.p.p. stabilisce che l'interprete, in ogni processo, dichiara d'ufficio con sentenza di proscioglimento, se si accerta che il fatto non sussiste, che l'imputato non l'ha commesso, che il reato è estinto o che manca una condizione di procedibilità. Nel momento in cui l'interprete accoglie la richiesta di applicazione della pena da parte di alcuni degli imputati, per forza di cose riconosce che per gli altri non mancano le condizioni di procedibilità, che il reato non è estinto, che il fatto costituisce reato e che è preveduto come tale dall'ordinamento giuridico.

Se si attua una separazione delle posizioni l'azione penale esercitata dal pubblico ministero e la tattica processuale predisposta dalla difesa dell'imputato che non vuole patteggiare vengono alterate, con conseguente lesione del principio accusatorio che prevede l'uguaglianza delle parti (artt. 3 e 24 Cost.). Un aiuto a risolvere la questione arriva dall'art. 444 comma 2 c.p.p.: l'organo giudicante non deve immediatamente, con sentenza, operare una separazione delle posizioni, con conseguente uscita dal dibattimento della persona che patteggia. Colui che ha negoziato la pena è portatore di una conoscenza dei fatti a cui può contribuire accettando di sottoporsi volontariamente all'esame o involontariamente con la lettura delle precedenti dichiarazioni, ma anche contro la sua volontà subendo confronti o ricognizioni. Nessun concorrente deve essere coartato a richiedere la pena per l'uscita dal processo di altra persona, il cui ruolo potrebbe essere fondamentale per definire il proprio contributo alla causazione dell'evento. Si pensi, inoltre, al caso di un imputato che ha patteggiato e di un altro che viene assolto dall'imputazione in quanto la successiva istruttoria dibattimentale ha dimostrato che il reato non sussiste o che la persona che ha concordato la pena non lo ha commesso. Oltre ad essere la migliore soluzione quella di ratificare la richiesta di applicazione della sanzione al termine del dibattimento, si avrebbe l'ulteriore dimostrazione che il processo penale ha come scopo la ricerca della verità. La persona che chiede l'applicazione della pena potrebbe addirittura essere interessata a riconoscersi colpevole per un tornaconto economico o di altra natura, nascondendo il vero responsabile.

In definitiva, nel caso di errore che non trovi adeguata giustificazione, è sempre conveniente per il medico riconoscere l'errore e ricorrere al patteggiamento per i notevoli vantaggi che tale istituto comporta, che si sono in precedenza illustrati e che qui di seguito si riassumono:

- pur essendo una sentenza di condanna, non è una ammissione di responsabilità;
- si ottiene una riduzione della pena;
- la pena è quella preliminarmente concordata (sospensione condizionale, eventuale conversione della pena detentiva in piena pecuniaria);
- non vi è condanna al pagamento delle spese processuali;
- non vi sono conseguenze obbligate in sede civile, amministrativa e disciplinare;
- non vi è menzione della sentenza patteggiata nel casellario giudiziario;
- il reato è estinto dopo 5 anni in caso di delitto e dopo 2 anni in caso di contravvenzione, se non si commettono in questo periodo reati della stessa indole;
- si evita o quanto meno si attenua in maniera notevole lo strepitus fori;
- ci si salva le coronarie, grazie alla conclusione immediata della vicenda.

PROF. BRUNO M. ALTAMURA

Direttore della Scuola di Specializzazione
in Medicina Legale e delle Assicurazioni
Ordinario di Medicina Legale
Università degli Studi di Trieste

Mobbing: nuova realtà o antico problema?

Ermenegildo ANSELMI

Ricercatore Dipartimento Sanità Pubblica
e Biologia Cellulare Università di Roma
"Tor Vergata"

Giuseppina BILOTTA

Dirigente medico-legale 1° livello
D.G. INPS - Roma

Claudia SFERRA

Dirigente Medico 1° livello - Sovrintendenza
Medica Direzione Regionale INAIL
Milano

Il recepimento delle direttive europee in tema di sicurezza nei luoghi di lavoro, accompagnato da una più sensibile attenzione alle problematiche relative alla prevenzione dei danni lavorativi, ha fatto sì che il nostro Paese si allineasse alle più moderne politiche internazionali del Welfare, le quali pongono al centro dell'interesse della tutela la piena salute del lavoratore, intesa nel suo più ampio significato di completo benessere psicofisico; ne consegue che devono essere evitate, nell'ambiente di lavoro, non solo le possibili fonti di rischio alla integrità fisica ma anche quelle situazioni dalle quali possa derivare un "disagio" psicologico.

Singolarmente, l'ampliato interesse al benessere del lavoratore viene pressoché a coincidere con un sensibile mutamento della tipologia lavorativa condizionato da un periodo di transizione economica profondamente influenzato da una riconversione del mercato verso la globalizzazione che, favorita dalla cosiddetta new economy, sta comportando una progressiva e frammentata

terzialisazione del mondo del lavoro.

Tale mutamento della tipologia lavorativa, con specifico riferimento al conseguente mutare delle tradizionali condizioni di rischio, è stato specifico oggetto di interesse da parte del Comitato paritetico delle Commissioni Lavoro della Camera e del Senato che, nel 1997, ha condotto una indagine conoscitiva sulla sicurezza e sull'igiene del lavoro nel nostro Paese.

Al riguardo il senatore Smuraglia, redattore della relazione conclusiva di tale indagine, esplicitamente richiama all'attenzione l'esistenza di "nuove fonti di rischio", esemplificativamente rapportabili sia alle condizioni socio-economiche del lavoratore (pendolarismo, immigrazione, doppio lavoro femminile) sia, e soprattutto, alle condizioni di precarietà determinate dalle nuove forme di lavoro (lavoro interinale, part-time, collaborazioni coordinate e continuative) e dai processi di fusione e riorganizzazione aziendale, in grado di innescare reazioni psicologico-emotive che, pro-

prio in forza del disagio che ne deriva, possono non solo incidere negativamente sulla frequenza e gravità del fenomeno infortunistico ma anche giungere a configurare vere e proprie psico-patologie.

A prescindere dai casi nei quali l'assetto di personalità condiziona una abnorme risposta psichica ad eventi della vita lavorativa di per sé non qualificabili come particolarmente psicotraumatizzanti, è indubbio che stimoli forti possono condizionare risposte emotive e comportamentali a loro volta generatrici di eventi lesivi il normale funzionamento psichico: ci si intende qui espressamente riferire al fenomeno denominato mobbing, definito in letteratura quale sorta di terrorismo psicologico agito nell'ambito del rapporto di lavoro e finalizzato all'allontanamento della "vittima" dal contesto lavorativo, le cui conseguenze consisterebbero, in chi ne è oggetto, in un danno alla salute di natura prevalentemente psichica talvolta non immediatamente inquadrabile sul piano nosografico.

Grazie ai mezzi di informazione questo termine, sconosciuto nel nostro Paese fino a qualche anno fa, ha sicuramente superato il confine degli addetti ai lavori determinando approfondimenti conoscitivi di indubbio valore preventivo.

"Mobbing" è il participio presente del verbo inglese "to mob" che può essere letteralmente tradotto in "assaltare insieme, aggredire in massa"; tale termine, introdotto da K. Lorenz, è stato a lungo riservato all'etologia per indicare quel comportamento messo in atto da un branco animale, tendente ad isolare ed allontanare un elemento indesiderato del gruppo oppure a difendere il branco stesso dall'attacco di un predatore.

Dalla scienza del comportamento animale, tale termine veniva esteso alla psichiatria infantile da un medico svedese (Heinemann, 1972) che

lo adottò per descrivere un particolare comportamento aggressivo di massa messo in atto da un gruppo di bambini nei confronti di uno di essi.

Spetta, infine, allo studioso tedesco Heinz Leymann la paternità dell'impiego del termine mobbing¹ nell'ambito della medicina del lavoro.

Deve essere sottolineato che gli studi di tale Autore sono stati condotti prevalentemente in Svezia, paese nel quale, in ragione di una spiccata sensibilità verso i problemi della psicologia del lavoro (e, verosimilmente, del pesante contributo di vittime di eventi suicidari che la Svezia conta), esistono grandi possibilità di ricerca, rese concrete dal diritto positivo sin dal 1977, affiancate da un pressoché costante monitoraggio delle strutture sanitarie circa il benessere psicologico dei lavoratori; ricerca e monitoraggio che hanno indotto il governo nel 1994, a promulgare una legge sul mobbing con la quale, oltre la previsione di adeguate misure di prevenzione, si riconosce il danno psichico (o psicofisico) che può conseguire all'azione mobbizzante come malattia professionale, costituente titolo per la richiesta del relativo risarcimento.

Leymann indica con il termine mobbing quei comportamenti messi in atto sul posto di lavoro, caratterizzati da una violenza psicologica, spesso molto sottile, che portano all'annientamento della vittima designata; mobbing quindi equivale a terrorismo e persecuzione psicologica sul posto di lavoro.

La vittima, soggetta ad un sistematico processo di "aggressione", riporta, oltre la grave lesione dei propri diritti, una serie di disturbi psichici o psicosomatici che possono sfociare nei casi estremi, in una vera e propria patologia di interesse psichiatrico.²

Caratteristica del mobbing è che esso si manifesta come una serie di azioni ripetute frequentemente, per

¹ Leymann insieme con Gustavsson ha pubblicato il suo primo lavoro sul fenomeno Mobbing nel 1984 sulla rivista The National Board of Occupational Safety and Health in Stockholm.

² La Gesellschaft gegen psychosozialen streB und mobbing (Associazione contro lo stress psicosociale ed il Mobbing operante in Germania) fornisce un'altra definizione di Mobbing secondo la quale questo consiste in una comunicazione conflittuale sul posto di lavoro tra colleghi o tra superiori e dipendenti, nella quale la persona attaccata viene posta in una condizione di debolezza e aggredita direttamente o indirettamente da uno o più individui in modo sistematico, frequentemente e per un lungo periodo, con lo scopo e/o la conseguenza della sua estromissione dal mondo del lavoro; tale processo viene percepito dalla vittima come ingiusto e discriminante (4).

un lungo periodo, compiute da una o più persone per danneggiare qualcuno in modo sistematico e con uno scopo ben preciso: si tratta quindi di un lungo processo (“mobbingverlaufe” degli Autori tedeschi) che porta il più delle volte all’estromissione della vittima dal mondo del lavoro.

Secondo la descrizione dello stesso Leymann, nel mobbing le azioni messe in atto contro la vittima designata sono riconducibili a tre categorie:

a) Attacco alla possibilità di comunicare: la comunicazione con il lavoratore vittima del mobbing viene bruscamente interrotta oppure è caratterizzata da un tono duro, freddo, scortese.

b) Attacco alla reputazione: si mettono in giro voci, si fanno dei pettegolezzi, oppure si passa alle offese vere e proprie, si cerca in tutti modi di umiliare la vittima, di deriderla.

c) Attacco alle prestazioni: alla vittima si toglie ogni tipo di attività lavorativa; gli si affidano per umiliarlo, incarichi molto al di sotto della sua qualificazione personale, o, per screditarlo, incarichi molto al di sopra delle sue capacità o qualificazioni; gli si affidano incarichi privi di finalità; gli si conferiscono sempre nuovi incarichi in modo da non permettere un adattamento alle nuove mansioni.

Sempre secondo tale Autore, il mobbing nasce da un conflitto non risolto all’interno di un gruppo funzionale qual’è quello di lavoro, gruppo imposto dalle circostanze, non volontario e dal quale è difficile allontanarsi una volta che questo sia divenuto ostile: conflitto e mobbing pertanto non sono concetti equivalenti.

Lo stesso Leymann sostiene che il mobbing è un conflitto esasperato, esagerato, che ha perso i suoi contorni e che, superato un punto di non ritorno, provoca l’innescò di un

meccanismo perverso che spesso sfugge al controllo di chi lo ha messo in atto.

Di qui la necessità, per definire una situazione come mobbing, che l’azione o le azioni vessatorie si ripetano almeno una volta a settimana (nella peggiore delle ipotesi possono avere anche frequenza giornaliera) per un periodo di almeno sei mesi: in assenza di queste caratteristiche, secondo i mobbing researchers, non si potrà parlare di mobbing in quanto esso non è un normale conflitto, per sua stessa natura transitorio, ma, come già detto, un lento stillicidio di persecuzioni, attacchi e umiliazioni, che trae proprio dalla lunga durata la sua forza devastante (7)³.

Non v’è precisa ed univoca rispondenza neanche tra mobbing e stress pur se tutti i ricercatori sono concordi nell’affermare che esista, tra i due meccanismi, una intima connessione: il mobbing è fonte di stress ma è anche dimostrato che assai spesso è lo stesso stress a determinare l’alterazione delle relazioni interpersonali da cui il conflitto il quale, se non tempestivamente risolto, assume le caratteristiche di elemento mobbizzante; situazioni di lavoro insoddisfacenti, infatti, generano ansia, angoscia, disperazione, sentimenti di profonda frustrazione a cui i singoli lavoratori non trovano altra soluzione se non quella di agire in modo tale da danneggiare o provocare ulteriore disagio nei loro colleghi.

Leymann, sulla base delle sue esperienze cliniche, ha ricavato una lista comprendente ben 45 comportamenti o azioni mobbizzanti.

Suddividendo queste ultime in cinque categorie da somministrare sotto forma di questionario alle vittime del Mobbing ha ideato il LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terrorism) (4) che rappresenta sicuramente il primo strumento d’indagine al riguardo.

³ Walter (20) ritiene che l’irrisolvibilità - e dunque la perpetrazione del conflitto - possa derivare dallo spostamento di esso dal piano razionale a quello emotivo il che impedirebbe di risolvere le divergenze attraverso un compromesso.

Ege, ricercatore tedesco che per primo si è interessato in Italia del fenomeno mobbing, dopo aver sottoposto il LIPT ad una attenta valutazione critica e ad una parziale modifica (7), ha sottolineato il fatto che tutte le azioni indicate come mobbizzanti possono essere in realtà anche assolutamente normali; il mobbing nasce soltanto ed esclusivamente quando una di queste azioni diventa sistematica e a lungo termine.

Riportando, poi, il risultato dell'esperienza di altri due ricercatori tedeschi, Knorf e Zapf (4) i quali hanno individuato 39 voci in più rispetto a quelle codificate da Leymann, lascia facilmente intuire come, trattandosi di comportamenti umani, la lista potrebbe essere molto più ampia.

Tralasciamo qui di descrivere le quattro fasi che, secondo Leymann, in genere caratterizzano il lungo processo mobbizzante poiché tale sistematizzazione non risulta adeguatamente trasferibile nella cultura lavorativa italiana, caratterizzata, diversamente dai paesi nordici, da un elevato grado di conflittualità tanto da far ritenere il conflitto una "normale" condizione di lavoro a cui solo pochi e fortunati ambienti si sottraggono.

Un modello che meglio si adatta a spiegare la nostra realtà è quello ideato da Ege il quale, sulla base proprio della sua esperienza italiana,⁴ distingue il processo nelle seguenti sei fasi:

Condizione Zero. Conflitto fisiologico: rappresenta la situazione iniziale caratterizzata appunto da un'elevata conflittualità generalizzata, normalmente presente, che non viene percepita come pericolosa.

Conflittualità generalizzata, competitività esasperata, volontà di emergere costituiscono sicuramente un terreno fertile per il generarsi del mobbing.

Fase 1. Conflitto mirato: è la fase in cui si individua una vittima verso cui si dirige la conflittualità generale; è presente l'obiettivo, cosciente o meno, di distruggere l'avversario.

Il conflitto, inoltre, inizia a spostarsi verso argomenti privati, non è più oggettivo ovvero limitato al lavoro.

Fase 2. Inizio del Mobbing: la vittima avverte una sensazione crescente di disagio; percepisce un inasprimento nei rapporti con i colleghi ed inizia ad interrogarsi su tale mutamento.

Fase 3. Inizio dei disturbi psicosomatici: il mobbizzato riferisce l'insorgere di problemi digestivi, insonnia, un generale senso di insicurezza; tale sintomatologia può persistere per un tempo anche molto lungo e porta il soggetto ad assentarsi dal lavoro con maggiore frequenza anche se per periodi brevi.

Fase 4. Errori ed abusi dell'Amministrazione del Personale: la situazione conflittuale è ormai nota a tutti; le assenze per malattie diventano sempre più frequenti e prolungate; le prestazioni lavorative del mobbizzato possono subire un comprensibile calo sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo: è il momento nel quale possono essere commessi i primi errori di valutazione da parte della amministrazione.

Fase 5. Peggioramento dello stato psicofisico della vittima: in questo stadio la vittima è in uno stato di disperazione, lamenta disturbi di tipo depressivo più o meno gravi.

I provvedimenti eventualmente presi nei suoi confronti sono inadatti e anche pericolosi: i disturbi di tipo depressivo, infatti, tenderanno a peggiorare in quanto la vittima si reputa responsabile di tutto quel che gli accade e sprofonderà sempre di più nella depressione.

Fase 6. Esclusione dal mondo del lavoro: la vittima esce dal mondo del lavoro attraverso le dimissio-

⁴ Pur se attualmente sono attivi in Italia tre centri di ascolto dedicati a coloro che ritengono essere vittime di Mobbing (PRIMA: Associazione Italiana contro Mobbing e Stress Psicosociale - Bologna; Laboratorio di Psicologia e Sociologia del Lavoro-Dipartimento di Medicina del Lavoro-ISPEL Roma; Centro per la Prevenzione, Diagnosi, Cura e Riabilitazione del Disadattamento Lavorativo-Clinica del Lavoro "L. Devoto" Milano) gli unici dati statistici sistematizzati relativi al fenomeno sono stati forniti da Ege (7). Si tratta comunque di dati che attendono ulteriori conferme essendo relativi ad un campione statisticamente poco significativo.

ni volontarie, il licenziamento, il ricorso al prepensionamento (attualmente di difficile esecuzione nel nostro paese visti i limiti e le penalizzazioni).

La sintomatologia descritta nelle sei fasi da Ege definisce un quadro clinico, da alcuni Autori definito "Sindrome da Mobbing" (1) che è caratterizzato, nelle sue espressioni, da una ingravescenza legata al perdurare del fenomeno: in un fase iniziale si assiste ad una prevalente sintomatologia psicosomatica seguita da disturbi d'ansia con deflessione del tono dell'umore fino alla cronicizzazione e al viraggio verso una franca sindrome depressiva.

I ricercatori del centro di disadattamento della Clinica del Lavoro di Milano affermano che le conseguenze lesive del mobbing iniziano come forme di disagio somatopsichico con turbe dell'equilibrio socio-emotivo (ansia, depressione, ossessione) e/o dell'equilibrio psicofisiologico (cefalea, vertigini, gastralgie, tachicardia, eruzioni cutanee) andando a configurare quelle tre sindromi che il DSM IV definisce come Disturbo di Adattamento, Disturbo d'Ansia Generalizzato, Disturbo Post-traumatico da Stress.

Al perdurare delle aggressioni esercitate attraverso la creazione intorno alla vittima di un clima definito come "freddamente muto" o "violentemente freddo", o attraverso ordini contraddittori, emarginazione psicologica e/o fisica, ambiguità di comportamenti, reazioni incomprensibili, sanzioni e censure, il mobbizzato si sentirà colpevole e si troverà nella condizione di non sapere più in che tipo di ambiente si trova, in che tipo di rapporti, a quali ordini debba obbedire e quali siano le conseguenze del suo operare.

Ne consegue la perdita di qualsiasi fiducia nel prossimo, anche al di fuori del mondo lavorativo, e la distruzione dell'autostima sino alla "perdita della persona sociale".

Ovviamente, quale estremo tentativo di modificare la rete delle relazioni sociali, il disagio psicologico potrà essere somatizzato con l'emergenza delle diverse malattie d'organo stress correlate.

Lo stesso stress, per l'azione depressiva sul sistema immunitario, potrebbe rendere più facile l'insorgenza di una malattia somatica (9).

Premesso che il mobbing può essere attuato oltre che da un gruppo di persone anche da un solo mobber (collega pari grado, superiore, subordinato) e che Ege ha ragione di ritenere che, nella dinamica mobbizzante, abbiano un ruolo non trascurabile, se non altro nei confronti del mantenimento della situazione conflittuale, anche gli spettatori passivi da lui stesso denominati co-mobber, vengono distinti, a seconda del diverso rapporto gerarchico che intercorre tra vittima e aggressore, quattro tipi di Mobbing:

1) Mobbing verticale dall'alto: il mobber è un superiore della vittima;

2) Mobbing orizzontale: il mobber ed il mobbizzato hanno pari mansioni e possibilità;

3) Mobbing verticale dal basso: il mobber è in una posizione inferiore rispetto alla vittima che egli vuole appunto esautorare con la sua azione;

4) Bossing o Mobbing pianificato: il mobber è rappresentato dai vertici stessi dell'azienda; la persecuzione psicologica viene "programmata" per esautorare dei dipendenti divenuti per qualche ragione scomodi, configurandosi come una vera e propria strategia aziendale.

A tali tipologie Ege aggiunge il cosiddetto "doppio Mobbing", termine da lui stesso coniato per indicare quelle situazioni ove, alla noxa rappresentata dal fattore lavorativo, si aggiungono i riflessi negativi agiti dalla famiglia del mobbizzato: in un gruppo familiare armonico e ben funzionante la vittima del mobbing

può trovare all'inizio una valvola di sfogo alle tensioni accumulate sul posto di lavoro ma, se il malessere accumulato è tale da eccedere le risorse e le capacità di assorbimento certo non illimitate della famiglia stessa, ecco che anche quest'ultima non solo cesserà di sostenerlo ma gli attribuirà la responsabilità di quanto gli accade determinando così un maggiore isolamento e sensazione di abbandono, con conseguenze ulteriormente negative sul suo stato di salute.

Diverso dal mobbing deve, invece, essere considerato il bullying, termine coniato del ricercatore norvegese Dan Olweus per indicare un comportamento ostile il cui connotato saliente è l'intimidazione e l'aggressione fisica, oltre che la violenza psicologica (15).

Dalla definizione di mobbing vengono, dalla maggior parte degli Autori, escluse le molestie sessuali anche se queste possono essere agite quale strumento mobbizzante, utilizzate in guisa di strategia a connotare la vittima quale "diverso" o ad infamarla (calunnie, voci, diffamazioni sulle abitudini sessuali della vittima).

È pure possibile, poi, che il mobbing segua ad approcci sessuali non graditi: un molestatore respinto può infatti attuare, per ritorsione, tutta la serie possibile delle azioni mobbizzanti elencate nel LIPT.

Tutto sin qui descritto ci consente in estrema sintesi di ribadire che occasionali divergenze di opinioni, momenti di conflitto ed eventuali problemi che si dovessero verificare durante il rapporto di lavoro non integrano gli estremi del processo di vittimizzazione che caratterizza il mobbing, in quanto naturali fenomeni dei processi comunicativi-relazionali.

Si può parlare di "forme di persecuzione" solo quando i conflitti personali - insorti in stretta relazione con l'organizzazione del lavoro e

con la gestione delle risorse umane - degenerano fino alla mancanza di rispetto del diritto delle persone alla propria integrità personale e scivolano verso azioni del tutto prive di etica con effetti devastanti sui singoli lavoratori.

Per stabilire che si tratti di mobbing sono stati messi a punto dei questionari che attraverso una serie molto articolata di domande consentono di stabilire con buona approssimazione se si è in presenza di detto processo.

Tali questionari, che si rifanno in qualche modo al LIPT di Leymann, potranno costituire degli strumenti di valido ausilio ma saranno l'esperienza e la sensibilità del clinico, unitamente alla conoscenza dei meccanismi del fenomeno e delle sue conseguenze sulla salute, che consentiranno di addivenire ad una corretta valutazione della situazione la quale richiede una precisa anamnesi ed un inquadramento della patologia secondo i criteri del DSM IV.

Fondamentale è la raccolta dell'anamnesi lavorativa, che deve essere meticolosa e attenta evidenziando con giusta rilevanza il vissuto del soggetto.

Secondariamente andrà indagata la situazione familiare nonché i fattori sociali.

Nel condurre l'indagine psicologica dovrà porsi particolare attenzione alla personalità premorbosa, in quanto nelle mire delle dinamiche aggressive, siano esse di gruppo od esercitate dall'alto, è il soggetto identificato come "diverso e difficile" ad essere ritenuto, verosimilmente in ragione di tale diversità e difficoltà, inidoneo a far parte del gruppo od a continuare a svolgere le proprie mansioni.

Non è assolutamente detto che tale "diversità" sia indice di "patologia" potendo insistere semplicemente sulla cultura, sulla religione, sulle abitudini sessuali e persino sul

tipo di hobby coltivati od addirittura, infine, solo sulla mancata integrazione al gruppo dovuta alla recessione dell'impiego, così da poter riconoscere che l'innescò del processo psicopatologico del mobbing sia effettivamente da ricercare nell'organizzazione stessa del lavoro, nella qualità del management, nello stile di gestione dei conflitti.

Di contro, è anche possibile che la diversità sia effettivamente legata ad una condizione patologica preesistente, responsabile di percezioni distorte della realtà, di incapacità di gestire problemi, di mancanza di competenza.

Al fine di non incorrere nell'“errore fondamentale di attribuzione” (1) che conduce ad individuare nelle caratteristiche personali del soggetto (tratti di personalità, comportamento, atteggiamento, motivazioni...) la causa di un determinato fenomeno, possono essere d'ausilio anche i test psicodiagnostici (in particolare il test MMPI, che consente di verificare l'attendibilità del soggetto), a condizione che la loro somministrazione ed interpretazione venga affidata a persone di sicura e provata esperienza.

Riprendendo quanto più volte sottolineato nell'affermare che, nella patogenesi delle reazioni psicopatologiche del lavoratore vessato, assume rilievo il reiterarsi dei comportamenti lesivi della personalità, della dignità e della professionalità del lavoratore e che, al contrario, la tipologia delle “vessazioni” ha un ruolo del tutto marginale tanto che in molti casi le azioni cosiddette mobizzanti possono essere addirittura definite come “parafisiologiche” alterazioni della comunicazione e, conseguentemente, delle relazioni esistenti nell'ambito di un rapporto di lavoro, ci sembra di poter affermare che la “novità” mobbing risieda esclusivamente nel tentativo di sistematizzare scientificamente un processo vecchio quanto

l'uomo, ancestralmente ancorato all'istinto di sopravvivenza, reattivo a minacce di tipo sostanzialmente simbolico e “culturalmente” spostato dal piano della fisicità all'aggressione psicologica, tentativo stimolato dall'attualità di una maggiore attenzione al benessere del lavoratore consentita dallo scemare dei rischi lavorativi tradizionali che, in passato assai più che oggi, occupavano i ricercatori.

Certo è, comunque, che l'eco dei media ha recentemente stimolato l'attenzione e l'interesse dei cultori della medicina legale e della medicina del lavoro tanto da rendere il “mobbing” protagonista di numerosi convegni e seminari organizzati ora dal mondo accademico, ora dagli enti previdenziali, ora dalle organizzazioni sindacali.

Ma se è pur vero che l'approfondimento scientifico e la sensibilizzazione dell'intera platea degli attori della sicurezza nei luoghi di lavoro circa le conseguenze che possono derivare dal fenomeno, conseguenze che non si limitano al danno alla salute del lavoratore ma si spingono ed incidono sul funzionamento produttivo dell'intero gruppo lavorativo prima, e dell'azienda poi, non possa che tradursi in un elemento essenziale di spinta all'adozione di adeguate misure preventive concernenti una maggiore attenzione alla “buona organizzazione” del lavoro, è pur vero che sembra concreto il rischio che del termine mobbing venga abusato e che si creino sollecitazioni tali da mettere in crisi un sistema basato sulla certezza di un diritto secondo il quale un'adeguata e sicura tutela deve rispondere ad una legittima istanza; non a caso le richieste di risarcimento per danni alla salute avanzate da lavoratori che sostengono di essere vittime del mobbing vanno mostrando un andamento esponenziale.

Con la curiosità scientifica di verificare la consistenza del fenome-

no, prima che del mobbing si occupasse la comunicazione di massa, nonché l'eventuale variare del tenore delle pronunce emesse nei diversi gradi di giudizio dei casi in tali sede risolti, abbiamo proceduto alla raccolta di alcune sentenze emesse nell'arco degli ultimi dieci anni, relative a controversie per lamentata insorgenza di danno alla salute determinato da dequalificazione professionale ed emarginazione nell'ambiente di lavoro.

La parola chiave, usata nella ricerca delle sentenze nell'archivio elettronico della Corte di Cassazione, è stata "danno biologico e diritto del lavoro".

Di alcuni casi, tra i quali uno facente parte della casistica personale di uno di noi, è stato possibile esaminare anche gli elaborati di consulenza tecnica d'ufficio, che hanno rappresentato l'elemento centrale in base alle cui risultanze il Giudicante è pervenuto alla decisione di riconoscere l'esistenza e, quindi, la risarcibilità del cosiddetto danno biologico.

In questa nostra rivisitazione, certamente non esaustiva, considerata la finalità dello studio abbiamo preso ovviamente in considerazione solo le pronunce favorevoli al lavoratore.

CORTE DI CASSAZIONE SEZ. LAV. N. 411 DEL 24.01.1990

Questo caso ha portato ad una pronunzia della Suprema Corte di Cassazione sezione lavoro molto importante.

S.S., dipendente di un'industria chimica ha all'attivo nella sua storia lavorativa un primo licenziamento nel maggio 1975 per "eccessiva morbilità", una reintegra nel posto di lavoro a luglio 1976 su sentenza pretorile a lui favorevole, un secondo licenziamento, nel marzo 1977 su sentenza di secondo grado che

riformava quella di primo grado, un primo ricorso in Cassazione che portava al suo definitivo rientro al lavoro nell'agosto 1980.

Nel 1982 adisce le vie legali per ottenere il risarcimento dei danni patrimoniali e non patrimoniali, questi ultimi derivanti "dalla illegittima ed arbitraria condotta del suo datore di lavoro che per ben due volte lo aveva ingiustamente privato del suo lavoro e che una volta reintegrato gli aveva comunque affidato mansioni non confacenti alla sua qualifica provocandogli un "forte esaurimento nervoso" da cui era derivata una grava sindrome depressiva": tale richiesta viene parzialmente accolta dall'adito pretore nel 1984 solo per la quota di danno patrimoniale; il dipendente ricorre in appello ma in secondo grado, il Tribunale respinge il ricorso confermando la decisione appellata ed escludendo la risarcibilità dei danni non patrimoniali e del danno biologico.

Il lavoratore ricorreva pertanto in Cassazione la quale, cassava la sentenza del Tribunale e rinviava ad altro giudice, ed in particolare, nel motivare la sua decisione, riprendeva quanto enunciato dalla Corte Costituzionale e dalla stessa Corte Suprema sul concetto di "bene della salute che costituisce oggetto di un autonomo diritto primario assoluto e di conseguenza il risarcimento dovuto per la sua lesione non può essere limitato alle conseguenze che incidono soltanto sulla idoneità del soggetto a produrre reddito".

La Suprema Corte nel motivare il suo giudizio afferma che "né si può sostenere come ha fatto il Tribunale ... che non spetti nel caso concreto alcun risarcimento - sotto la particolare angolazione dedotta dal lavoratore - perché nessun illecito è configurabile in capo al datore di lavoro, al di fuori ed indipendentemente dal rapporto di lavoro".

Il Tribunale infatti non avrebbe attentamente considerata la portata

precettiva dell'art. 2043 c.c. il quale, stabilito il principio generale della risarcibilità del 'danno ingiusto' senza altra qualificazione, prevede in via immediata la risarcibilità delle menomazioni di quello che è il complessivo valore della persona, nella sua proiezione non solo economica ed oggettiva fatta palese dal patrimonio, ma anche soggettiva (biologica e sociale) ...".

La Suprema Corte continua, imputando ai giudici di merito per la causa in esame, di non aver "attentamente valutato nel merito il complessivo comportamento del datore di lavoro sin dall'iniziale illegittimo licenziamento ... e soprattutto in relazione al successivo comportamento che dopo la 'reintegra' ha affidato al lavoratore mansioni non corrispondenti alla sua qualifica o alla sua categoria violando un preciso obbligo previsto dalla legge (art. 2103 c.c.)".

Tale valutazione era necessaria per i giudici di Cassazione proprio al fine di stabilire se al di fuori del piano strettamente contrattuale si potesse configurare un'ipotesi di responsabilità extra contrattuale con riferimento al danno alla salute lamentato dal ricorrente.

Questa sentenza è stata accolta da parte della dottrina con molto favore e positivamente commentata in quanto in linea con il pensiero della Corte Costituzionale e con la più sensibile coscienza sociale.

In alcune note a commento (11), (12) si sottolinea l'interpretazione restrittiva dell'art. 2043 giustamente cassata dalla Corte di Cassazione nonché il dato che "il nostro ordinamento giuridico accoglie la nozione di danno biologico quale lesione inferta al bene della integrità psicofisica in se e per sé".

Sempre nelle stesse note si legge che "qualsiasi danno al bene della salute scaturente da fatto illecito è riconducibile all'ampia fattispecie del danno ingiusto ex art. 2043 c.c."

e che "sarebbe del tutto erroneo qualificare il danno all'integrità psicofisica come un danno non patrimoniale, il quale si esaurisce nella mera sofferenza morale, risarcibile ex art. 2059 c.c. nei soli casi indicati dalla legge con una scelta rimessa alla discrezionalità del legislatore".

È una sentenza che riveste una importanza "storica" in quanto ha stabilito la rilevanza dell'art. 2043 anche nell'ambito del diritto del lavoro.

Si è trattato, in effetti, della prima sentenza accoglitiva del danno biologico nel settore del lavoro subordinato, danno biologico in questo caso di natura esclusivamente psichica.

Altri elementi sono ai nostri fini importanti da evidenziare.

Il dipendente viene licenziato per eccessiva morbilità: si è visto, descrivendo le caratteristiche del Mobbing, come le reiterate assenze per malattia siano uno dei punti cardine nella evoluzione del fenomeno stesso.

In effetti potrebbe l'eccessiva morbilità del dipendente essere stata già espressione di un particolare disagio lavorativo.

Il dipendente inoltre una volta reintegrato nel posto di lavoro viene adibito a mansioni non confacenti alla sua qualifica: si può agevolmente ipotizzare la sensazione di disagio e di malessere vissuta.

Anche i tempi della vicenda giustificano ampiamente l'insorgenza della patologia: le controversie con il datore di lavoro iniziano nel '75; il dipendente adisce le vie legali nel 1982, un tempo sufficiente affinché si sviluppino, a seguito dello stress vissuto quotidianamente, una franca sindrome depressiva.

**PRETURA DI ROMA
SEZ. LAV. N. 13909 DEL 10.10.1990**

Il procedimento inizia nel 1989.

D.A., uomo di 27 anni, nel 1963 viene assunto da una compagnia di assicurazioni andando a ricoprire nel tempo, ruoli di crescente importanza: capo ufficio nel 1974, funzionario nel 1978, nel 1982 dirigente responsabile del proprio settore (settore strategico e molto importante nel quale aveva sempre operato fin dall'epoca della sua assunzione) con ben cinque impiegati alle sue dirette dipendenze.

Dopo quattro anni, senza alcun motivo apparente, ha inizio la fase discendente: nel 1986 viene trasferito ad altro settore di scarsissimo rilievo e con compiti limitatissimi (qualche telefonata e qualche riunione mensile); la nuova stanza di lavoro, precedentemente adibita ad archivio, era angusta e malsana; inoltre tale trasferimento, che non risultava giustificato da reali esigenze operative, aveva determinato un deterioramento della sua posizione gerarchica poiché vi erano solo due persone, un impiegato ed un funzionario, che rispondevano a lui solo in parte, svolgendo la maggior parte del loro lavoro per un altro settore e quindi rispondendo ad altro funzionario che si trovava, di fatto, in una posizione gerarchica di preminenza.

Nel dicembre 1988, il D.A., assente dal lavoro perché in malattia, regolarmente e debitamente certificata, viene licenziato per pretesa carenza nell'assolvimento dei suoi compiti.

Nel gennaio 1989 ricorreva in giudizio chiedendo che fosse dichiarato nullo sia il provvedimento di trasferimento del 1986, in quanto ritenuto illegittimo e lesivo, sia il licenziamento, poiché ritenuto illegittimo o inefficace in quanto comunicato in costanza di malattia.

Il consulente nominato d'ufficio ed i due consulenti delle parti hanno concordato sull'esistenza di un nesso causale tra la dequalificazione e l'emarginazione messa in atto dal datore di lavoro nei confronti del di-

pendente e l'insorgenza in quest'ultimo di una patologia psichica (sindrome depressiva), in assenza di precedenti psichiatrici sia familiari sia personali.

Il giudicante nell'accogliere il ricorso, rilevava che si era concretamente verificata una dequalificazione e che quindi andava risarcito innanzitutto il danno professionale ma soprattutto, facendo proprie le conclusioni del consulente tecnico, il danno alla salute così come inteso dalla suprema Corte di Cassazione e cioè *"...come menomazione della integrità psicofisica della persona in sé e per sé considerata in quanto incidente sul valore 'uomo' in tutta la sua dimensione, e che non si esaurisce nella sola attitudine a produrre ricchezza, ma si collega alla somma delle funzioni naturali riguardanti il soggetto nel suo ambiente di vita e di lavoro, ed aventi rilevanza non solo biologica, ma anche sociale, culturale ed estetica"* (Sentenza n. 411 del 26.06.1988 Suprema Corte di Cassazione).

Legittimo invece è risultato il licenziamento, anche se inefficace fino alla data del 30.11.1989 in quanto effettuato in costanza di malattia, poiché la qualifica di dirigente esclude la necessità di una giusta causa o di un giustificato motivo di recesso.

In ultima analisi, viene riconosciuto sia il danno alla salute sia il danno alla professionalità mentre permane il provvedimento di licenziamento.

In questo caso si ravvisano degli elementi difficilmente spiegabili con una logica di buon senso: un dipendente sicuramente di valore viene all'improvviso esautorato di fatto dal suo lavoro, trasferito in un settore di poco conto nell'economia aziendale, senza alcuna giustificazione apparente in quanto a detta dei testimoni non vi era necessità alcuna di trasferire un dirigente in

un settore che non aveva alcun bisogno di ristrutturazione, declassato gerarchicamente, lasciato in pressoché totale inattività, per di più anche visivamente posto in una situazione dequalificante agli occhi dei colleghi per via della stanza di lavoro piccola, angusta e malsana (fa fede in questo senso la precedente destinazione ad archivio).

Dagli atti processuali non si riesce a trovare un elemento che possa far pensare ad una qualche responsabilità del D.A. mentre risultano evidenti alcuni comportamenti sicuramente anomali e che abbiamo già trovato descritti tra le azioni del mobbing: l'attacco all'immagine, l'attacco all'immagine, l'attacco alla possibilità di comunicare, la totale inattività, l'isolamento, l'emarginazione; da tutto ciò ne deriva uno stato di disagio psichico che sfocia dopo un periodo alquanto lungo in una vera e propria patologia psichica.

Il consulente tecnico d'ufficio molto correttamente non entra nel merito delle decisioni aziendali se legittime o arbitrarie, motivate o meno; riporta esclusivamente il vissuto del periziando che risulta pervaso di sentimenti di delusione e di frustrazione, descrive come egli si senta umiliato, emarginato, scaduto nella considerazione dei colleghi e soprattutto, avverta il provvedimento adottato nei suoi confronti come profondamente ingiusto ed immeritato.

Riporta tutti i sintomi lamentati dal D.A. (puntualmente descritti nelle vittime del mobbing): insonnia, anoressia, nausea, irritabilità, malesseri imprecisabili, difficoltà nella favella a tipo balbuzie, sottolineando inoltre come tale situazione si rifletta in maniera estremamente negativa anche sull'ambiente familiare investito in pieno dal malessere del ricorrente.

Il consulente riporta la certificazione del medico curante che, nell'ottobre 1988, prescrive un periodo

di allontanamento dal lavoro confidando sul possibile effetto benefico di questo provvedimento unitamente a quelli ottenibili con le cure farmacologiche nel frattempo instaurate; segue a questo punto il provvedimento di licenziamento quindi un nuovo apporto di elementi psicopatologici disturbanti.

In questa prima certificazione di malattia (ottobre 1988) il periziando risulta essere affetto da sindrome ansioso depressiva reattiva con somatizzazioni viscerali; a questa, altre certificazioni specialistiche si susseguono senza interruzioni con diagnosi di gravità crescente: la sindrome ansioso depressiva si arricchisce di una marcata componente ossessivo fobica con tendenza alle reazioni impulsivo aggressive nel marzo 1989, per poi virare nel maggio dello stesso anno, verso una marcata sindrome depressiva.

Per il consulente tecnico d'ufficio, "la dinamica dei fenomeni ha una sua esclusiva collocazione intra psichica"; sostiene infatti, che pur in assenza di precedenti patologici di carattere psichiatrico "il soggetto presenta una ben precisa struttura di personalità e di carattere che favorisce in questo caso ed amplifica l'impatto negativo di una esperienza lavorativa".

Anche questo ben si accorda con quanto si è detto a proposito del mobbing dove una volta che questo processo prende l'avvio le caratteristiche del soggetto, ovvero la sua personalità nel senso psicologico del termine, hanno sicuramente un ruolo molto importante nel dirigere e perpetuare il processo (1).

In ogni caso il consulente tecnico d'ufficio conclude per un'indubbia adeguatezza e corrispondenza in termini di motivazioni inconscie e sollecitazioni psicopatologiche.

Pensiamo di poter sostenere l'ipotesi che si tratti, nella fattispecie, di un caso di bossing aziendale, pianificato proprio al fine di estro-

mettere dal mondo del lavoro un dirigente divenuto troppo scomodo o ingombrante per qualcuno, e felicemente portato a termine, visto il licenziamento riconosciuto legittimo anche se inefficace fino ad una certa data.

Bisogna tener presente che, anche se viene concesso un risarcimento, stabilito in via equitativa, rimane pur sempre il fatto di un uomo valido, che all'età di soli 52 anni si è trovato fuori del mondo del lavoro con scarsissime se non proprio nulle possibilità di rientrarvi.

**PRETURA DI ROMA
N. 6254 DEL 12.04.1991**

G.C., donna di 25 anni, nel 1972 viene assunta in una azienda di prodotti petroliferi svolgendo compiti sempre più qualificati e qualificanti.

Assunta come stenodattilografa, dopo un anno era stata adibita in attività di relazioni pubbliche con la qualifica di aiuto addetto ai servizi ausiliari; dopo altri tre anni transitava alle dirette dipendenze dell'assistente del Presidente per le Relazioni Pubbliche Internazionali seguendo nello stesso tempo corsi di qualificazione; impostava un piano di classificazione per la biblioteca centrale dell'azienda; veniva impiegata presso il centro documentazione estero e, in ultimo, chiamata alla segreteria tecnica di una commessa internazionale di notevolissima importanza per occuparsi di relazioni pubbliche (organizzazione di incontri, consulenze, studi, etc.).

Nel 1985, dopo aver svolto con successo ed estrema gratificazione tali compiti, esaurito il lavoro relativo alla suddetta commessa, sarebbe iniziata ai suoi danni, una progressiva emarginazione da parte dell'azienda, con la sospensione di ogni incarico e di ogni attività.

I motivi sarebbero stati da ricercare in una ritorsione da parte del-

l'azienda per una causa promossa dalla lavoratrice volta ad ottenere il riconoscimento di un livello economico superiore ed adeguato alla qualifica professionale.

Dalla consulenza tecnica disposta dal magistrato si evince che alla G.C., non solo non vennero più affidati incarichi di responsabilità, ma che la stessa venne fatta oggetto di continui trasferimenti interni, fino ad essere trasferita in una stanza occupata ad altro collega, del pari senza alcun incarico, e con il quale iniziarono ben presto diverbi per futili motivi quali la disposizione dell'arredo o altro.

Tale situazione si protrae per circa tre anni durante i quali la G.C. riferisce di aver tentato di opporsi a tutto questo ma senza successo.

La situazione lavorativa precipita nel settembre del 1988 al rientro dalle ferie e la G.C. abbandona il suo posto di lavoro dopo un ennesimo diverbio con il collega di stanza.

A seguito dell'insorgere di una sintomatologia caratterizzata da insonnia, tachicardia, crisi di panico, astenia e vertigini, viene presa in cura da uno specialista in Psichiatria che diagnostica un disturbo depressivo maggiore e prescrive farmacoterapia nonché un congruo periodo di riposo.

La G.C. a seguito di tutto ciò, scrive una lettera al suo superiore con la quale, oltre a sottolineare come la sua richiesta di avere un colloquio avanzato circa un mese prima sia ancora rimasta inevasa, fa presente come e quanto la situazione lavorativa in cui si trova (emarginazione, forzata e inspiegabile inattività), stia avendo delle serie ripercussioni sul suo stato di salute.

In effetti, risulta dai certificati esibiti ed allegati agli atti di causa, che la G.C. nel mese di ottobre 1988 subisce addirittura un ricovero in clinica per circa due settimane, e rimane successivamente assente dal lavoro fino al mese di marzo 1989.

Rientra al lavoro e gode di relativo benessere per altri cinque mesi: nel settembre 1989 la sintomatologia si rappresenta e aggrava fino a determinare, nel gennaio 1990, un nuovo allontanamento dal lavoro.

A questo punto insorge un fatto nuovo: non viene trovata in casa dal medico di controllo e non adempie nemmeno all'obbligo di presentarsi il giorno successivo, al controllo presso gli ambulatori della USL, motivo per cui viene licenziata a partire dal mese di aprile del 1990.

A seguito di tale provvedimento disciplinare la sintomatologia della G.C. ebbe un iniziale recrudescenza per poi attenuarsi nei mesi successivi.

La G.C. ricorreva al pretore di Roma in funzione di giudice del lavoro ritenendo lesi i propri diritti e casualmente collegata alla mancanza di incarichi lavorativi l'insorgenza della patologia psichica.

Il consulente tecnico nominato d'ufficio, avvalendosi anche di videat psichiatrico, conclude sull'esistenza del nesso causale tra la patologia psichica denunciata e lo stress lavorativo subito anche se non riconosce l'esistenza di un'invalidità permanente ma quantifica il danno soltanto in termini di invalidità temporanea.

Il Giudicante ha accolto la richiesta di risarcimento per danno alla professionalità, alla personalità, alla dignità ed identità personale nonché il danno alla salute ed ha invece rigettato il ricorso opposto al licenziamento ritenendolo legittimo.

L'azienda è stata condannata sulla base di un inadempimento contrattuale in quanto avrebbe violato i diritti sanzionati dall'art. 2103 cc e 1453 cc.

Ci troviamo anche qui di fronte ad un comportamento datoriale giudicato illegittimo che potrebbe rientrare a buon diritto sotto la denominazione di bossing.

Abbiamo infatti una persona con un curriculum di lavoro di tutto rispetto che viene improvvisamente privata delle sue mansioni, dequalificata, emarginata, isolata.

Verosimile l'ipotesi di una ritorsione mentre incontestabile è il fatto che la dipendente sia rimasta inattiva per molto tempo, abbia subito attacchi diretti contro la sua immagine e la sua professionalità, non abbia ricevuto ascolto dai vertici aziendali in merito alle sue richieste anche solo di avere un colloquio.

Infine il provvedimento di licenziamento basato è vero sulla mancata osservanza di una norma del regolamento ma che sembra comunque originantesi da un eccessivo fiscalismo: la G.C. ha presentato ricorso anche contro questo provvedimento (non sappiamo con quale esito) stante oltretutto una perizia medico legale che sostiene, come proprio la malattia possa essere stata all'origine del comportamento certamente omissivo e censurabile della ricorrente la quale non era però in grado di prendere in considerazione quali gravi conseguenze avrebbe potuto avere la sua condotta.

PRETURA DI ROMA SEZ. LAV. N. 14028 DEL 03.10.1991

D.G. dipendente di un'azienda con un ottimo curriculum lavorativo, aveva ricoperto nel corso degli anni incarichi sempre più importanti fino a quello di responsabile di reparto, con alcuni collaboratori alle sue dirette dipendenze.

Nel 1977 il D.G. venne rimosso da tale incarico rimanendo inattivo per circa tre anni.

Nel 1980 e nel 1983, a seguito delle sue continue richieste, gli furono affidati alcuni incarichi che si rivelarono entrambi privi di qualsiasi contenuto.

Nel corso del giudizio intentato dal soggetto ai fini del risarcimento

anche del danno psicofisico derivato dal comportamento posto in essere ai suoi danni dal datore di lavoro venivano appurati l'inattività del ricorrente durata ben 11 anni, una serie di comportamenti offensivi nei suoi confronti (quale ad esempio l'apertura e lo smistamento ad altri uffici della propria corrispondenza) nonché frasi pronunziate da vertici aziendali particolarmente lesive della sua dignità (il direttore dell'azienda avrebbe detto chiaramente che "il ricorrente era come se non facesse parte dell'azienda").

Il consulente tecnico nominato d'ufficio evidenziava a carico del D.G. "uno sviluppo psicopatologico di tipo delirante-paranoide di persecuzione" rilevando che "l'instaurarsi di tale patologia" era "strettamente correlato agli eventi psico-stressanti enucleabili dalla vita lavorativa del ricorrente dopo il 1977", eventi che "avevano agito come concausa di valore preponderante nel determinismo dell'evento patologico".

Rilevava ancora il consulente tecnico che non vi erano in anamnesi "eventi che potevano avere attivato l'angoscia destrutturante prima menzionata se non nell'ambito dell'attività lavorativa" e che "gli stress psichici" erano "stati così prolungati nel tempo, d'intensità così forte e incentrati su di un'area così importante dei valori della persona, che verosimilmente" erano "stati gli unici attivi per l'instaurarsi di una psicosi".

Sottolineava ancora come in verità un disturbo mentale così grave si era innestato su una personalità di tipo rigido e ossessivo, aggiungendo che sicuramente non si sarebbe manifestato se non si fosse verificato uno "stimolo emozionale cronico a elevato contenuto stressante" quale quello indotto dalla specifica esperienza lavorativa.

L'azienda, nel corso del procedimento sosteneva che la patologia

lamentata dal dipendente non fosse conseguenza dell'inattività e del correlato stress subito, bensì causa stessa della mancata assegnazione di incarichi ed inoperosità: tale tesi difensiva dell'azienda è stata rigettata dal pretore in quanto in netto contrasto con la cronologia dei fatti, in antitesi con l'iniziale posizione difensiva dell'azienda e soprattutto con le risultanze sindacate della consulenza tecnica disposta.

Al D.G. è stato pertanto riconosciuto il diritto al risarcimento del danno biologico.

Undici anni di inattività, reiterate richieste rimaste senza risposta, affermazioni del tipo riportate in dibattimento ed espresse da un alto grado di dirigenza quale un direttore ed in ultimo la citata azione di apertura della posta diretta al ricorrente non sembrerebbero far sorgere dubbi sulla qualità delle azioni che rientrano a buon diritto tra quelle mobbizzanti.

Nulla purtroppo possiamo avanzare sulle cause all'origine del processo ma il caso potrebbe rientrare a buon diritto tra quelli di mobbing sia per la durata sia per la qualità dei comportamenti messi in atto.

Qualche perplessità potrebbe destare la gravità del quadro clinico ma il consulente specialista non sembra nutrire dubbi e mette in relazione quest'ultima proprio con il perdurare dello stimolo stressante.

Ed in effetti, non riesce difficile immaginare come undici anni di contrasti, amarezze, delusioni e frustrazioni, che insistono per di più su un soggetto con una personalità rigida e ossessiva, possano avere determinato dei guasti così profondi nel funzionamento psichico di un individuo, tanto più se ci rifacciamo all'affermazione di alcuni studiosi nel mobbing che indicano quest'ultimo anche come causa di una certa percentuale di suicidi (9).

**PRETURA DI ROMA
DEL 17.04.1992 (est. Torrice)**

C.A. dirigente di un istituto bancario, dopo aver raggiunto nel gennaio 1988 una delle cariche più importanti all'interno del suddetto istituto, manifesta delle perplessità relativamente ad un piano di ristrutturazione aziendale per cui vede incrinarsi i rapporti con la Direzione Generale e nel febbraio del 1989 viene rimosso, senza alcuna motivazione, dal suo incarico.

Il C.A. avverte una sensazione di emarginazione e di dequalificazione che si aggrava con il tempo nonostante l'impegno da lui profuso nel nuovo incarico.

Inizia ad accusare una serie di sintomi, inquadrati in una sindrome depressiva reattiva che, a detta dello specialista che lo prende in cura, riconosce proprio nella dequalificazione subita ma soprattutto nella successiva inoperosità in cui viene lasciato, la causa unica e scatenante.

I vertici aziendali disattendono tutte le richieste di incontri miranti a chiarire la sua posizione anzi proseguono le azioni discriminatorie nei suoi confronti.

La sua emarginazione diventa assoluta e non più sostenibile nel febbraio del 1991.

Il C.A. adisce le vie legali e chiede la condanna dell'istituto al risarcimento dei danni subiti in conseguenza dell'illegittima dequalificazione ed emarginazione: danno alla salute, danno professionale, danno alla carriera ed alla dignità personale.

Il Pretore riconosce il danno alla salute lamentato dal ricorrente ("sindrome depressiva reattiva causata da un grave stato di disagio e di delusione a seguito del sollevamento dal proprio incarico") stabilendone la liquidazione equitativa, tenendo conto anche della durata della condotta lesiva da parte del datore di lavoro, dell'età e dell'anzianità di servizio, ritenendo che il senso di

frustrazione e di delusione determinante la patologia era reso "ancor più intenso e lesivo dall'età non più giovane e dalla durata del rapporto di lavoro ultratrentennale".

È questo sicuramente un altro caso dove è evidente l'attacco alla singola persona da parte di un gruppo.

Un massimo dirigente d'azienda viene, di fatto, esautorato dalle sue funzioni e dequalificato.

Reagisce impegnandosi comunque nel nuovo incarico ma la sua resistenza viene meno dopo che per più di un anno viene lasciato assolutamente inoperoso, isolato, emarginato, nessuna risposta viene data alle sue richieste di chiarimenti.

In parallelo a queste vicende lavorative sviluppa una sindrome depressiva reattiva che richiede cure specialistiche.

Si vuole sottolineare inoltre come il giudice, con estrema sensibilità e perspicacia, nel determinare il risarcimento del danno alla salute abbia tenuto conto anche della "durata" della condotta lesiva messa in atto dal datore di lavoro: come abbiamo già avuto modo di sottolineare descrivendo il fenomeno mobbing questo aspetto è di fondamentale importanza nel determinare effetti dannosi sulla salute psichica di un lavoratore.

**PRETURA DI FIRENZE
N. 1725 DEL 06.10.1993**

Il caso riguarda due dipendenti di un'industria elettronica entrambi licenziati una prima volta nel mese di agosto del 1991 per riduzione del personale, reintegrati nel settembre successivo e di nuovo licenziati nel novembre dello stesso anno.

Adivano pertanto il pretore di Firenze, con separati ricorsi, in quanto lamentavano l'illegittimità o l'inefficacia dei provvedimenti di licenziamento, in uno dei casi intimato in costanza di malattia, ed avanza-

vano richiesta di risarcimento per il danno arrecato al loro stato di salute dall'illegittimo licenziamento, dalla dequalificazione professionale, dalla perdita d'immagine.

Il giudice disponeva una consulenza tecnica medico legale per accertare la sussistenza delle lamentate affezioni, la loro efficacia invalidante e l'eventuale nesso di causalità con il licenziamento.

In uno dei dipendenti, C.S., veniva diagnosticata lieve nevrosi d'ansia reattiva a polarizzazione multipla con conseguente periodo di inabilità temporanea di 30 gg; nell'altro, L.R., uno stato neurastenico con conseguente periodo di inabilità temporanea di 60 giorni.

Il Pretore rifacendosi alla giurisprudenza corrente e citando in particolare la sentenza n. 411/1990 della Cassazione per il licenziamento illegittimo, e la sentenza n. 8835/1991 della Cassazione per quanto riguarda l'assegnazione a mansioni dequalificanti, conclude che l'illecito del datore di lavoro ne determina la responsabilità risarcitoria non solo per il danno patrimoniale ex art. 2059 c.c. e per il danno morale ex art. 185 c.p., ma anche per il danno c.d. biologico.

Nel caso specifico il Pretore ha condannato l'industria in questione a risarcire, come conseguenza dell'illegittimo licenziamento, il danno patrimoniale ex art. 18 legge 300/1970, il danno biologico alla stregua delle conclusioni peritali liquidabile in via equitativa, mentre non ha riconosciuto l'esistenza del danno morale in difetto delle condizioni di cui agli art. 2059 c.c. e 185 c.p..

In questo caso come in altri c'è un elemento che spesso si ritrova e cioè il licenziamento intimato in costanza di malattia, costantemente giudicato inefficace dalla giurisprudenza.

Tale condotta fa sospettare un intento se non persecutorio quanto meno punitivo.

Si sottolinea anche in questo caso, l'accoglimento delle conclusioni peritali ed il riconoscimento del danno biologico.

**SENTENZA DELLA SUPREMA CORTE
DI CASSAZIONE SEZIONE LAVORO
N. 475 DEL 19.11.1999**

Con questa sentenza la Suprema Corte ha riconosciuto la risarcibilità del danno ad una lavoratrice sottoposta a continue visite di controllo su richiesta del datore di lavoro, nonostante fosse stata da tempo ripetutamente accertata la reale sussistenza della patologia (grave sindrome ansioso-depressiva).

La condotta del datore di lavoro è stata non solo giudicata "persecutoria" ma anche "determinante un aggravamento della patologia".

È evidente che la legittimità dei controlli disposti dal datore di lavoro nei confronti del lavoratore assente per malattia, non deve sconfinare nell'abuso e nella vessazione in quanto tale condotta può ulteriormente aggravare le condizioni di salute soprattutto quando, come nel caso in questione, già è presente una patologia psichiatrica.

Tale condotta, oltre che essere dichiarata illegittima, potrebbe a buon diritto configurarsi come una azione mobizzante.

**TRIBUNALE DI TORINO
SEZ. LAV. N. 5050 DEL 16.11.1999**

E.G. dipendente di una società per circa sette mesi, sarebbe stata sottoposta, durante tale periodo, a maltrattamenti da parte del capo reparto consistenti in frasi ingiuriose ed insulti contro la sua persona in risposta alle sue segnalazioni relative al cattivo funzionamento della macchina grafica alla quale era addetta.

A causa di detti maltrattamenti la

E.G. presentava le proprie dimissioni un mese prima della scadenza del contratto a tempo determinato con il quale era stata assunta.

Il motivo che aveva spinto la dipendente ad adire le vie legali era da ricercare non solo nella perdita del lavoro ma soprattutto nel pregiudizio derivato alla sua salute per la comparsa di una grave forma depressiva con crisi agorafobiche.

Il giudice di Torino nell'accogliere la sua richiesta e nel condannare il datore di lavoro ai sensi dell'art. 2087 c.c. ha ritenuto che il caso in questione potesse rientrare nell'ambito del fenomeno mobbing.

Questa pronuncia ha avuto una discreta risonanza proprio perché è la prima volta che tale termine viene citato in una sentenza, rappresentando quindi, un precedente importante e degno di nota.

Vi è da rilevare ancora che il giudice dopo aver premesso che "secondo il centro di disadattamento della Clinica del Lavoro 'Luigi Devoto' di Milano ... ogni dipendente ha il 25% di possibilità di trovarsi nel corso della propria esperienza professionale" in condizione di subire pratiche di mobbing, ha ritenuto "del tutto superfluo l'accertamento medico legale richiesto dalla parte ricorrente" considerando gli elementi raccolti in sede istruttoria "di portata tale da consentire la definizione di ogni profilo della vertenza sia per quanto concerne la sussistenza del fatto lamentato dalla lavoratrice sia per ciò che attiene all'entità del danno patito che esige ristoro".

Pur se nella fattispecie è stato poi liquidato equitativamente il "danno biologico medio tempore procurato alla ricorrente non versandosi in ipotesi di invalidità permanente essendo la patologia risoltasi dopo un primo significativo miglioramento, già registratosi in concomitanza con la cessazione del rapporto lavorativo", desta qualche

perplexità il fatto che in un ambito così delicato possa soprassedersi all'accertamento tecnico importante soprattutto in termini di ammissione o meno del nesso causale.

ORDINANZA DEL TRIBUNALE DI FIRENZE DEL 18.07.2000

Una donna di 34 anni impiegata presso una grande compagnia di assicurazioni è oggetto di una corte serrata da parte di un collega il quale, vistosi respinto, inizia a tormentarla con vessazioni di ogni tipo.

La dipendente non potendo rinunciare al lavoro si rivolge ai suoi datori di lavoro affinché prendano dei provvedimenti che la tutelino in qualche modo.

Purtroppo nulla viene fatto e la lavoratrice inizia a manifestare crisi ansiose depressive che la portano ad assentarsi dal lavoro per mesi, motivo per cui rischia anche il licenziamento.

Adite le vie legali, il giudice del lavoro ha condannato il datore di lavoro a risarcire il danno alla salute patito dalla dipendente in base all'art. 2087 c.c..

Questo caso potrebbe essere preso come esempio di quanto detto precedentemente a proposito dei vari tipi di mobbing: "attenzioni" non ricambiate hanno innescato una serie di ritorsioni e vessazioni riconosciute in grado di provocare nella dipendente, un danno alla salute.

* * *

Dalle sentenze riportate si possono estrapolare alcuni elementi:

- la tipologia dei lavoratori è risultata abbastanza eterogenea (dirigenti, impiegati, operai);
- tutti sono stati assoggettati a: licenziamenti intimati in costanza di malattia, dequalificazione, inattività, emarginazione;
- molti dei comportamenti rilevati

coincidono con quelli descritti come propri del mobbing; altri sono, invece, rapportabili al bossing, ovvero al mobbing pianificato a livello aziendale;

- la giurisprudenza, sia di legittimità che di merito, ha giudicato illegittimi i vari comportamenti del datore di lavoro, in quanto posti in essere in violazione dell'art. 2103 c.c. (Prestazione del lavoro);

- il danno alla salute lamentato dai lavoratori ha spaziato dalla grave sindrome depressiva con spunti fobici fino alla psicosi delirante paranoide.

Il fenomeno, dunque, così come del resto già sostenuto da alcuni Autori (4), (6), (7), è tutt'altro che raro e recente; v'è da ritenere, infatti, che i casi che giungono all'osservazione della magistratura siano solo la punta d'iceberg di un sommerso assai più ampio.

In ogni caso l'interesse suscitato dall'intervento dei media è stato tale da mettere in risonanza anche il mondo politico il quale, attraverso ben cinque diversi disegni di legge⁵ in quattro anni, è entrato in argomento con sensibilità che potremmo definire "precoce" e comunque inusuale rispetto ad analoghe problematiche.

Relativamente alle diverse iniziative parlamentari, vorremmo qui solo riassumere che, mentre la proposta di legge n. 1813, presentata alla Camera dei Deputati nel luglio '96, prevede sanzioni penali in ordine alla previsione di reato di violenza privata, abuso d'ufficio, ingiuria e lesioni personali, i disegni di Legge n. 6410/99 e n. 4265/99, presentati l'uno alla Camera e l'altro al Senato, prevedono esclusivamente sanzioni disciplinari, preferendo proteggere le vittime degli atti vessatori, persecutori ed, in genere, di maltrattamenti sui luoghi di lavoro, con misure preventive ottenibili essenzialmente attraverso lo strumento "informazione", attraverso la nullità degli atti (compreso il licenziamento) derivanti da comportamenti discriminatori o

da minacce o molestie, ed attraverso, infine, l'affermazione del diritto al risarcimento del danno da liquidarsi in forma equitativa, ottenibile con azione civilistica presso il giudice del lavoro preceduta da un tentativo di conciliazione ex art. 410 c.p.p.

L'odierno vivo interesse manifestato per la componente psichica della salute del lavoratore non può non far emergere il contrasto con il passato quando, al contrario, assai poco si teneva conto delle ripercussioni su di essa dell'organizzazione del lavoro.

Basti por mente, a titolo di esempio, alla dottrina della "organizzazione scientifica del lavoro" del Taylor (19) la quale, tesa all'ottimizzazione delle linee di produzione non si preoccupava affatto della monotonia di singoli gesti lavorativi ripetuti ogni giorno, per tutto il turno di lavoro, al ritmo scandito dalla catena di montaggio.

Lo stesso scenario giurisprudenziale (13), (14) del recente passato, dominato dalle problematiche relative alla lesione fisica, ha solo del tutto occasionalmente preso in considerazione la lesione della mente lavoro-correlata misconoscendo, se non addirittura negando a priori, che l'insorgenza di una sofferenza di tipo psichico potesse riconoscere la sua origine in una particolare situazione creatasi nell'ambiente di lavoro, in contrapposizione a quel diritto di privilegio costituzionalmente garantito ad ogni cittadino-lavoratore di vedere tutelata la propria salute in entrambe le sue componenti, contro tutti i potenziali tipi di rischio connessi all'espletamento dell'inattività di lavoro e ciò nonostante il dettato dell'articolo 2087 del codice civile che stringe "l'imprenditore ..." a garantire al lavoratore la salute, nella sua più moderna concezione, adottando "... nell'esercizio dell'impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l'esperienza e la tecnica, sono necessarie a tutelare l'integrità fisica e la personalità morale dei prestatori d'opera".

⁵ "Norme per la repressione del terrorismo psicologico nei luoghi di lavoro".

Proposta di legge n. 1813 presentata alla Camera dei Deputati il 9 luglio 1996. "Tutela della persona che lavora da violenze morali e persecuzioni psicologiche nell'ambito dell'attività lavorativa".

Disegno di legge n. 4265 proposto al Senato il 13 ottobre 1999. "Disposizioni a tutela dei lavoratori e delle lavoratrici dalla violenza psicologica".

Disegno di legge n. 4313 presentato al Senato il 14 novembre 1999. "Disposizioni a tutela dei lavoratori dalla violenza e dalla persecuzione psicologica".

Proposta di legge n. 6410 presentata alla Camera dei Deputati il 30 settembre 1999. "Disposizioni per la tutela della persona da violenze morali e persecuzioni psicologiche".

Proposta di legge 6667 presentata alla Camera dei Deputati il 5 gennaio 2000.

Non risulta, però, che l'articolo 2087 del codice civile sia stato a pieno applicato dalla giurisprudenza che, secondo alcuni Autori (16), (14), "non avrebbe saputo coglierne né valorizzarne l'intrinseca vocazione alla tutela della interezza della persona del lavoratore".

Ed infatti pur se tale norma, in considerazione delle lacune legislative in tema di prevenzione, ha assunto una valenza più ampia rispetto allo stretto ambito civilistico, è stata comunque impiegata come strumento di addebito di responsabilità al verificarsi del danno al lavoratore, danno che, in relazione a quanto sopra affermato circa la scarsa affermazione della dignità lesiva del lavoro nei confronti della sfera psichica, riguardava pressoché esclusivamente il soma.

Occorre attendere gli anni settanta perché l'accresciuta sensibilità degli stessi lavoratori intorno alle problematiche inerenti il diritto alla salute inducesse il legislatore ad affermare il principio di un loro ruolo attivo nella gestione della sicurezza sul lavoro (L. 300/70 Statuto dei Lavoratori); ruolo che consentiva al vissuto dello stesso lavoratore circa le condizioni di lavoro di conquistare, nell'ambito della valutazione delle conseguenze dell'azione dei fattori nocivi, una dignità più vicina a quella riconosciuta agli indicatori biologici di esposizione alle noxae chimiche, fisiche o biologiche.

Con il recepimento delle direttive dell'Unione Europea l'attiva partecipazione del lavoratore, formato ed informato sui rischi propri della sua mansione lavorativa, assume un valore centrico (D.L. 277/91) così come, un poco più tardi, viene riaffermato con maggior vigore l'obbligo del datore di lavoro di attuare ogni misura idonea a tutelare la salute e l'integrità psicofisica del lavoratore (art. 17 D.L. 626/94) imponendo il "*rispetto di principi ergonomici nella concezione dei posti di*

lavoro, nella scelta delle attrezzature e nella definizione dei metodi di lavoro e produzione, anche per attenuare il lavoro monotono e quello ripetitivo" (lettera f art. 3 D.L. 626/94), in un complesso articolato di misure, strumenti di valutazione, verifica e gestione del rischio, tale da consentire la massima limitazione possibile dei disagi, garantendo al lavoratore quel "benessere" proprio del moderno concetto di salute sancito dalla WHO.

Così come è stato esplicitamente affermato⁶ in riferimento agli obblighi posti a carico del datore di lavoro dagli articoli 3 e 4 del D.L. 626/94, un documento di valutazione dei rischi in cui non sia contemplato il rischio mobbing è un documento insufficiente che espone il datore di lavoro a sanzioni giudiziarie in violazione appunto di detti articoli di legge.

Si vorrebbe qui aggiungere che forse il documento sul rischio "mobbing" potrebbe non essere sufficiente ad una adeguata protezione del lavoratore; l'attuazione di un corretto piano preventivo non dovrebbe, infatti, a nostro avviso, poter prescindere da una "sorveglianza sanitaria" estesa dal soma alla psiche, il che potrebbe anche realizzarsi attraverso l'istituzione di appositi centri di ascolto idonei a valutare, all'interno di ogni azienda di una certa dimensione, lo stato di benessere percepito dai lavoratori con il precipuo scopo di segnalare tempestivamente agli uffici del personale le situazioni che potrebbero risultare fonte di disagio ed, al medico competente, i disagi eventualmente già manifestatisi.

Tornando alle osservazioni prima formulate in relazione alle lacune applicative del disposto dell'articolo 2087 c.c. in riferimento alla protezione della personalità morale del lavoratore, e più in generale alla "reticenza" giurisprudenziale intorno al pregiudizio alla "mente", risulterebbe sin troppo semplicistico affermarne a fondamento una cultura organicistica disattenta alla compo-

⁶ Guariniello R.: relazione al convegno "Mobbing: profili giuslavoristici e medico legali. La sentenza del Tribunale di Torino". Milano 2-3 Marzo 2000.

nente psichica dell'interrezza umana; esistono, infatti, oggettive difficoltà nel distinguere una reale menomazione del funzionamento della sfera psichica da quegli stati di sofferenza interiore propri del danno morale di cui all'articolo 2059 c.c.

In altri termini può essere sin troppo sottile il confine tra una effettiva "menomazione psichica subita da un soggetto conseguentemente al fatto illecito di terzi, consistente nell'ingiusta turbativa del suo equilibrio mentale determinante una modificazione della salute psichica, con alterazione - temporanea o permanente - delle sue funzioni psichiche" (7) e quel "transeunte turbamento psicologico del soggetto offeso" nel quale debbono rientrare i patemi, le sofferenze, o le angosce le quali, pur determinando una modificazione del funzionamento della psiche del soggetto, non si concretizzano in vere patologie di interesse psichiatrico; e ben si comprende come l'esercizio giuridico possa venir condizionato da tale difficoltà che in alcuni casi di specie rimane insormontabile nonostante l'impegno della dottrina delle scienze umane e del diritto a fornire elementi definitori idonei a distinguere le diverse fattispecie (17).

A parte le preoccupazioni legate ai pur possibili casi di simulazione⁷ non risulta agevole, a volte, stabilire se si tratti di una menomazione della efficienza del funzionamento mentale, clinicamente significativa, valutabile, nosograficamente inquadrabile e suscettibile di trattamento terapeutico, (2) oppure di una mera sofferenza correlata ad una lesione, di una semplice reazione emotiva, non qualificabile nosograficamente (3).

Posto che esula da questa trattazione stabilire se il fatto illecito del datore di lavoro ricada nell'area della responsabilità contrattuale od extracontrattuale, non se ne possono sottacere le implicazioni in tema di onere probatorio.

Sul principio della esclusiva dignità risarcitoria del danno psichico, così come sopra definito, l'orientamento giurisprudenziale non risulta univoco essendo stata affermata in alcune pronunce la risarcibilità autonoma anche del "semplice" stato di sofferenza, a prescindere dalla esistenza di un danno alla salute.

In un caso⁸ riguardante il dipendente di una grossa industria dell'acciaio (Sentenza n. 3427 Pretura di Milano del 14.12.1995), il giudice di primo grado ha riconosciuto la risarcibilità del danno anche per quelle lesioni clinicamente rilevabili ma non tali da costituire una vera e propria malattia mentale, lesioni cioè che non rientrano nelle categorie proprie della nosografia psichiatrica.

Dal punto di vista operativo risulta, comunque, assoluta la necessità di pervenire ad una diagnosi da parte di uno specialista psichiatra il quale, attenendosi ad una corretta metodologia diagnostica, provvederà ad inquadrare l'eventuale malattia nell'ambito di una classificazione nosografica internazionalmente accettata.

Altro sarà il compito del medico legale il quale dovrà ricostruire il nesso di causalità materiale tra comportamento illecito e danno alla salute per poi formulare la propria diagnosi clinico-disfunzionale di presupposto alla valutazione del danno medesimo, ivi compresa la sua dimensione in riferimento al requisito della permanenza per il quale andranno valutate sia le risorse interne del soggetto e sia quelle esterne su cui poter contare per superare una situazione di disequilibrio.

Alla luce di quanto riportato, la giurisprudenza ed il legislatore sembrano aver reso meno attuali le parole del Meucci (11) che nel 1991 scriveva: "Sono ormai maturi i tempi affinché la giurisprudenza dismetta quel radicato atteggiamento di distrattezza (fors'anche per l'insicurezza di imboccare un tunnel di cui non intravede la fine) e marginale valutazione

⁷ In realtà come ben insegnano gli psichiatri "il problema della simulazione di una malattia mentale è facilmente risolvibile da un clinico esperto: troppo complessa infatti è la vera sintomatologia psichiatrica, troppo articolata, troppo legata ad una sua consequenzialità interna in ogni singolo quadro, perché un soggetto possa effettivamente simulare senza che il clinico se ne accorga" (10).

⁸ Il dipendente, F.C., assunto dall'azienda in questione nel 1975, aveva svolto all'interno di essa una intensa attività sindacale. Nel periodo compreso tra il mese di luglio 1985 ed il mese di settembre 1993, aveva subito tre licenziamenti (giudicati illegittimi), quattro sanzioni disciplinari, una serie di denunce penali successivamente archiviate, in aggiunta, a suo dire, a tutta una serie di "provocazioni quotidiane" che erano di ostacolo alla sua attività lavorativa e sindacale.

Ricorreva quindi al Pretore di Milano sostenendo di aver subito, a seguito di tali comportamenti, un danno alla salute: il peggioramento costante della situazione lavorativa, successivamente ad ogni reintegrazione al lavoro, coattivamente disposta dal giudice dopo i vari licenziamenti, aveva compromesso il suo equilibrio psicofisico e la sua vita di relazione (divorzio dalla prima moglie, difficoltà con la nuova partner, difficoltà nei rapporti di amicizia e sociali in genere).

La diagnosi riportata nella consulenza medico legale disposta d'ufficio era stata "disagio nevrotico con nuclei di somatizzazione elettivamente a carico della sfera gastrica, non grave ma clinicamente apprezzabile" e che "tale quadro morboso poteva ragionevolmente essere connesso alle "problematiche" di lavoro e sindacali in cui era incorso negli ultimi anni"; il tutto aveva determinato un periodo di minor efficienza psicofisica e validità della durata di 90 giorni circa.

Si trattava dunque di un danno biologico transitorio e

delle causali ambientali e comportamentali inducenti, nei luoghi di lavoro, danni alla salute psichica”, riconoscendo, così come prospettato dal Montuschi (13) che l’ambiente di lavoro “... non è fonte di rischio e di pericolosità solo per l’integrità fisica del lavoratore, ma tende a coinvolgere il diritto alla salute nella sua globalità, dunque sfiora i recessi ed i meandri più gelosi, nei quali si sviluppa il pensiero e si forma la volontà sino ad estendersi al di fuori della famiglia, a comprendere le relazioni ed i rapporti esterni, nei quali si manifesta la personalità del lavoratore”.

RIASSUNTO

Gli Autori, dopo aver svolto alcune considerazioni relative all’accreciuto interesse per la tutela della salute del lavoratore in un periodo caratterizzato dal mutamento delle tipologie lavorative con conseguente mutare delle tradizionali

condizioni di rischio, prendono in esame il fenomeno Mobbing ponendo l’accento sul pericolo che di detto termine venga abusato.

Esaminano quindi alcune sentenze della magistratura del lavoro, emesse nell’arco dell’ultimo decennio, relative alla richiesta di risarcimento del danno biologico rilevando che molti dei comportamenti del datore di lavoro o messi in atto dai superiori o colleghi di lavoro, ritenuti illegittimi in quanto posti in essere in violazione dell’art. 2103 c.c. (prestazione di lavoro), coincidono con quelli descritti come propri del Mobbing.

Sottolineano quindi come seppure il fenomeno non possa ritenersi recente è necessario incoraggiare l’istituzione di centri di studio e di ascolto anche al fine di acquisire ogni ulteriore conoscenza relativa al fenomeno, utile ad un corretto inquadramento medico legale delle singole fattispecie.

per il quale non veniva fatta una diagnosi di malattia inquadrate nosograficamente.

Il Pretore, accogliendo le conclusioni peritali, affermava che “per la sussistenza di un danno risarcibile non è necessario che il lavoratore abbia subito una lesione della salute in senso scientifico tradizionale essendo sufficiente che lo stesso lavoratore sia vittima di un atteggiamento illecito posto in essere dal datore di lavoro”; condannava quindi l’azienda a risarcire il danno ex art. 2403 c.c.

Questa sentenza è stata poi riformata in secondo grado dal Tribunale di Milano (sentenza del 30.10.96) che, oltre a non considerare illecito il comportamento aziendale, ha messo in discussione proprio il nesso di causalità tra la sintomatologia lamentata e la condotta dell’azienda, rilevando a tal proposito che “la consulenza tecnica d’ufficio, demandata a scandagliare i delicati rapporti tra tutte le sollecitazioni e frizioni in cui è incorso il sig. F.C. ed i suoi disturbi, su questo punto non ha spesso neppure una parola”.

Il tribunale addebita al consulente, oltre l’uso di un termine troppo banale quale quello di “problematiche” di lavoro e sindacali, una mancata presa di posizione proprio sul nodo principale, una mancata risposta al quesito posto e cioè “se esisteva un rapporto tra le “persecuzioni” dell’azienda - risultanti e documentate dagli atti sia nel numero che nella qualità - e lo squilibrio psicofisico lamentato dal dipendente”.

È ipotizzabile che sia mancato al consulente tecnico il pieno convincimento che i comportamenti del datore di lavoro potessero aver determinato un danno, oppure che egli si sia trovato nella impossibilità di sostenere una tesi opposta in mancanza di dati certi o di precedenti analoghi ed abbia pertanto preferito mantenere una posizione non troppo incisiva. Stupisce, e qui concordiamo con gli esperti di diritto del lavoro, la scarsa applicazione in tutte le sentenze esaminate, dell’art. 2087 c.c. che impone una tutela ampia del lavoratore da parte del datore di lavoro.

Bibliografia

- 1) BALDASSARRI P., DEPOLO M.: «La vittimizzazione psicosociale sul lavoro». Psicologia contemporanea 1997, 152.
- 2) CALCAGNI C., MEI E.: «Valutazione del danno psichico in responsabilità civile. Riflessioni in tema di metodologia diagnostica». Difesa Sociale 1998, 2.
- 3) CALCAGNI C., MEI E.: «Danno morale, danno biologico psichico: aspetti giurisprudenziali e medico legali». Aggiornamenti di medicina sociale 1998, 4.
- 4) EGE H., LANCONI M.: «Mobbing». Pitagora Editrice Bologna 1997.
- 5) EGE H., LANCONI M.: «Stress e Mobbing». Pitagora Editrice Bologna 1998.
- 6) EGE H., LANCONI M.: «Il Mobbing in Italia». Pitagora Editrice Bologna 1997.
- 7) EGE H.: «I numeri del Mobbing». Pitagora Editrice Bologna 1999.
- 8) GIANNINI A.: «Lesioni mortali, danno biologico e danno psichico». Corriere Giuridico, 1994, XI, 120.
- 9) GRIECO A., ANDREIS L., CASSITTO M.G., FANELLI C., FATTORINI E., GILLIOLI R., LEGNENI G., PRANDONI P.: «Il Mobbing: alterata interazione psico-sociale sul posto di lavoro. Prime valutazioni circa l’esistenza del fenomeno in una realtà lavorativa italiana». Prevenzione oggi 1997, 2.
- 10) MARCHETTI M., TROISI M.: «La malattia mentale». Trattato di medicina legale e scienze affini diretto da Giusto Giusti; Vol. IV, 519.
- 11) MEUCCI M.: «Diritto del rapporto di lavoro». Lavoro e Previdenza oggi 1992, 1369.
- 12) MEUCCI M.: «Il rapporto di lavoro nell’impresa». Esi Editore Napoli 1991, 132.
- 13) MONTUSCHI L.: «Ambiente di lavoro e tutela della malattia psichica». Rivista italiana di Diritto del Lavoro 1987, I, 3.
- 14) MONTUSCHI L.: «Problemi del danno alla persona nel rapporto di lavoro». Rivista italiana di Diritto del lavoro 1994, I, 317.
- 15) OLWEUS D.: «Bulli». Psicologia contemporanea 1996, 133: 22.
- 16) PAJARDI D.: «Il danno psicologico in materia di lavoro: considerazioni teoriche, analisi giurisprudenziale ed esperienze peritali». Diritto del Lavoro 1991, I: 1340.

- 17) PONTI G.: «*Permanenza e quantificazione di postumi di rilievo psichiatrico forense: criteriologia valutativa*». Atti del XXX Congresso SIMLA 1989.
- 18) TAGLIAGAMBE L.: «*Verso la dequalificazione del danno da dequalificazione*». D&L - Rivista critica di diritto del lavoro 1997, 360.
- 19) TAYLOR F.W.: «*The principles of Scientific Management*; 1911» citato da E. Sartorelli in Trattato di Medicina del Lavoro Piccin Ed. Padova 1981.
- 20) WALTER H.: «*Mobbing; Kleinkrieg am Arbeitsplatz*» Francoforte, ed. Campus, 1993.

Mobbing: analisi di un fenomeno anche alla luce delle recenti acquisizioni sul danno biologico

Dr. Gian Paolo CIOCCIA
Dirigente medico-legale 1° livello
D.G. INPS - Roma

Il termine *mobbing* definisce la persecuzione psicologica nell'ambiente di lavoro ed inquadra una problematica recente per la realtà lavorativa italiana. Il fenomeno sta assumendo dimensioni sociali di notevole rilievo tanto che, secondo recenti stime, circa il 6% della popolazione attiva (approssimativamente un milione e mezzo di lavoratori) ne sarebbe vittima (19).

Per le sue conseguenze negative riguardanti sia il lavoratore, che il datore di lavoro e la collettività in generale, assume notevole importanza la collocazione giuridica e la valutazione medico-legale del mobbing nei vari ambiti di applicazione.

Sebbene nell'attuale ordinamento siano codificati i principi generali a presidio di tale tematica, è totalmente assente nel nostro sistema giuridico una qualche normativa che regolamenti specificatamente tale materia.

Prima di analizzare nel particolare la relazione tra danno biologico e mobbing può risultare utile un excursus delle tappe fondamentali, giuridiche e dottrinali, che hanno

portato al riconoscimento del primo, per poi definire quelli che sono i caratteri costituenti il fenomeno mobbing al fine di poterne meglio valutare i risvolti medico-legali che ad esso sottendono.

EVOLUZIONE DOTTRINALE E GIURISPRUDENZIALE DEL DANNO BIOLOGICO

Il danno biologico è la compromissione dell'integrità psico-fisica della persona in sé considerata e rappresenta una voce comprensiva di tutti i riflessi che le lesioni possono avere sulla salute e sulla personalità dell'individuo, indipendentemente dagli effetti che incidono in modo specifico sulla sua capacità lavorativa.

L'iter dottrinale che ha portato alla maturazione del concetto di danno biologico si può far risalire al 1952 quando, in occasione delle Giornate Medico-Legali Triestine, il Prof. C. Gerin propose una innovativa teoria riguardante il danno alla persona. Egli sostenne che la valu-

tazione di tale danno doveva prescindere da una sua incidenza sulla capacità lavorativa generica o ultragenerica dell'individuo, come precedentemente sostenuto da A. Cazaniga (5), ma doveva basarsi esclusivamente sulla sua "validità" intesa come *efficienza fisico-psichica allo svolgimento di qualsiasi attività lavorativa o extra-lavorativa* (11).

Si iniziava così a sanare una lacuna riguardante la tutela dei diritti fondamentali dell'individuo connessi al "valore uomo" in tutta la sua più completa dimensione.

Nella precedente giurisprudenza, infatti, il codice civile del 1942 prendeva in considerazione esclusivamente "l'uomo economicus" quale produttore di reddito.

Numerose sentenze si ispirarono al pensiero del Prof. Gerin, contribuendo a rafforzare sempre più il principio di risarcibilità del danno alla salute.

La sentenza del 16.02.79 della Corte di Appello di Firenze sanciva il principio secondo il quale la persona lesa da fatto ingiusto non deve essere considerata esclusivamente come "sub specie laboris" ma come persona inserita nella vita sociale di cui il tempo libero rappresenta un diritto ed una parte non trascurabile.

La sentenza n. 88/79 della Corte Costituzionale affermava il principio di bene salute tutelato dall'art. 32 della Costituzione non solo come interesse della collettività, ma anche e soprattutto, come diritto fondamentale dell'individuo, configurandosi come diritto primario ed assoluto pienamente operante anche nei rapporti tra privati.

In questa ottica ci si allineava alla definizione dell'O.M.S. secondo cui: *"la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattia o di infermità. Il possesso del migliore stato di salute che si possa raggiungere, costituisce uno dei diritti fondamentali*

di tutti gli esseri umani, qualunque sia la razza, la religione, le opinioni politiche, le condizioni economiche o sociali".

In una relazione tenuta all'incontro di Pisa del 15 marzo 1986 il Prof. Gerin ribadiva il principio del carattere "funzionale" del danno, da intendersi come una modificazione peggiorativa di una o più funzioni, conferendo valore medico-legale solo alle minorazioni funzionali aventi o meno una base organica dimostrabile. Puntualizzava anche il concetto di validità come espressione di libertà biologica, da intendersi come "efficienza" o validità sociale", comprensiva di quegli atti extraprofessionali che costituiscono nel loro complesso la vita di relazione comune a tutti gli uomini e inclusiva di tutte le funzioni, comprese la fisiognomica e la sessuale (10).

Da un punto di vista giuridico e dottrinale si andava delineando la differenziazione tra il danno alla salute e il danno biologico: il primo rappresentante un concetto essenzialmente giuridico e da intendersi come la lesione di un diritto sancito dall'art. 32 della Costituzione; il secondo, invece, da considerare come un concetto prettamente medico-legale ed espressione della menomazione fisico-psichica dell'individuo (1).

Tale principio veniva preso dal Prof. Gerin che rafforzava la differenza tra danno alla salute (equivalente al danno alla validità) e danno biologico (rientrante nel precedente, ma da esso differente).

Si configurava così la condizione di danno biologico senza il corrispettivo danno alla salute o alla validità: *"Il danno alla salute e alla validità sono da considerare come eventi a carattere dinamico e più rispondenti alla realtà dei fatti rispetto al danno biologico che può essere soltanto un danno anatomico, privo di carattere funzionale e quin-*

di indifferente da un punto di vista medico-legale” (12).

Inoltre, auspicava, in virtù della rilevanza economica sia dello stato di validità dell'individuo che della sua attività professionale, un doppio binario nella valutazione medico-legale del danno da attuarsi in maniera distinta per l'una e per l'altra (12).

Tappa fondamentale nell'affermazione del concetto di danno biologico si ha con la sentenza della Corte Costituzionale n. 184 del 30.06.86 con la quale si introduceva nella responsabilità civile la risarcibilità di tale danno anche nei rapporti tra privati, a prescindere da effetti incidenti in maniera specifica sulla capacità lavorativa.

Si introduceva una specifica ed autonoma figura di danno ingiusto (danno evento) al pari delle tradizionali categorie di danno patrimoniale e morale subiettivo (danni conseguenza). Si sanciva il principio secondo il quale l'ingiustizia provocata ad una persona è insita nella menomazione della sua integrità fisico-psichica e rappresenta di per sé il fondamento giuridico del danno biologico.

La succitata sentenza aveva come base normativa:

- gli articoli 2 e 32 della Costituzione con i quali la Repubblica “riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo” (art. 2) e “tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti” (art. 32);

- l'art. 2043 del c.c. secondo il quale “ogni fatto doloso o colposo che cagiona ad altrui un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno”;

- l'art. 2059 del c.c. secondo il quale “*il danno non patrimoniale deve essere risarcito solo nei casi determinati dalla legge*” e che fino a quel momento limitava la risarcibilità non solo alla discrezionalità del legislatore ma prevalentemente

al solo “*pretium doloris*” come conseguenza di un fatto che costituiva reato ai sensi dell'art. 185 c.p. secondo cui “*ogni reato, che abbia cagionato un danno patrimoniale, o non patrimoniale, obbliga al risarcimento il colpevole e le persone che, a norma delle leggi civili, debbono rispondere per il fatto di lui*”.

Si perveniva, quindi, ad una integrazione tra l'art. 32 della Costituzione, che tutela il bene salute, con l'art. 2043 del c.c. con il quale si applica la sanzione a ogni fatto ingiusto sulla base del “*neminem laedere*”, intendendo la salute quindi come “*un bene primario e assoluto dell'individuo da tutelare da ogni offesa e ristorare in caso di sua lesione*” (20). Inoltre si considerava non limitata dall'art. 2059 c.c. la risarcibilità del danno non patrimoniale, anche se non esplicitamente prevista dalla legge, qualora essa fosse conseguenza della lesione di un diritto costituzionalmente garantito come quello alla salute previsto dall'art. 32 della Costituzione.

Numerosissime sentenze della Cassazione si sono espresse in merito al danno biologico in tutti i suoi possibili aspetti e tra queste è da segnalare la recente sentenza della Cassazione Civile n. 2750 del 29.11.99 che estende la sussistenza del danno biologico anche a quei casi in cui la lesione non ha prodotto postumi permanenti ma anche solo uno stato di stress psicologico (21).

Per conferire dignità pubblicistica al danno biologico, anche se solo in regime di tutela INAIL, si sono dovute aspettare le sentenze della Corte Costituzionale n. 356 e 485 del 1991 con le quali la Corte sancisce il diritto del lavoratore al ristoro del danno biologico da infortunio sul lavoro o da malattia professionale.

Viene conferita al lavoratore la possibilità di chiedere direttamente al datore di lavoro, nel caso in cui vi sia una sua responsabilità civile ai sensi dell'art. 2043 c.c., il ristoro del

danno quantificato secondo quanto stabilito dall'art. 1223 c.c.

Risarcimento, quindi, completamente autonomo e svincolato dall'indennizzo previsto per la ridotta attitudine lavorativa e non oggetto né di surroga né di azioni di regresso (15).

Tali sentenze si sono inserite in una situazione di vuoto legislativo che si è iniziato a colmare con l'art. 55 della legge 144 del 17.05.99 che delegava il Governo ad emanare entro nove mesi dalla data della sua entrata in vigore, uno o più decreti legislativi che ridefinissero taluni aspetti dell'assetto normativo in ambito INAIL.

In attuazione a tale delega è stato emanato il D. L. n. 38 del 23 febbraio 2000 avente per titolo; *“Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, a norma dell'articolo 55, comma 1, della legge 17 maggio 1999, n. 144”*.

L'art. 10 al comma 4 ribadisce che sono considerate malattie professionali anche quelle non comprese nelle tabelle del Testo Unico ma per le quali il lavoratore dimostri l'origine professionale.

L'art. 13 definisce il danno biologico come *“lesione all'integrità psicofisica suscettibile di valutazione medico legale”* e ne sancisce il ristoro, se conseguente a infortunio sul lavoro o a malattia professionale, in misura indipendente dalla capacità di produzione del reddito del danneggiato.

Il nuovo sistema indennitario dell'invalidità permanente prevede una franchigia per gradi di menomazione del 6% e si attua attraverso tre tabelle:

1. tabella delle menomazioni *comprensiva degli aspetti dinamico-relazionali*, che sostituisce le due tabelle dell'industria e dell'agricoltura previste nel Testo Unico e basate sulla perdita dell'attitudine al lavoro;

2. tabella di indennizzo del danno biologico, da applicare in riferimento all'età dell'assicurato al momento della guarigione clinica per l'indennizzo di menomazioni superiori al 16% ed erogate in rendita. Le menomazioni inferiori o uguali al 16% sono erogate in capitale;

3. tabella dei coefficienti che costituiscono indici di determinazione della percentuale di retribuzione da prendere in riferimento per l'indennizzo delle conseguenze patrimoniali, in relazione alla categoria di attività lavorativa di appartenenza dell'assicurato e alla ricollocabilità dello stesso.

IL MOBBING

Prima di addentrarci nella analisi della valutazione del mobbing alla luce delle recenti acquisizioni dottrinali e giuridiche in ambito di danno biologico, è opportuno inquadrare il fenomeno nei suoi vari aspetti.

La parola mobbing deriva etimologicamente dal verbo inglese “to mobe” che letteralmente significa “assalire tumultuando, affollarsi, accalcarsi” e/o dal sostantivo “mob” indicante “folla tumultuante, plebe, plebaglia, gentaglia”.

Tale termine fu utilizzato, agli inizi degli anni settanta, per la prima volta in etologia da Konrad Lorenz il quale utilizzò questo vocabolo per indicare un particolare comportamento di alcune specie animali che circondavano e assalivano rumorosamente in gruppo un altro animale al fine di allontanarlo dal gruppo stesso.

Alla fine degli anni '80 lo psicologo svedese Heinz Leymann utilizzò tale etimo in ambito di organizzazione aziendale definendolo come una comunicazione ostile e non etica diretta in maniera sistematica da parte di uno o più individui generalmente contro un singolo che,

a causa del mobbing, è spinto in una posizione in cui è privo di appoggio e di difesa e lì relegato per mezzo di continue attività mobbizzanti.

Queste azioni si verificano con una frequenza piuttosto alta e su un lungo periodo di tempo (17).

In Svezia ed in altri paesi europei quali la Norvegia e la Germania il fenomeno è stato ampiamente studiato e già da tempo “regolamentato”.

Già nel 1993 l’Ente Nazionale per la salute e la sicurezza svedese emanava le “disposizioni relative alle misure da adottare contro forme di persecuzione psicologica degli ambienti di lavoro”.

Tale problematica si è rapidamente diffusa in Europa e, secondo alcune stime del 1999, il Regno Unito avrebbe il numero più alto di “vittime” che ammonterebbero a circa il 16,3% dei lavoratori (16). L’Italia, secondo quanto riportato da indagini più recenti, presenterebbe una percentuale pari a circa il 6% dei lavoratori (19) (Grafico 1).

In Italia il primo ricercatore ad interessarsi di mobbing agli inizi degli anni ‘90 è stato Herald Ege che così definiva il fenomeno: “una forma di terrore psicologico sul po-

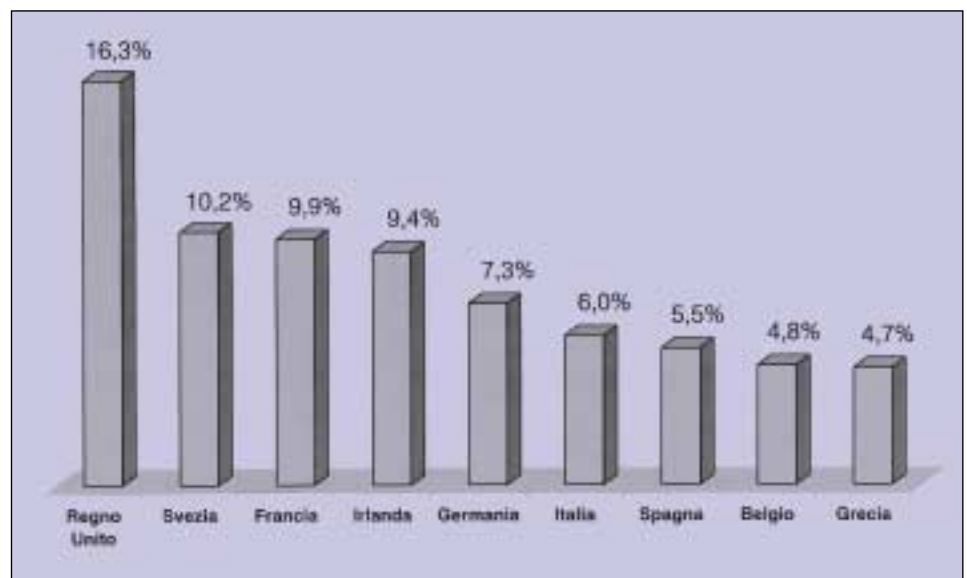
sto di lavoro, esercita attraverso comportamenti aggressivi e vessatori ripetuti, da parte dei colleghi o superiori (mobbers)” (4). La vittima designata scivola progressivamente verso una condizione di estremo disagio con isolamento e terrore psicologico che col passare del tempo ne danneggiano irreparabilmente l’equilibrio psico-fisico.

La modalità dell’aggressione deve essere frequente, pressoché quotidiana e deve protrarsi per un periodo di almeno sei mesi.

Il mobbing si può estrinsecare con diverse modalità:

- verticale, quando la violenza psicologica viene posta in essere da un superiore nei confronti di un subordinato (dagli anglosassoni identificato con il termine “bullyng” o “bossing”) o viceversa attuata da un gruppo di dipendenti che vittimizza un superiore;
- orizzontale, quando l’azione mobbizzante avviene tra pari grado e la vittima designata rappresenta il capro espiatorio di gelosie, tensioni e discriminazioni di gruppo;
- collettivo, quando viene attuato nei confronti di un intero gruppo di persone e molto spesso attuato co-

GRAFICO 1 - Incidenza del mobbing in Europa



me strategia aziendale mirata a ridurre o razionalizzare gli organici.

FASE DEL MOBBING

A giudizio di Leymann (14) il mobbing si svilupperebbe attraverso 4 fasi:

1. *Segnali premonitori*

Questa è una fase breve e sfumata in cui iniziano a manifestarsi i primi screzi relazionali tra la vittima e i colleghi o il superiore e che si scatenano in seguito a cambiamenti apparentemente significativi nell'ambiente lavorativo quali una nuova assunzione oppure un passaggio di carriera. Iniziano le prime critiche e i primi rimproveri.

2. *Mobbing e stigmatizzazione*

In questa fase si rendono palesi tutti i comportamenti del mobbing, caratterizzati da pressanti e ripetuti attacchi nei confronti della vittima. L'obiettivo è screditarne la reputazione, isolare socialmente l'individuo dal contesto lavorativo impedendogli ogni forma di comunicazione e di espressione; demotivarlo riducendone la considerazione di sé attraverso continue critiche e richiami oppure dequalificandolo professionalmente.

3. *Ufficializzazione del caso*

Il mobbizzato che denuncia il caso viene additato dai suoi aguzzini come soggetto psichicamente labile. La malattia assume il ruolo di causa e non di conseguenza.

4. *L'allontanamento*

Rappresenta la fase terminale del processo. Il mobbizzato è completamente isolato, dequalificato professionalmente e incapace di reagire

alla situazione. Inizia a manifestare depressione e somatizzazioni che lo portano a consultare un medico specialista. Con il passare del tempo la situazione diviene insopportabile per il lavoratore e la fase termina con le sue dimissioni o con il licenziamento.

Herald Ege ha modificato il modello di Leymann (6) proponendo 6 fasi che prendono origine da una "condizione zero", rappresentante il substrato ideale dal quale può avere inizio il mobbing. Questa fase risente di fattori intrinseci ed estrinseci insiti nell'universo lavorativo. I primi sono rappresentati da fattori personali quali gelosie, ambizioni, antipatie ecc. mentre i secondi sono più legati a situazioni connesse al mercato lavoro quali ad esempio la precarietà lavorativa, il continuo ringiovanimento degli organici e così via.

Le fasi proposte da Ege sono le seguenti:

1. Conflitto mirato
2. Inizio del mobbing
3. Primi sintomi psicosomatici
4. Errori ed abusi dell'Amministrazione del personale (il caso di vendita pubblico)
5. Serio aggravamento della salute psicofisica della vittima (ha inizio l'isolamento dell'individuo)
6. Esclusione dal mondo del lavoro.

Ege inoltre sostiene il concetto di "doppio mobbing" che si instaura quando il mobbizzato scarica tutti i suoi disagi e le sue sofferenze sulla famiglia, la quale inizialmente comprende le problematiche ma poi successivamente assume un ruolo essa stessa mobbizzante tendendo, nei casi estremi, a isolare l'individuo anche dal nucleo familiare stesso (7).

Nel corso delle diverse fasi del mobbing, la vittima designata inizialmente sviluppa un sentimento di autocolpevolizzazione, cercando nei propri comportamenti la causa del fenomeno. Successivamente, con la

progressione del conflitto, viene sovrappiombata da un sentimento di solitudine e di unicità dell'esperienza che progressivamente lo spinge verso una totale passività esistenziale e svalutazione personale.

RIPERCUSSIONI SOCIO-ECONOMICHE DEL MOBBING

Il numero di casi di mobbing sembra essere in continuo aumento e, come già precedentemente riportato, si presume che nel nostro paese circa un milione e mezzo di lavoratori ne sarebbe vittima.

L'I.S.P.E.S.L. ha istituito un centro di ascolto nel tentativo di "quantizzare" realmente il fenomeno e nel periodo compreso da maggio a dicembre del 1999 ha ricevuto 772 "richieste di aiuto" da parte di persone che si ritenevano mobbizzate sul posto di lavoro. Di questi 772 contatti il 64% è stato considerato vero e proprio mobbing. Tale indagine ha consentito l'effettuazione di interessanti estrapolazioni statistiche riguardanti il sesso, l'età, la scolarità, l'ambito lavorativo e la qualifica professionale (Grafico 2).

Dalle "presunte" cifre del mobbing appare evidente la sua dilagan-

te estensione con conseguenti effetti negativi non solo sull'individuo colpito e sul suo nucleo familiare, ma anche sull'ambiente lavorativo e sulla collettività.

In ambito aziendale inevitabilmente si determina un deterioramento delle dinamiche lavorative di gruppo con conseguente ricaduta sulla qualità e quantità del lavoro svolto.

Aumentano gli infortuni lavorativi e le giornate di malattia dei dipendenti con l'inevitabile aumento dei costi aziendali. Inoltre ne risente negativamente l'immagine aziendale all'esterno.

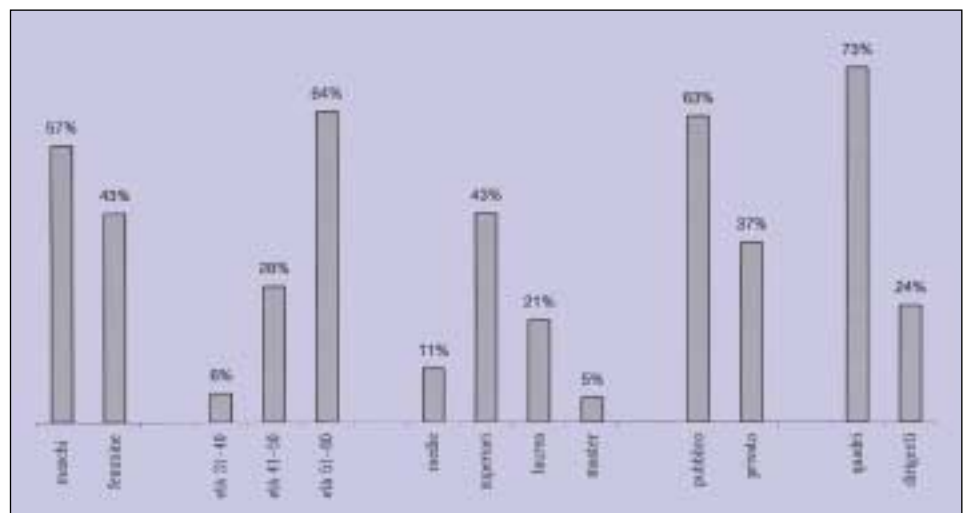
Sulla società ricade l'inevitabile aggravio dei costi sanitari e previdenziali, anche in relazione all'estromissione anticipata dal mondo del lavoro di persone ancora produttivamente valide.

Secondo alcune stime il costo sociale di ogni lavoratore mobbizzato sarebbe pari a circa il 190% in più del suo salario annuo lordo.

MANIFESTAZIONI CLINICHE E DIAGNOSI

Uno stato di mobbing che si protrae nel tempo può determinare nel

GRAFICO 2 - Dati emersi dall'indagine I.S.P.E.S.L.



lavoratore molteplici effetti incidenti, più o meno gravemente, sul suo stato di salute.

Da uno studio svedese condotto da Leymann emergerebbe che il 5-10% del totale dei suicidi in un anno avrebbe come causa scatenante il mobbing (18).

Il Centro del Disadattamento Lavorativo della Clinica del Lavoro di Milano rappresenta sicuramente il polo italiano di riferimento della ricerca medica in ambito mobbing.

In uno studio condotto su 250 pazienti esaminati nel periodo aprile 1998-settembre 1999 sono state identificate le più frequenti alterazioni dello stato di salute cui vanno incontro i lavoratori sottoposti a situazioni mobbizzanti protratte nel tempo (Tabella 1).

Secondo i parametri dettati dal DSM IV, un terzo di questi 250 casi rientrerebbero nei disturbi dell'adattamento, un altro terzo nel disturbo post traumatico da stress, mentre circa il 31% di essi presenterebbe patologie comuni non riconducibili al mobbing (13).

Da un punto di vista medico-legale assume notevole importanza il corretto inquadramento nosologico della patologia in quanto:

- il disturbo dell'adattamento rientra in una condizione transitoria che solitamente si sviluppa entro tre mesi

dall'esordio dei fattori stressanti e si risolve entro sei mesi dalla cessazione degli stessi;

- il disturbo post traumatico da stress comporta una maggiore compromissione della affettività dell'individuo con conseguente grave disagio alla sua vita di relazione e cronicizzazione dei disturbi che permangono anche dopo l'allontanamento dai fattori stressanti.

La diagnosi di mobbing viene attuata sottoponendo il paziente a colloquio clinico mirato all'inquadramento della personalità e dei disturbi da lui riferiti. Successivamente si somministrano dei test psicologici mirati ai disturbi lamentati (questionario dei sintomi soggettivi, MMPI, Mood Scale, Wartegg reattivo di disegno, matrici progressive di Raven PM38, T.A.T.).

Si esegue poi una visita neurologica per escludere patologie organiche.

Un ulteriore strumento di indagine è rappresentato dal "questionario sullo stress da lavoro" sviluppato in Finlandia nel 1992 (9). Con esso si valutano i fattori lavorativi pericolosi per l'insorgenza di stress ed inoltre si indagano le problematiche del lavoratore sia personali che relazionate al mondo del lavoro.

Alcuni studiosi utilizzano un altro questionario denominato "LIPT

TABELLA 1 - Alterazioni dello stato di salute più frequentemente riscontrate nel mobbing

Tipo di alterazione	Manifestazioni cliniche
Alterazioni dell'equilibrio socio-emotivo	ansia, depressione, stato di preallarme, ossessioni, attacchi di panico, isolamento, anestesia reattiva, depersonalizzazione.
Alterazioni dell'equilibrio psico-fisiologico	cefalea, vertigini, disturbi gastrointestinali, senso di oppressione toracica, tachicardia, manifestazioni dermatologiche, disturbi del sonno, disturbi della sessualità.
Disturbi del comportamento	disturbi alimentari, reazioni autoaggressive o eteroaggressive, totale passività, abuso di alcool, di fumo, di farmaci.

modificato” creato da Leymann nel 1990 e modificato da Ege (8). Consta di tre parti: nella prima il paziente deve riportare i dati personali e dell’azienda, nella seconda le presunte azioni mobbizzanti subite e nella terza i sintomi accusati.

GIURISPRUDENZA E MOBBING

Come già accennato, nel nostro sistema giuridico è assente una normativa che identifichi e disciplini in modo specifico il mobbing anche se i diversi tipi di comportamenti che ad esso possono ricondursi rientrano, per la maggior parte, in fattispecie giuridiche già ben definite e codificate dal legislatore.

La Costituzione con gli artt. 2-3-4-32-35-36-41-42 tutela la persona in tutte le sue fasi esistenziali, da quella di cittadino in quanto tale a quella di lavoratore inserito in una realtà lavorativa.

Nel diritto penale, ad esempio, nel caso di dimostrata intenzionalità dell’azione mobbizzante da cui derivi un evento dannoso voluto e previsto o prevedibile, si possono configurare diversi reati tra i quali:

- lesione personale ai sensi dell’art. 582 c.p. oppure, in mancanza di dolo, lesione colposa ai sensi dell’art. 590 c.p.;
- ingiuria (art. 594 c.p.); diffamazione (art. 595 c.p.);
- molestie (art. 660 c.p.);
- violenza privata (art. 619 c.p.);

Nella specifica sezione riguardante il danno biologico, al fine di poterne cogliere tutte le sfumature dottrinali e giuridiche, ho ripercorso le tappe attraverso le quali l’attuale ordinamento giurisprudenziale ne ha consolidato il riconoscimento. Da esse si evince la possibilità di estendere tali principi alla tutela dell’integrità psico-fisica in sé e per sé considerata del lavoratore sottoposto a vessazioni sul posto di lavoro.

Con la già citata sentenza della Corte Costituzionale 184 del 1986 si sanciva il principio secondo il quale l’ingiustizia provocata ad una persona è insita nella menomazione della sua integrità fisico-psichica e rappresenta di per sé il fondamento giuridico del danno biologico, integrando gli art. 2 e 32 della Costituzione con l’art. 2043 c.c. con il quale si applica la sanzione a ogni fatto ingiusto sulla base del “neminem laedere”.

La giurisprudenza sembra essere unanimemente concorde riguardo al risarcimento del danno biologico derivante da mobbing, se dimostrato.

L’onere del risarcimento spetta al datore di lavoro che è chiamato a rispondere in relazione all’inadempimento degli obblighi previsti dall’art. 2087 del c.c. (“*L’imprenditore è tenuto ad adottare nell’esercizio dell’impresa le misure che, secondo la particolarità del lavoro, l’esperienza e la tecnica sono necessarie a tutelare l’integrità fisica e la personalità morale dei prestatori di lavoro*”).

La prima sentenza in cui si parla esplicitamente di mobbing è del Tribunale di Torino, depositata il 16.11.99 (est. Ciocchetti-Enriquez/Ergom Materie Plastiche). Il giudice riconosce il danno biologico ad una signora che, a causa di maltrattamenti durati complessivamente 8 mesi ad opera di un capo turno, subiva una “autentica catastrofe emotiva” con comparsa di “sindrome ansioso-depressiva con frequenti crisi di pianto, vertigini, senso di soffocamento, tendenza all’isolamento...” migliorata dopo la cessazione della collaborazione lavorativa. Il giudice ha liquidato il risarcimento del danno biologico in via equitativa nella somma di lire dieci milioni identificando la responsabilità del datore di lavoro nell’inadempienza del già citato art. 2087 c.c.

Tale sentenza è stata pronunciata dal giudice senza la nomina di un CTU, stabilendo sia l’onere della

prova (a carico della parte attrice) che il nesso di causalità tra l'insorgenza della patologia e l'ambiente lavorativo completamente in sede di istruttoria, basandosi su testimonianze di colleghi di lavoro (al fine di accertare le condizioni lavorative particolarmente disagiati) e di certificati medici stilati dal medico curante e da due neurologi: *“stando alle deposizioni concordi in punto dei prossimi congiunti, di una collega di lavoro dell'epoca e del medico di base, la ricorrente non ha mai manifestato prima dei fatti di causa e anche nel corso di pregressi rapporti di lavoro, alcuna debolezza o cedevolezza sul piano emotivo e comportamentale”*.

Anche la sentenza della Suprema Corte di Cassazione n. 143 dell'8 gennaio 2000 usa esplicitamente il termine *mobbing* (*“che indica l'aggreddire la sfera psichica altrui”*) e, ricalcando la sentenza della Cassazione n. 7768 del 17.07.95, identifica nel datore di lavoro l'obbligo della tutela del benessere psico-fisico del lavoratore come previsto dalla disposizione contenuta nell'art. 2087 c.c. Tale obbligo non si limita solo al rispetto della legislazione tipica della prevenzione ma aderisce anche a principi costituzionali e comunitari. La sentenza amplia il divieto, per il datore di lavoro e per i suoi stretti collaboratori, al compimento di qualsiasi comportamento lesivo dell'integrità psicofisica dei dipendenti, qualunque ne siano la natura e l'oggetto: *“pertanto, qualora da un comportamento derivi un pregiudizio per il lavoratore, implicante la lesione del bene primario della salute o integrante quel tipo di nocimento che dalla dottrina e dalla giurisprudenza viene definito biologico, evidente è la responsabilità del datore di lavoro purché sia accertata l'esistenza di un nesso causale fra il suddetto comportamento, doloso o colposo, e il pregiudizio che ne deriva”*.

La Corte di Cassazione con la sentenza n. 5491 del 2 maggio 2000 si è pronunciata sull'onere di provare il nesso causale tra l'inadempimento di norme da parte del datore di lavoro e l'insorgenza del danno biologico stabilendo che il lavoratore non è tenuto a provare il mobbing in quanto tale poiché esso costituisce un fatto notorio che rientra nella comune esperienza e che quindi può essere posto a fondamento della decisione secondo l'ex art. 115 c.p.c., in base alla allegazione dei fatti costitutivi da parte dell'autore.

La sentenza della Corte di Cassazione n. 1307 del 05.02.2000 ribadisce il principio di responsabilità del datore di lavoro circa la predisposizione non solo di misure previste dalla legge ma anche l'obbligo di porre in essere tutte le adeguate ed idonee misure generiche ed organizzative atte ad evitare il verificarsi di eventi dannosi per il lavoratore. *“La violazione di tale dovere può atteggiarsi sia mediante fatti commissivi e sia mediante atti omissivi e può estrinsecarsi sia nell'omissione di misure tassativamente previste dalla legge a tutela della sicurezza del lavoratore e sia in omissioni non tassativamente previste dalla legge, ma egualmente esigibili nella esecuzione del rapporto di lavoro secondo regole di correttezza e buona fede. Tale violazione, ove sia stata causa di danno biologico ossia di menomazione dell'integrità psico-fisica del lavoratore, può essere fatta valere dal dipendente, come si è rilevato, con azione contrattuale indipendentemente dal fatto che la violazione integri gli estremi del reato”*.

Il datore di lavoro, quindi, può e deve intervenire al fine di impedire il verificarsi di condotte illegittime perpetrate dai suoi dipendenti (sia dai dirigenti nei confronti dei subalterni* che viceversa), potendo ricorrere anche al loro licenziamento per giusta causa (sentenze Cassazione n.

3521/84, n. 6945/86, n. 644/86, n. 10344/90, n. 4735/95*, n. 10752/96*, n. 437/98*).

La Cassazione sancisce che il datore di lavoro non risponde del danno subito dal lavoratore se l'inaidempienza nell'adozione delle misure dettate dall'art. 2087 c.c. sia stata determinata da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile.

Per contro la Corte di Cassazione con la sentenza n. 12339 del 05.11.99 ha sancito che al datore di lavoro spetta l'onere del risarcimento del danno alla salute anche in presenza di concause e che le concause naturali sono da considerare irrilevanti qualora sussista una causa umana rappresentata da un comportamento umano illecito.

Il danno biologico viene riconosciuto al dipendente che subisce un'alterazione della sua integrità psico-fisica in seguito a dequalificazione o demansionamento. In tale senso si colloca la sentenza della Cassazione Civile, sez. lavoro n. 411 del 24.01.90 che ha riconosciuto il risarcimento del danno biologico, consistente in una grave sindrome depressiva, ad un lavoratore illegittimamente licenziato e, una volta reintegrato, adibito a mansioni non corrispondenti alla sua qualifica (2).

È opportuno ricordare la svolta epocale verificatasi con il Decreto Legislativo 19 settembre 1994 n. 626 *“Attuazione delle direttive CEE (...omissis) riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro”* che ha sancito il passaggio dalla tutela dell'integrità fisica a quella psico-fisica del lavoratore ed alla nuova concezione del concetto di salute non più intesa solo come assenza di malattia ma come benessere e assenza di disagio. Nell'art. 3 (*“Misure generali di tutela”*) si possono scorgere gli elementi necessari per far rientrare il fenomeno mobbing

tra i rischi connessi all'attività lavorativa. Gli artt. 4 e 17 identificano, in relazione alle diverse competenze, nel datore di lavoro, nel dirigente, nel preposto e nel medico competente le figure responsabili della sorveglianza della “salute” del lavoratore.

Il recente Decreto Legislativo del 23 febbraio 2000 n. 38 ha introdotto, in via sperimentale, nella tutela INAIL il riconoscimento del danno biologico che, ai sensi dell'art. 13, viene definito come *“la lesione dell'integrità psicofisica, suscettibile di valutazione medico-legale, della persona. Le prestazioni e il ristoro del danno biologico sono determinate in misura indipendente dalla capacità di produzione del reddito del danneggiato”*.

La sentenza della Corte Costituzionale n. 179 del 1988, ha introdotto nell'ordinamento giuridico italiano il cosiddetto “sistema misto”, secondo il quale i lavoratori dell'industria e dell'agricoltura possono vedersi riconosciuta dall'INAIL come professionale una malattia non rientrante nelle tabelle del T.U. n. 1124 del 30.06.65.

Conditio sine qua non è l'onere della prova a carico del lavoratore circa la dimostrazione del nesso di causalità tra la patologia e l'attività lavorativa svolta.

Il mobbing, in relazione a quanto precedentemente analizzato, per la sua modalità di insorgenza e di evoluzione potrebbe configurare tale fattispecie e rientrare, quindi, nell'indennizzo INAIL se vengono soddisfatte le condizioni riguardanti l'insorgenza di una invalidità permanente superiore al 6%, medicolegalmente accertabile e causalmente connessa con l'attività lavorativa.

Accanto a tanta giurisprudenza indirizzata alla tutela dell'integrità fisico-psichica del lavoratore si stanno inserendo svariati disegni di legge (proposta di legge n. 1813

presentata alla Camera il 09.07.96 dall'On. Cicu e altri; proposta di legge n. 6410 presentata il 30.09.99 dall'On. Benvenuto e altri; disegno di legge n. 4265 comunicato alla Presidenza il 13.10.99 dal Sen. Tapparo e altri; disegno di legge 4313 comunicato alla presidenza il 02.11.99 dal Sen. A. De Luca; proposta di legge presentata alla Camera il 05.01.2000 dall'On. P. Fiori) miranti ad un più preciso inquadramento del mobbing, prevedendo forme di tutela, di prevenzione e di informazione da attuare attraverso l'applicazione di sanzioni e l'introduzione di una nuova fattispecie di reato punito con reclusione fino a 3 anni e interdizione dai pubblici uffici fino a 3 anni (On. Cicu e On. Fiori).

Solo nelle proposte di legge n. 6410 dell'On. Benvenuto e n. 4313 del Sen. De Luca si fa riferimento, in modo specifico e per altro in maniera pressoché identica, al danno di natura psico-fisica subito dal lavoratore mobbizzato. Nell'art. 1 comma 4 della prima e nell'art. 2 comma 3 della seconda, si identifica il danno di natura psico-fisica provocato dagli atti e comportamenti riconducibili al mobbing con quello che comporta *“la menomazione della capacità lavorativa ovvero pregiudica l'autostima del lavoratore che li subisce, ovvero si traduce in forme depressive”* (aggiunge il Sen. De Luca *“attraverso atteggiamenti apatici, aggressivi, di isolamento e di demotivazione”*). Il voler circoscrivere il riconoscimento del danno psico-fisico alla capacità lavorativa del soggetto rappresenta, alla luce di quanto detto sul danno biologico, un pericoloso passo indietro rispetto a quanto ormai acclarato dalla attuale giurisprudenza. Inoltre i concetti di *“pregiudizio dell'autostima”* e *“forme depressive”*, rientranti in una generica forma di disagio psichico, possono non rappresentare

autonomamente lesioni o menomazioni dell'integrità psico-fisica della persona incidenti sul bene salute (Corte di Cassazione n. 3131 del 24.03.98).

CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI

Da quanto esposto si evince la complessità del fenomeno mobbing e quanto sia importante un suo corretto inquadramento da un punto di vista medico-legale al fine di circoscrivere un fenomeno da sempre esistito ma che sta assumendo il carattere di sproporzionata novità a livello di contenzioso.

Le problematiche medico-legali correlate al mobbing sono molteplici e interessano quasi tutti i processi di analisi connessi al suo riconoscimento quale causa determinante un danno biologico.

Al fine di poter valutare qualitativamente e quantitativamente il danno biologico da esso derivante è necessario accertare sia la natura e l'entità della lesione - riconoscendone il nesso causale con le vessazioni lavorative - che il periodo di inabilità temporanea e l'entità dell'inabilità permanente che ne deriva, in grado di compromettere l'integrità psico-fisica della persona con pregiudizio su tutte le sue attività lavorative ed extralavorative.

Prima di tutto, quindi, bisogna chiedersi se una condizione di mobbing protratto nel tempo sia in grado di produrre effetti (temporanei e/o permanenti) sulla salute del lavoratore.

Secondo quanto riportato dalle ormai numerose casistiche il paziente mobbizzato presenta un quadro clinico riconducibile, secondo quanto dettato dal DSM IV, sia a disturbi transitori dell'adattamento - che si risolvono con la cessazione degli eventi stressanti - che al disturbo post traumatico da stress ca-

ratterizzato invece dalla cronicizzazione di disturbi psichici e psicosomatici quanto mai eterogenei.

Si potrebbe configurare, quindi, un danno psichico quale *“menomazione psichica subita da un soggetto conseguentemente al fatto illecito di terzi, consistente nell’ingiusta turbativa del suo equilibrio mentale determinante una modificazione della salute psichica, con alterazione - temporanea o permanente - delle sue funzioni psichiche”* e rientrare in un particolare aspetto del danno biologico qualificabile come danno evento e quindi sempre ricorrente perché insito nel fatto illecito (3).

Al preciso inquadramento nosologico della patologia si affianca l’attenta analisi sia della causa - da identificare con l’ambiente lavorativo, la vessazione, il terrorismo psicologico e quant’altro rientrante nella dinamica del mobbing - che della valutazione della sua idoneità qualitativa, quantitativa e modale a produrre l’effetto.

Il danno alla salute provocato dal mobbing sicuramente riconosce una genesi multifattoriale per cui non sarà possibile prescindere da quella che è la specifica ed individuale costituzione del soggetto e dalla sua suscettibilità e capacità di reazione ad un determinato evento dannoso. Non si può quindi applicare il principio della causalità esclusiva ma si dovrà far riferimento alla probabilità di causa, con la conseguente valutazione di tutte le concause e delle condizioni che prendono parte al verificarsi dell’evento e il riconoscimento ed esclusione di eventuali occasioni prive di valenza causale.

In questo ambito la dottrina e la giurisprudenza sono concordi nell’accettare un nesso causale basato su elementi probativi in modo che le cause e le concause siano a livelli di alta probabilità e prossimi alla certezza.

Data la complessità del fenomeno mobbing, a mio avviso, l’approccio al problema deve essere multidisciplinare e coinvolgere diversi profili professionali ognuno in grado di analizzare le molteplici problematiche ad esso connesse.

Il medico del lavoro dovrà correttamente valutare i “rischi lavorativi” analizzando tutte quelle noxae di tipo tecnico ed organizzativo in grado di alterare la condizione di benessere psico-fisico del lavoratore e, in accordo con il datore di lavoro, intraprendere azioni immediate mirate a bloccare eventuali anomalie nei vari processi lavorativi.

Allo specialista psichiatra il compito di attuare una precisa valutazione della personalità del mobbizzato e della sua capacità di interazione con l’ambiente lavorativo al fine di poter enunciare una corretta diagnosi clinica.

Al medico legale il ruolo fondamentale della individuazione non solo della persecuzione e dell’illecito comportamento ma la difficile dimostrazione del nesso causale tra l’azione lesiva ed il danno. Attraverso una corretta anamnesi inchiesta ed analisi documentale bisogna inquadrare a 360 gradi lo stato anteriore del soggetto per ottenere informazioni circa la sua vita lavorativa antecedente e attuale, la presenza di malattie pregresse, motivazioni ed eventuali interessi extralavorativi, ecc.

È assolutamente necessario definire caso per caso, senza ricorrere a inquadramenti standardizzati, la natura specifica della patologia eventualmente riconducibile al mobbing, differenziandola dai limiti soggettivi di ipersuscettibilità a stress lavorativi generici o a problemi adattativi di personalità dell’individuo.

Solo in questo modo sarà possibile evitare una “esaltazione patologica del fenomeno mobbing” (come definita dal Prof. Fiori) evitando

che in questo enorme contenitore ricadano problematiche individuali o di gruppo sempre esistenti negli ambienti lavorativi.

Inoltre anche in relazione a purtroppo sempre più frequenti semplicistici e clamorosi orientamenti giurisprudenziali in ambito mobbing, è auspicabile la completa applicazione del rigorismo obiettivo e procedurale tipico della medicina legale al fine di impedire semplicistiche derivazioni in base al principio del "post hoc ergo propter hoc".

RIASSUNTO

Il termine *mobbing* definisce la persecuzione psicologica nell'ambiente di lavoro ed inquadra una problematica recente per la realtà lavorativa italiana. Tale fenomeno sta assumendo dimensioni sociali di notevole rilievo tanto che, secondo recenti stime, circa il 6% della popolazione attiva (approssimativamente un milione e mezzo di lavoratori) ne sarebbe vittima.

Per meglio inquadrare il danno biologico derivante dal mobbing, si sono brevemente ripercorse le tappe fondamentali, giuridiche e dottrinali, che hanno portato all'ormai consolidato riconoscimento del primo, per poi definire quelli che sono i caratteri costituenti il fenomeno mobbing al fine di poterne meglio valutare i risvolti medico-legali che ad esso sottendono.

Sono state prese in esame le casistiche dell'I.S.P.E.S.L. (che ha istituito uno specifico centro d'ascolto) e della Clinica del Lavoro L. Devoto di Milano, attualmente uno dei principali poli italiani di riferimento della ricerca medica sul mobbing.

Si sono analizzate le diverse modalità attraverso le quali il fenomeno può estrinsecarsi. Sono

stati inquadrati quelli che sono i molteplici effetti incidenti più o meno gravemente sullo stato di salute della persona che ne è vittima. Sono state definite le fasi da seguire e gli strumenti diagnostici da utilizzare al fine di compiere una corretta diagnosi - fondamentale per una precisa valutazione medico-legale.

In assenza nel nostro ordinamento giuridico di normative che disciplinino in modo specifico il mobbing, si è proceduto alla disamina della più attuale giurisprudenza al fine di indentificare fattispecie giuridiche già ben definite e codificate dal legislatore in grado di tutelare il lavoratore sottoposto ai diversi tipi di comportamenti vessatori in ambito lavorativo. Si è fatto riferimento alla sentenza del Tribunale di Torino depositata il 16.11.99 in cui si parla esplicitamente per la prima volta di mobbing; sono stati riportati i recenti disegni di legge nati per colmare l'"apparente" vuoto giuridico specifico; si è presa in considerazione la "problematica mobbing" in ambito previdenziale INAIL, alla luce del recente D.L. n. 38/2000 che introduce il risarcimento del danno biologico derivante da infortunio e malattia professionale.

Data la complessità del fenomeno mobbing, l'approccio al problema deve essere multidisciplinare e coinvolgere diversi profili professionali (medico del lavoro, psichiatra, medico legale) ognuno in grado di analizzare le diverse problematiche ad esso connesse, con la assoluta necessità di definire in modo specifico ogni singolo caso senza ricorrere ad inquadramenti standardizzati ed applicando il rigorismo obiettivo e procedurale medico-legale al fine di impedire semplicistiche e pericolose derivazioni in base al principio del "post hoc ergo propter hoc".

Bibliografia

- 1) BARGAGNA M., BUSNELLI F.D.: «*Danno biologico e danno alla salute in 'La valutazione del danno alla persona'*». Cedam Padova, 6, 1986.
- 2) CACCAMO A., MOBIGLIA M.: «*Mobbing: tutela attuale e recenti prospettive*». Diritto&pratica del lavoro, inserto 18, 2000.
- 3) CALCAGNI C., MEI E.: «*Danno morale, danno biologico psichico: aspetti giurisprudenziali e medico legali*». Aggiornamenti di Medicina Sociale, n. 4, 1998; 4: 153-161.
- 4) CASILLI A.: «*Stop mobbing*». Derive Approdi, 22-23, 2000.
- 5) CAZZANIGA A.: «*Le basi medico-legali per la stima del danno alla persona da delitto e quasi delitto*». Istituto Editoriale Scientifico Milano, 1934.
- 6) EGE H.: «*Cos'è il mobbing, quali sono i disturbi*». Relazione tenuta in occasione del convegno "Mobbing: quale ruolo del sindacato. Il contributo della CI-SL" tenutosi a Bologna il 16.05.2000.
- 7) EGE H.: «*Il mobbing in Italia. Introduzione al mobbing culturale*». Pitagora Editrice, 1997.
- 8) EGE H.: «*I numeri del mobbing. La prima ricerca italiana*». Pitagora Editrice, 1998.
- 9) ELO A., LEPPANEN K., LINDSTROM T.: «*Occupational Stress Questionnaire*». Reviews, n. 19, 1992.
- 10) GERIN C.: «*Dalle giornate triestine del 1952 all'incontro pisano del 1986: la valutazione medico-legale del danno alla persona in responsabilità civile*». Zacchia, 1986; 1: 4-5.
- 11) GERIN C.: «*La valutazione del danno alla persona in responsabilità civile*». Atti delle Giornate Medico-Legali Triestine, Arti Grafiche Villaggio del Fanciullo, 1954.
- 12) GERIN C.: «*La valutazione medico-legale del danno alla persona da illecito civile: un ritorno alle origini*». Zacchia, 62, 1989; 4: 369-378.
- 13) GILIOLI R.: «*Il mobbing: un nuovo rischio relazionale per i lavoratori e per la loro salute*». Atti del Convegno ITA "Nuovi rischi e nuove malattie da lavoro" Milano, 13-14 ottobre 1999.
- 14) GRIECO A., ANDREIS L., CASSITTO M.G. E COLL.: «*Il 'mobbing': alterata interazione psicosociale sul posto di lavoro. Prime valutazioni circa l'esistenza del fenomeno in una realtà lavorativa italiana*». Prevenzione Oggi, 1997; 2: 75-105.
- 15) IORIO M., AVOLLO G., MALAVENDA P.: «*L'introduzione del danno biologico nella tutela INAIL. Nuovi problemi per l'interpretazione e valutazione medico-legale*». Minerva Medico Legale, 1994; 3: 171-181.
- 16) L'Espresso, «*Come soffre! È un caso di ordinario Mobbing*». N. 68 del 25.02.99.
- 17) LEYMAN H.: «*Mobbing and psychological terror at workplaces*». Violence and victims, 1990, 5 (2), 119-126.
- 18) LEYMAN H.: «*Suicid*». Work Environment, Stockholm, 1988; 14-15.
- 19) MORGOGNONE C.: «*Mobbing, le vittime sono un milione e mezzo*». La Repubblica 08.02.2000.
- 20) PUCCINI C.: «*Istituzioni di medicina legale*». Casa Editrice Ambrosiana, V edizione, 1999.
- 21) Rassegna di giurisprudenza. Zacchia, 2000; 1-2: 208.

Il danno epatico da virus epatite. Strumenti per la valutazione medico-legale

Marina PASTENA

Dirigente medico-legale 1° livello
Sede INPS - Torino

Questo lavoro costituisce ampliamento della relazione tenuta per il Convegno "Il Rischio da Agenti Biologici nelle Aziende Sanitarie, nelle Attività Produttive e nei Servizi", Torino 14-16 settembre 2000.

Ampia è la letteratura che testimonia lo sforzo di quantificare il danno alla capacità funzionale epatica (1), (6), (8), (9), (15), (25), (45), (50), (55), (63), (65), (66), (67).

I tentativi, tutti certamente utili per dare un indirizzo di valutazione, fanno sì che si giunga alla conclusione che tale danno d'organo è difficilmente quantificabile con esattezza matematica, soprattutto se in fase iniziale, e, quando i segni di alterata funzione sono evidenti, questi interessano l'intero organismo, data la complessità e la peculiarità della funzione epatica.

Pertanto permane l'evidenza della difficoltà nella valutazione del danno da epatopatia, quantomeno quando questa venga accertata in stadio precirrotico, a causa della complessità, malgrado i progressi diagnostici, di quantificare una parziale funzione deficitaria del fegato, organo dotato di notevoli riserve funzionali e molteplici funzioni metaboliche, svolte in collaborazione con altri apparati.

Qualunque sia il fine valutativo medico-legale i quesiti, ai quali dovrà rispondere il medico-legale, saranno essenzialmente questi:

- 1. la diagnosi della malattia che si è manifestata nel soggetto;**
- 2. la compatibilità biologica tra la diagnosi e il rischio denunciato;**
- 3. il giudizio sul nesso causale;**
- 4. il danno nei diversi ambiti valutativi medico-legali.**

CRITERI DIAGNOSTICI

La classificazione delle epatiti virali, intendendo - per convenzione - queste, come le malattie causate da virus unicamente o preferenzialmente epatotropi (30), comprende essenzialmente sei tipi di epatiti da virus denominati secondo le lettere dell'alfabeto: A, B, C, D, E e G.

I virus epatici, la cui lesività è mutevole, possono moltiplicarsi nel fegato, organo bersaglio, o integrarsi nel patrimonio genetico cellulare epatico, senza necessariamente provocare una malattia anatomicamente o clinicamente riconoscibile; la condizione malattia, allorché si manifesti, è dovuta (86), (87) a:

- il tipo del virus in causa;
- l'entità della sua replicazione;

- la sua capacità di mutare nel tempo (HCV, HBV);
- lo stato immunologico del soggetto infettato;
- la possibilità di coinfectare o superinfettare il soggetto (HDV);
- la durata della malattia;
- la possibile coesistenza di etiologie multiple del danno epatico: alcool, deficit congeniti enzimatici, malattie da accumulo, infezioni sistemiche virali.

Risultano essenzialmente presenti nel territorio italiano - e perciò ai nostri fini assumono rilievo per la possibilità di contagio - le epatiti correlate ad HAV, HBV, HCV e HDV.

L'epatite cosiddetta G, il cui rilievo non è affatto recente, ha diritto di menzione più a fini storici e nosografici, non essendoci evidenza di un ruolo patogeno specifico del virus (90), (92).

Esistono segnalazioni di una cosiddetta epatite F (83), anche definita come "epatite alla ricerca del virus", verosimilmente variante della epatite B o C, il cui ruolo patogeno non è ancora ben definito.

L'epatite E, la cui via di trasmissione è oro-fecale (69), non è endemica in Italia, ma è stata accertata, come epatite acuta, in pazienti che provenivano o avevano soggiornato in zone endemiche (Nord-Africa, India, Cina, territorio dell'ex-Unione Sovietica, Messico); è possibile determinare la presenza di anticorpi anti-HEV di classe IgG e di classe IgM, oltre la presenza dell'RNA virale nel sangue e nelle feci.

L'infezione da virus epatite primaria può essere sintomatica o asintomatica (30); quando sintomatica si presenta come epatite acuta, spesso esitando in guarigione con "restitutio ad integrum" del fegato o, in casi di esiguo numero, inducendo un'epatite fulminante (1%), per lo più letale (75-80% dei casi). Limitatamente ai virus B, C e D, è ammesso che una certa quota dei pazienti non guarisca, ma presenti una evoluzione verso un'epatite cronica.

Quando l'infezione epatitica si rivela come asintomatica può dare luogo ad una non patogenicità (paziente "portatore sano"), peraltro, allo stato attuale di conoscenze scientifiche, comunque meritevole di controlli nel tempo, oppure indurre un'epatite cronica, con possibile evoluzione verso la cirrosi, terreno di rischio per lo sviluppo dell'epatocarcinoma.

È accertata correlazione tra l'insorgenza di epatocarcinoma ed infezione epatitica da HBV e da HCV in pazienti con epatite cronica (26), (27), (76), (34), (40), con stima di prevedibilità sino al 2,5%. Il rischio sembra essere prevalente nei pazienti con lunga storia di malattia e che presentino epatite cronica correlata ad ambedue i virus; si calcola che il rischio vari, con una linea di incremento del 5%, ed aumenti per effetto sinergico, a causa della presenza di fattori addizionali, come l'introito di alcoolici (40).

Epatite virale HAV

È provocata dall'Hepatitis A Virus (HAV), un Picornavirus, specie Hepa-rna-virus, con genoma a RNA.

Ha come unico serbatoio naturale l'uomo, non cronicizza ed ha bassa letalità.

La via di trasmissione è essenzialmente quella feco-orale. In seguito al contagio la malattia si sviluppa di solito entro 4 settimane. Durante la fase viremica di replicazione, peraltro breve, è ammessa la possibilità di contagio per via ematica.

Si possono considerare come soggetti a rischio di contagio:

1. le persone che si rechino nelle zone endemiche;
2. i conviventi di soggetti con infezione HAV acuta;
3. i tossicodipendenti;
4. gli operatori sanitari a rischio specifico;
5. il personale addetto allo smaltimento dei liquami e alla manutenzione dei relativi impianti.

È disponibile contro l'epatite virale A un vaccino efficace e sicuro che evoca una buona risposta immunitaria già dopo due settimane dalla prima dose nel 90% dei soggetti per almeno 10 anni.

Il ministero della Sanità con Circolare Ministeriale n. 4 del 13 marzo 1998, "Misure di profilassi per esigenze di Sanità Pubblica - Provvedimenti da adottare nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti di loro conviventi e contatti", ha definito i gruppi di popolazione per i quali è raccomandata la vaccinazione:

1. militari e viaggiatori in aree endemiche;
2. tossicodipendenti attivi;
3. pazienti in lista d'attesa per il trapianto epatico, che non si risultino già immuni all'HAV;
4. personale addetto al trattamento di acque e liquami;
5. soggetti esposti a pazienti con epatite virale A nel corso di un'epidemia in comunità o in istituzioni;
6. contatti stretti e convivenza con soggetti affetti da epatite A;
7. lavoratori della sanità esposti ad HAV.

Come criterio diagnostico laboratoristico specifico si utilizza:

- la determinazione diretta dell'HAV (come HA-Ag e HAV-RNA) nelle feci, nel sangue e negli alimenti incriminati. Il reperto di HA-Ag ed HAV-RNA nel soggetto indica infezione in atto;

- la determinazione della risposta anticorpale tramite la ricerca delle IgM anti HAV (comparsa in circolo da sei settimane a sei mesi dalla fase acuta) e delle Anti-HAV totali - prevalentemente di tipo IgG - che si sviluppano precocemente nel corso dell'infezione, raggiungendo il picco sierologico nel giro di qualche settimana. Queste ultime perdurano dopo l'infezione indicando immunità; possono negativizzarsi solo in età avanzata.

Epatite virale HBV

L'agente etiologico è l'Hepatitis B Virus (HBV), un Reversivirus, famiglia Hepa-dna-virus, con genoma a DNA.

Gli antigeni virali, sintetizzati dalle diverse regioni della sequenza genomica, sono:

- un antigene di superficie (HBsAg);
- un antigene del nucleocapside o core (HBcAg);
- una proteina X, detta HBxAg, necessaria per la regolazione della replicazione virale;
- la DNA polimerasi.

Nella replicazione virale la sintesi di proteine strutturali avviene in eccesso rispetto al genoma e l'involucro superficiale del virus (HBsAg) inutilizzato viene liberato in circolo come particelle sferiche o filamentose, mentre l'eccesso di proteine del nucleocapside viene liberato come antigene solubile (antigene "e" o HBeAg).

Negli ultimi dieci anni la circolazione dell'HBV è notevolmente diminuita anche grazie all'introduzione, nel 1991, della vaccinazione obbligatoria dei nuovi nati e dei dodicenni.

Il virus si trasmette tramite il sangue e altri liquidi biologici. Le principali modalità di trasmissione sono quella perinatale, intrafamiliarmente, sessuale, parenterale (iatrogena, da trattamenti estetici, da tossicodipendenza, per via endovenosa).

Dopo il contagio possono intercorrere fino a sette mesi prima dello sviluppo dell'infezione.

L'infezione può essere asintomatica o sintomatica come epatite acuta (10% dei soggetti contagiati), la negativizzazione degli antigeni virali, allorché vi sia guarigione, si riscontra dopo 6-8 mesi.

Si calcola che il 10% delle infezioni primarie, siano esse sintomatiche o asintomatiche, evolva verso la cronicizzazione, l'infezione cronica da HBV dà luogo in circa il 40% dei casi allo stato di portatore croni-

co di HBsAg, il restante 60% presenta epatite cronica, con differenti segni di attività e fibrosi, e relativa evoluzione verso la cirrosi.

La vaccinazione è effettuata tramite un vaccino contenente HBsAg ottenuto per via ricombinante ed è obbligatoria per tutti i nuovi nati e per gli adolescenti nel dodicesimo anno di vita (fino al 2003).

La legge prevede, inoltre, l'obbligatorietà dell'effettuazione del test HBsAg nelle donne gravide nel III trimestre di gravidanza, al fine di identificare i neonati da trattare alla nascita con immunoglobuline e vaccino.

Il vaccino viene inoltre consigliato ed offerto gratuitamente alle categorie a rischio non rientranti nell'obbligo vaccinale (D.M. 4 ottobre 1991 e D.M. 22 giugno 1992):

1. operatori sanitari, sia in rapporto d'impiego che impegnati in attività di volontariato, ricerca e studio;
2. conviventi di portatori cronici di HBsAg;
3. politrasfusi, emofiliaci, emodializzati;
4. vittime di lesioni accidentali con aghi o strumenti taglienti potenzialmente infetti (per potenziare l'effetto vaccinale vengono somministrate anche le immunoglobuline iperimmuni);
5. soggetti con lesioni croniche eczematose o psoriasiche della cute delle mani;
6. detenuti;
7. tossicodipendenti;
8. omosessuali;
9. soggetti dediti alla prostituzione;
10. personale addetto alla lavorazione di emoderivati;
11. persone che si rechino per motivi di lavoro in zone ad alta endemia di epatite virale B;
12. carcerati e personale addetto alla sorveglianza carceraria;
13. forze dell'ordine, personale della Pubblica Sicurezza, vigili del fuoco, appartenenti al Corpo forestale dello Stato;
14. addetti ai servizi di raccolta, trasporto, smaltimento dei rifiuti.

Gli effetti collaterali da vaccinazione sono estremamente rari: l'OMS con Comunicato del 2 ottobre 1998 ha affermato che non esistono dati scientifici che provino l'esistenza di un rapporto causa ed effetto tra la somministrazione di vaccini anti epatite B e casi di malattie demielinizzanti.

Come criterio diagnostico istochimico e laboratoristico specifico si effettua la determinazione del genoma virale (HBV-DNA) sui tessuti e nel sangue, e dei suoi prodotti (HBsAg, HBeAg, HBcAg) e la determinazione della risposta anticorpale (anti-HBs, anti-HBc, anti-HBe).

La ricerca dell'HBV-DNA è indice specifico di replicazione virale e la sua presenza si correla con la positività per HBeAg; tale correlazione può venire meno quando l'infezione è sostenuta dalla variante di HBV incapace di secernere l'HbeAg (virus mutante o virus selvaggio).

L'HBsAg può essere localizzato nel fegato mediante tecniche immunostologiche e nel sangue tramite metodiche RIA o EIA; è il primo marcatore a comparire, anche 1-2 mesi prima dei segni clinici. La persistenza oltre 6-8 mesi dall'inizio dell'infezione o dal primo risultato positivo indica una cronicizzazione.

L'HBeAg indica la presenza del genoma infettivo, ma la sua negatività non lo esclude (vedi forme varianti di HBV incapaci di secernere tale antigene); è determinato nel sangue con metodiche RIA o EIA. Compare precocemente nel sangue scomparendo entro sei mesi dall'esordio clinico, se l'epatite guarisce.

L'antigene "core" (HBcAg) indica infettività e replicazione dell'HBV. È determinabile con metodi radioimmunologici sia nel fegato sia nel sangue, dove compare contestualmente ai due antigeni sudde-

scritti. La determinazione della risposta anticorpale è affidata primariamente alla ricerca, sempre con meto-

diche radioimmunologiche, dell'anti-HBc totali, che attestano sia l'infezione pregressa sia quella in atto.

L'anti-HBcAg compare nel sangue subito dopo gli antigeni dell'HBV e permane indefinitamente. Come indice di pregressa infezione l'anti-HBcAg è più significativo dell'anti-HbsAg, perché quest'ultimo può non essere determinabile in fase di sierconversione, quando non è più determinabile l'HBsAg, cosicché in tale momento la presenza dell'anti-HBcAg rappresenta l'unico segno di infezione ("finestra del core").

La ricerca delle IgM anti-HBc, tramite antisiero specifico, serve nella diagnosi differenziale tra infezione patogena da HBV, infezione non patogena e infezione pregressa; è utile per monitorare l'andamento della malattia in soggetti con epatiti recidivanti. La loro comparsa nel sangue è precoce e scende a valori indeterminabili entro sei mesi.

Per determinare l'anti-HBe vengono usate metodiche RIA o EIA; l'anticorpo compare più tardivamente all'anti-HBc e nell'infezione acuta che evolve verso la guarigione entro tre mesi dall'esordio clinico segue la scomparsa dell'HBeAg. La sua positività, associata alla negatività dell'HBeAg, e al riscontro di HBV-DNA indica infezione produttiva da virus mutante.

La presenza di anti-HBs (sul sangue con metodica RIA o EIA) segnala un'infezione superata da HBV, questo anticorpo è il più tardivo a comparire - entro sei mesi dall'infezione - e permane tutta la vita. L'anti-HBs positivo può essere indotto dalla vaccinazione contro l'epatite virale B.

Nel soggetto HBsAg positivo deve essere effettuata la ricerca dell'HBeAg e l'anti-HBe per determinare il grado di infettività ed il tipo di infezione virale. In linea generale si ammette che le epatopatie croniche HBsAg positive associate ad HBeAg sono sostenute da virus B selvaggio

e quelle HBeAg negative associate o meno a positività per anti-HBe sono sostenute da virus B mutati, anche senza determinare l'HBV specifico. Il dosaggio dell'HBV-DNA è utile nei soggetti HBsAg positivi quando vi sono rialzi degli enzimi epatici, utile parimenti in tale caso il dosaggio dell'IgM anti-HBc che si innalza contestualmente alle transaminasi e alla viremia.

Il soggetto portatore di HBsAg con transaminasi normali, HBeAg positivo o negativo, anti HBe positivo, prima definito "portatore sano", è da considerare come soggetto con potenzialità infettiva, pertanto va informato ed educato ad un corretto comportamento atto ad evitare contagio alle persone esposte, parimenti va informato come non sia esclusa la possibilità di riattivazione in futuro dell'infezione con evolutività.

Il portatore di HBsAg con transaminasi alterate, sia egli HBeAg positivo o HBe negativo/anti HBe positivo, deve essere informato del rischio connesso al suo comportamento nella società e della possibile evoluzione di malattia sia verso l'epatopatia cronica sia della predisposizione a neoplasia epatica.

La terapia specifica si concreta nell'uso dell'Interferon (IFN), la cui efficacia terapeutica è reale e stabile solo nel 10% dei casi.

Tale terapia presenta frequenti effetti collaterali, rappresentati da effetti sistemici (poliartralgie, iperpiressia, perdita di peso, anoressia, diarrea), effetti neurologici (difficoltà alla concentrazione, disturbi del sonno, vertigini), disturbi psicologici (ansia, irritabilità, depressione), effetti ematologici (piastrinopenia, leucopenia, diminuzione dell'ematocrito), effetti negativi sul sistema immunologico (aumento della suscettibilità alle infezioni batteriche, sviluppo di autoanticorpi ed anticorpi anti interferone).

Il trattamento interferonico è controindicato in età avanzata (maggio-

re di 65 anni), in presenza di storia di patologia autoimmune, importanti patologie psichiatriche ed alterazioni del SNC, piastrinopenia, leucopenia, anemia, gravi patologie di altri organi, diabete, psoriasi, disordini tiroidei, manifestazioni di epatopatia scompensata e gravidanza. Non è indicata inoltre in caso di tossicodipendenza, alcoolismo e positività per HIV.

In base alla risposta terapeutica possiamo fare una distinzione tra l'epatite cronica B HBe-Ag positiva e l'epatite cronica B HBe-Ag negativa, ma anti-BHe positiva (virus mutato).

Nel primo gruppo si è riscontrata risposta, con blocco della replicazione virale e remissione degli indici bioumorali di malattia, nel 30-40% dei casi, ma predicono bassa risposta:

- bassi livelli di ALT (inferiori ad 1,5 volte la norma);
- alti livelli di HBV-DNA;
- basso punteggio di grading istologico alla biopsia;
- infezione contratta in epoca neonatale.

Relativamente al secondo gruppo i risultati della terapia con IFN sono dubbi: non più del 10% dei soggetti trattati risponde con normalizzazione prolungata delle transaminasi e con remissione protratta della viremia.

Recente è l'uso della Lamivudina i cui risultati sono incoraggianti, vista la sua capacità di inibire la replicazione dell'HBV e la scarsità di effetti collaterali, purtroppo la terapia a lungo termine è aggravata dall'insorgenza di ceppi mutanti resistenti al farmaco.

Epatite virale HCV

È causata dalla Hepatitis C Virus, specie Flaviviridae, con genoma a RNA.

Il genoma dell'HCV, come quello di altri virus ad RNA, presenta un alto grado di variabilità in quanto l'RNA polimerasi-RNA dipendente

è difettiva dell'attività enzimatica indispensabile ad altri tipi di polimerasi per riparare gli errori di incorporazione nucleotidica che avvengono durante la replicazione del genoma: questo determina mutazioni genomiche che danno origine a particelle difettive che vengono eliminate spontaneamente durante la replicazione virale. L'eterogeneità genomica può rappresentare un meccanismo di elusione verso la sorveglianza immunologica dell'ospite, che tramite anticorpi neutralizzanti, favorisce e seleziona mutanti in grado di eludere il sistema immunologico stesso. L'HCV è da considerare una "quasispecie", cioè un insieme di genomi differenti contenenti una sequenza dominante o master ed una miriade di mutanti virali pronti a prevalere nell'adattamento per la sopravvivenza nell'organismo infettato (2), (16). Questa eterogeneità virale condiziona la messa a punto di efficaci terapie e vaccini per tale affezione.

L'epatopatia cronica da virus epatite C è patologia di frequente riscontro, tanto da assumere i connotati di malattia sociale; la stima dei soggetti portatori di tale affezione è di almeno l'1% della popolazione del mondo intero (2).

Sono stati identificati sei tipi differenti di HCV (Classificazione di Simmonds, 1994) la cui denominazione è contrassegnata da un numero arabo per il tipo e da una lettera minuscola, seguendo l'ordine di scoperta, per il sottotipo. Tali genotipi sono caratterizzati da diversa virulenza e risposta alla terapia specifica e da differente distribuzione geografica (22), (80), (38), (46), (47).

Si è calcolata la verosimile presenza di 1.500.000 soggetti anti-HC positivi in Italia di cui circa il 70% viremici. La sua incidenza è maggiore nei soggetti adulti e la prevalenza aumenta con l'età concentrandosi nelle fasce di popolazione di età più elevata.

L'introduzione dei test per anti-HCV nello screening del sangue da trasfondere ha ridotto ad un valore prossimo allo zero il rischio di infezione da trasfusione. Da dati SEIEVA 1994-1996 emerge che gli interventi chirurgici (18%), la terapia odontoiatrica (28%) ed i trattamenti estetici (33%) sono un fattore di rischio; segnalata la trasmissione di HCV attraverso strumenti endoscopici. La prevalenza di HCV nei pazienti in dialisi è alta: si varia dal 10% al 55% a seconda dei centri e delle metodiche attuate, con siero conversione stimata dal 2,3% al 13,1% annuo.

Nel territorio italiano è prevalente il riscontro il HCV di tipo 1, soprattutto sottotipo 1b, e tipo 2, con significativo riscontro di HCV-3 nell'Italia centro settentrionale (69).

Le varianti del virus C possono reinfectare soggetti già precedentemente affetti da epatite virale C (69).

L'HCV presenta diffusione ubiquitaria e la sua fonte di infezione è rappresentata da soggetti sintomatici affetti dalla malattia acuta o cronica e dai portatori cronici asintomatici.

Il virus è stato riscontrato nel siero, nella saliva, nelle urine concentrate, nel liquido ascitico, nel liquido seminale; viene trasmesso per via parenterale e per via parenterale inapparente (69). La trasmissione per via sessuale è ipotizzabile secondo alcuni (42), (13), (46).

Il tempo di incubazione della malattia può variare ampiamente; si ipotizza dalle sei alle otto settimane mediamente (43).

La diagnosi di infezione da HCV viene effettuata generalmente tramite la determinazione nel siero degli anticorpi anti-HCV e del RNA-HCV. I test di screening, basati sulla ricerca delle immunoglobuline Ig G specifiche verso alcune regioni del genoma virale, sono normalmente test ELISA o EIA. I test di prima generazione, in uso negli anni 90-91, erano

dotati di scarsa sensibilità e scarsa specificità e risultavano positivi nel 50-80% di epatiti NANB. Con i test di seconda generazione, si riscontrava positività per l'HCV nel 95% delle epatiti precedentemente denominate NANB, per il 10% in più (circa 98%) nei casi di epatite cronica, e per il 20% in più nei casi di episodio acuto risolto. Con i test di terza generazione, abitualmente ormai in uso da qualche anno, si è giunti ad una attendibilità ancor maggiore.

Con l'evoluzione dei test di screening si è riscontrata la necessità di test che confermino la positività del dato e che eventualmente permettano di stabilire quale sia lo stadio di malattia. Sono quindi sorti i cosiddetti test supplementari, per la maggior parte rappresentati da immunoblot (RIBA) di seconda, ed, ormai anch'essi, di terza generazione, che permettono di stabilire quale sia lo spettro anticorpale del paziente, questi presentano minore sensibilità, ma maggiore specificità.

I summenzionati test sierologici indiretti, basati sul dosaggio delle IgG, non danno indicazione sulla fase di malattia in corso, non individuano quadri anticorpali prognostici, non identificano la componente protettiva anticorpale, non sono attendibili in stato di immunodepressione e sono scarsamente utili nel follow up terapeutico.

In tempi più recenti viene utilizzata la ricerca di IgM specifiche dirette contro il core (NS3 e NS4), caratterizzate da comparsa più precoce rispetto alle IgG, da declino più veloce (circa 2-3 mesi) e da fluttuazione in caso di epatite cronica attiva (37), (38).

Vi sono indicazioni che permettono di ritenere che il titolo anticorpale anti-HCV-core IgM sia predittivo di risposta all'interferon (81).

Nei pazienti con risultati sierologici immunologici indeterminati viene effettuata la diagnosi ematochimica diretta tramite la rilevanza e

quantizzazione dell'HCV-RNA nel plasma e nel siero; i metodi per la determinazione qualitativa si basano sull'applicazione della reazione polimerasica a catena (PCR), metodica che permette di rivelare la presenza di virus circolante moltiplicando in modo esponenziale la specifica sequenza dell'RNA virale, altrimenti indosabile. Tale accertamento presenta il vantaggio di una estrema sensibilità, di essere applicabile a campioni biologici diversi e di richiedere quantità minime di materiale, e lo svantaggio di costi elevati, di poter presentare false positività da contaminazione e di essere una metodica difficile da ottimizzare come parametri e standard. Il rilievo di sensibilità alle modalità di effettuazione dei singoli centri di analisi, unitamente alla constatazione di risultati quasi sovrapponibili (90%) alle positività dei test ELISA/EIA e RIBA, rende ragione del fatto che tale test non andrebbe effettuato di routine in tutti i casi di positività dei test di screening.

A tali indagini si è aggiunto l'utilizzo di metodi di quantizzazione dell'HCV-RNA, la cui utilità trova fondamento nel presupposto che, a livelli differenti di viremia, corrispondano differenti gradi di gravità della malattia epatica ed efficacia del trattamento terapeutico con interferon, e la ricerca del genotipo virale (tramite PCR) secondo la classificazione di Simmonds.

Infatti è stato osservato che un'elevata viremia è correlata con una attività istologica severa, con transaminasi elevate e con minor risposta alla terapia con interferone. Infine vi è segnalazione di pazienti positivi per anti-HCV e HCV-RNA con transaminasi normali, ma con quadri istologici di notevole gravità, che hanno livelli di viremia correlati alla severità del quadro istologico, più di quanto lo siano i livelli di transaminasi (47).

Successivamente alla fase acuta di malattia, l'evoluzione dell'infezione

da HCV può determinare sostanzialmente tre quadri clinici consistenti: 1) nella guarigione dall'infezione e dalla malattia epatica con scomparsa della positività per l'HCV-RNA dal siero e dal fegato; 2) in uno stadio di infezione cronica con positività dell'HCV-RNA, ma con normalizzazione persistente degli enzimi di citonecrosi epatica; 3) in una forma cronica di malattia ed infezione da HCV con alterazione degli indici di citolisi.

La positività per gli anticorpi anti-HCV indica infezione e verosimile malattia in atto; a completamento della indagine sierologica viene effettuata la ricerca della determinazione dell'HCV-RNA utilizzando la metodica dell'amplificazione genomica (PCR); la presenza di HCV nel siero indica infezione da HCV in atto.

Nella maggioranza dei soggetti anti-HCV positivi è rinvenibile parallelamente la positività dell'HCV-RNA e solo in una minoranza di pazienti permane solo la positività anticorpale che poi declina lentamente e scompare nel corso degli anni, oltre cinque, dopo la risoluzione della malattia. In una percentuale esigua dei pazienti (circa il 10%) con epatite croniche C non appare in circolo anti-HCV malgrado la positività dell'HCV-RNA.

Il livello delle transaminasi nel siero rappresenta l'indice di danno indotto da HCV, correlandosi con la viremia ed il danno epatocellulare. La positività degli anti-HCV (con metodiche EIA o RIBA) in pazienti con AST/ALT persistentemente elevate da più di sei mesi, in assenza di altre cause di epatopatia, fa porre diagnosi di epatopatia cronica. Essendo stata riscontrata frequente sovrapposizione di epatite autoimmune è opportuno il dosaggio di anticorpi antitessuto (antinucleo, anti-microsomi epatici-renali). È anche indicato il dosaggio delle crioglobuline se il paziente lamenta poliartralgie e manifestazioni vasculitiche cutanee. Un consistente numero di soggetti pre-

senta dosaggi delle transaminasi nella norma, ma per diagnosticare la condizione di portare sano di HCV, peraltro ancora contestata da alcuni, sono necessarie almeno tre determinazioni normali di aminotransferasi, a distanza di almeno due mesi l'una dall'altra.

La ricerca dell'HCV-RNA è indicata, oltre nei soggetti anti-HCV positivi con transaminasi persistentemente normali, avvalorati dai test di conferma, nei seguenti gruppi:

- nei soggetti immunodepressi a rischio di epatite C che non hanno sviluppato anticorpi anti-HCV;
- nei casi di epatite acuta a genesi non identificata;
- in caso di contagio accidentale (essendo il rilievo antigenico più precoce).

In caso di infezione cronica la viremia persiste accompagnata frequentemente da un andamento sierologico delle transaminasi variabile: il profilo enzimatico può presentare ampie fluttuazioni nel tempo con un decorso caratterizzato da picchi multipli di citolisi tipico dell'epatite cronica C.

Circa l'80% dei soggetti infettati presenta una evoluzione in forma cronica, si riscontra una maggior prevalenza di evoluzione per le infezioni post-trasfusionali (47).

Misurando l'HCV-RNA nel fegato e nel sangue dei pazienti infettati si evidenzia che la frequenza di infezione persistente è elevata (3); questo rilievo pone seri dubbi circa l'esistenza di pazienti che eliminino completamente il virus e guariscano realmente dall'infezione.

L'epatite cronica da HCV può essere silente dal punto di vista clinico e rari sono i sintomi specifici, almeno prima dello sviluppo di una cirrosi conclamata (38), (11) e/o della comparsa di altre temibili sequele: epatocarcinoma, anemia aplastica, glomerulonefrite, vasculite necrotizzante e crioglobulinemia mista (43). I sintomi più comuni dell'epatite cro-

nica sono rappresentati da astenia e facile affaticabilità. Sovente la diagnosi viene formulata solo in seguito al riscontro più o meno casuale di elevazione delle transaminasi o in seguito ad accertamenti diagnostici a causa di astenia e dispepsia del paziente. L'anamnesi, in alcuni casi, rivelando pregresse emotrasfusioni, terapie con emoderivati o componenti a rischio, può suggerire di indagare in tal senso (11).

L'epatite cronica da infezione persistente da HCV si presenta come una malattia a decorso lento, caratterizzato da fluttuazione delle transaminasi, probabilmente in relazione con puntate viremiche (11).

Almeno il 30% delle epatiti croniche evolve in cirrosi con una fase di evoluzione di 5-10 anni ed un tasso annuo del 3-5% (30).

È stata osservata una relazione dose-effetto tra consumo di alcool, valutato come assunzione quotidiana nell'arco della vita, e rischio di cirrosi epatica sia nei soggetti anti-HCV negativi che in quelli positivi; la progressione della malattia epatica presenta un andamento più rapido in presenza di concomitante virus epatite B. L'interazione tra assunzione quotidiana di alcool e positività per l'HCV è di tipo additivo per assunzioni alcoliche inferiori a 50 g/die, e di tipo moltiplicativo per consumi superiori ai 125 g/die (51), (5).

L'epatite cronica da HCV nella sua evoluzione sfavorevole con lo sviluppo di cirrosi epatica può essere documentata tramite prelievi bioptici dimostrativi della presenza o meno di stadi di necrosi, infiammazione e fibrosi.

Alcuni studi suggeriscono che la attività e la presenza di fibrosi dovrebbero avere una valutazione separata poiché la associazione tra queste due caratteristiche patologiche non è ancora stata ben valutata ai fini dell'evoluzione della epatite cronica da HCV (18).

Un recente studio articolato, basato su rilievi bioptici, ha dimo-

to che l'epatite cronica da virus epatite C è istologicamente caratterizzata da progressiva fibrosi piuttosto che da aspetto infiammatorio e che il grado di attività non è correlato allo stadio di fibrosi, pertanto la progressione clinica della epatopatia cronica è stimata più precisamente dal grado di fibrosi che dal grado di attività. Sempre in tale studio si è riscontrato che il rischio di progressione della fibrosi aumenta parallelamente all'età al momento dell'infezione, al consumo giornaliero di alcool, al rilievo di sesso maschile, mentre non vi è significativa correlazione tra il genotipo virale e tale evoluzione (72).

L'HCV è ritenuto una delle principali cause di epatocarcinoma (HCC) in tutto il mondo (58). Il rischio di degenerazione neoplastica è correlato con l'infezione cronica piuttosto che con una oncogenicità diretta e con lo sviluppo nel tempo di cirrosi, anche se viene segnalata in letteratura la possibilità di insorgenza di epatocarcinoma in assenza della tappa intermedia costituita dalla cirrosi (32). Inoltre tale rischio è correlato con il sesso maschile, l'infezione da HBV, il consumo di alcol etilico ed il fumo di sigaretta (47).

La sola terapia specifica di provata efficacia per l'epatite cronica da HCV è l'alfa-interferone, che pare apportare maggiori benefici in caso di HCV con genotipo 2 (61). Trials controllati hanno dimostrato che cicli di sei mesi di terapia con interferone (IFN) ottengono la riduzione dei valori di transaminasi nella maggioranza dei pazienti e la normalizzazione di queste nel 40-50%. Al termine della terapia la concentrazione delle transaminasi si alza ai valori del trattamento in almeno il 50% dei pazienti (relapsers), cosicché la percentuale di risposta sostenuta è solo del 15-25% dei soggetti trattati, definiti responders (55). I pazienti in cui non si riscontri risposta a tale trattamento vengono definiti "non responders". In

relazione alla risposta al trattamento interferonico inoltre si distingue una risposta completa con scomparsa dell'RNA serico, una risposta incompleta con normalizzazione delle transaminasi, ma presenza dell'RNA ed una non risposta con persistenza dell'RNA e di valori patologici delle transaminasi. La risposta alla terapia può essere classificata, anche come: primaria, allorché sia riscontrabile al primo trattamento con IFN; sostenuta, quando le ALT siano normalizzate dopo 12 mesi dal trattamento; breakthrough, allorché la recidiva si presenti in corso di terapia, malgrado una risposta positiva iniziale.

L'alfa-interferone viene utilizzato per tempi e con posologie diverse, a seconda dei protocolli utilizzati, e comunque a dosaggi di 3-6 milioni di unità per cicli dell'ordine di 6-18 mesi.

Vengono considerati fattori predittivi di una risposta sostenuta alla terapia interferonica: la breve durata di malattia epatica accertata, l'età giovanile, l'assenza di cirrosi o minimo riscontro di fibrosi all'esame istologico bioptico, bassi livelli ematici di HCV-RNA, l'individuazione del genotipo 2 o 3 o l'assenza di alto riscontro di etrogenicità genetica, basso deposito di ferro nel parenchima epatico (48).

Sono allo studio ulteriori strategie terapeutiche (alfa-interferone + ribavirina, alfa-interferone + acidi biliari, alfa-interferone + ketoprofene, beta-interferone), ma allo stato attuale solo la ribavirina, antivirale a largo spettro, ha dato risultati incoraggianti soprattutto usata in associazione con l'alfa-interferone (48).

L'associazione dell'IFN con la Ribavirina (1.000-1.200 mg. al giorno per os) si è rivelata più efficace della monoterapia con risposte sostenute nel 40-50% dei pazienti al primo trattamento e nei relapsers. Effetto collaterale della Ribavirina è l'anemia emolitica (10%).

La risposta alla terapia è indicata dalla normalizzazione delle ALT/AST

con persistenza dopo la fine del trattamento (risposta primaria); dopo 12 mesi dalla fine del trattamento può essere effettuato il dosaggio della viremia tramite PCR per verificare l'effettiva eliminazione del virus (risposta sostenuta).

In caso di assenza di risposta durante la terapia si parlerà di non-responders e in caso di risposta durante la terapia ma con ripresa della citolisi dopo l'interruzione della terapia di relapsers (75).

Vi è indicazione a ritrattare i pazienti non-responders e relapsers solo se il ciclo effettuato in precedenza è stato incompleto.

Relativamente alla diagnosi dello stato di evoluzione della malattia la positività per gli anticorpi anti-HCV indica l'infezione e la verosimile malattia in atto, pertanto a completamento della indagine sierologica è indicata la ricerca della determinazione dell'HCV-RNA utilizzando la metodica dell'amplificazione genomica (PCR); la presenza di HCV nel siero indica infezione da HCV in atto.

Nella maggioranza dei soggetti anti-HCV positivi è rinvenibile parallelamente la positività dell'HCV-RNA e solo in una minoranza di pazienti permane solo la positività anticorpale, che poi declina lentamente e scompare nel corso degli anni (oltre cinque), dopo la risoluzione della malattia.

In una percentuale esigua dei pazienti (circa il 10%) con epatite cronica C non appare in circolo anti-HCV malgrado la positività dell'HCV-RNA.

Il livello delle transaminasi nel siero rappresenta l'indice di danno indotto da HCV, correlandosi con viremia ed il danno epatocellulare.

La positività degli anti-HCV (con metodiche EIA o RIBA) in pazienti con AST/ALT persistentemente elevate da più di sei mesi, in assenza di altre cause di epatopatia, fa porre diagnosi di epatopatia cronica.

Essendo stata riscontrata frequen-

te è opportuno il dosaggio di anticorpi antitessuto (antinucleo, anti-microsomi epatici-renali). È anche indicato il dosaggio delle crioglobuline se il paziente lamenta poliartralgie e manifestazioni vasculitiche cutanee. Un consistente numero di soggetti presenta dosaggi delle transaminasi nella norma, ma per diagnosticare la condizione di portatore sano di HCV, peraltro ancora contestata da alcuni, sono necessarie almeno tre determinazioni normali di aminotransferasi, a distanza di almeno due mesi l'una dall'altra.

La ricerca dell'HCV-RNA è indicata, oltre nei soggetti anti-HCV positivi con transaminasi persistentemente normali, avvalorati dai test di conferma, nei seguenti gruppi:

- nei soggetti immunodepressi a rischio di epatite C che non hanno sviluppato anticorpi anti-HCV;
- nei casi di epatite acuta a genesi non identificata;
- in caso di contagio accidentale (essendo il rilievo antigenico più precoce).

In caso di infezione cronica la viremia persiste accompagnata frequentemente da un andamento sierologico delle transaminasi variabile: il profilo enzimatico può presentare ampie fluttuazioni nel tempo con un decorso caratteristico da picchi multipli di citolisi tipico dell'epatite cronica C.

La sorveglianza dei pazienti con epatite cronica HCV correlata è diversa se sia presente o meno la cirrosi:

- se c'è cirrosi (o fibrosi importante) è opportuno eseguire ogni sei mesi le prove di funzionalità epatica, l'ecografia addominale e il dosaggio dell'alfa fetoproteina, parimenti opportuno sarà eseguire ogni 2-3 anni un'esofagogastroduodenoscopia per la ricerca delle varici esofagee;

- se non c'è cirrosi è opportuno eseguire ogni anno le prove di funzionalità epatica e l'ecografia addominale, eventualmente una biopsia a 3-5 anni per valutare se è intervenuta la cirrosi.

Identificato il portatore di HCV è necessario informarlo delle possibili conseguenze mediche dell'infezione e del loro controllo, del rischio e delle modalità di trasmissione nell'ambito familiare.

Epatite virale HDV

È causata dall'Hepatitis Delta (D) Virus, uno Pseudovirus difettivo dipendente da effetti complementari (helper) provvisi dal virus HBV; ha genomia a RNA.

Pertanto l'infezione da HDV si sviluppa solo in soggetti con contemporanea infezione da HBV.

La coinfezione HBV/HDV determina un'epatite acuta che evolve in guarigione nel 95% dei casi, raro è lo sviluppo di un'epatite cronica (2-3%). Allorché si verifichi una sovrainfezione (da HDV su HBV) la cronicizzazione si verifica sovente (90%).

Le vie di trasmissione del virus delta sono simili a quelle dell'HBV, tranne che per la via perinatale, per la quale è ammessa bassa efficienza di trasmissione per l'HDV.

Da dati SEIEVA si ricava che parallelamente alla riduzione dell'incidenza di epatite cronica da HBV si è avuta riduzione dell'incidenza di HDV positivi (si calcola il 3% dei portatori cronici di HBV e il 10% in HBV positivi tossicodipendenti).

La diagnosi laboratoristica viene posta tramite la ricerca anticorpale specifica (IgG e IgM anti-HDV nel siero) verso l'unico antigene (HD-Ag) espresso, che può essere dimostrato nel fegato marcandolo con antisieri umani.

L'anti-HD viene determinato con test competitivi che misurano soprattutto le Ig anti-HD; questo dato se positivo rappresenta segno di esposizione all'HDV, la presenza di anti-HD a titoli superiori a 1:1000 è il marker diagnostico utile per diagnosticare infezione da HDV.

L'IgM anti-HD viene determinato con test di cattura delle IgM circo-

lanti, che rappresenta un marcatore di replicazione virale e di malattia.

Andamento diverso si presenta nella risposta anticorpale a seconda che si tratti di coinfezione o sovrainfezione. Infatti mentre nella coinfezione la risposta anticorpale è lenta (qualche settimana dopo l'infezione) e la durata delle IgM anti-HD è effimera contrariamente alle IgG che possono persistere per molti mesi o permanere a tempo indefinito, nella sovrainfezione la risposta anticorpale è precoce e sostenuta: all'esordio della malattia o entro pochi giorni compare l'IgM anti-HD insieme all'IgM anti-HD o dopo poco tempo. Parallelamente spesso si riscontra negatività dell'HBsAg, per effetto inibitorio esercitato dall'HDV sulla replicazione dell'HBV, che poi si risolve in qualche settimana con ritorno alla positività del test.

La terapia si concreta nell'uso di Interferone il cui trattamento, con risultati stimati al 10% di remissione biochimica e virologica a lungo termine, si effettua con dosi non inferiori a 9 MU tre volte alla settimana.

INDICATORI DI "DANNO"

La valutazione del danno epatico è resa possibile da indagini ematochimiche, dignostica per immagini ed esame del quadro istologico tramite biopsia epatica (53), (70), (82).

Il laboratorio ci indica dei parametri utili per la valutazione della funzionalità epatica ed a tale scopo sono state proposte tabelle che propongono tre livelli di esami per le differenti funzioni (17).

Gli esami di primo livello sono utilizzabili per esplorare le funzioni di citolisi (transaminasi e gamma-GT), colestasi (fosfatasi alcalina gamma-GT, sali biliari ed urobilino-geno), funzione di sintesi (albuminemia e tempo di Quick), funzione di coniugazione e detossificazione (razione indiretta della bilirubemia e

gamma-GT), funzione di secrezione (frazione diretta della bilirubinemia) e funzione immunologica (gamma-globuline e dosaggio immunoglobuline) rappresentando già un buon approccio alla valutazione biochimica del danno epatico.

Gli indicatori del danno di primo livello permettono già una valutazione funzionale epatica, benché solo indicativa, ed in assenza di altre patologie tendono a presentarsi alterati con cronologia differente: infatti, mentre più precoce è l'innalzamento delle gammaglobuline e l'abbassamento dell'albuminemia, più tardivo è l'abbassamento del tempo di protrombina e la comparsa di piastrinopenia.

La manifestazione clinica e il reperto sierologico correlato, di ittero del soggetto, in storia di epatite cronica da epatite virale, è fortemente indicativa di cirrosi.

A tali indagini ematochimiche utili per un primo inquadramento si aggiungono quelle - definibili di secondo livello - relative alla valutazione diagnostico-prognostica: ricerca dei marker per le epatiti virali (A, B, C, D), ricerca di autoanticorpi (antinucleo, anti-microsomi epatici-renali), sideremia, ferritina, transferrinemia, dosaggio e ricerca dei marker tumorali (alfa-feto proteina), utili, oltre per segnalare attività della forma morbosa, anche per ricercare eventuali sovrapposizioni di malattie epatiche, effettuando infine lo screening e controllo in follow up per l'epatocarcinoma.

Tra le procedure diagnostiche per immagini, inseribile nel primo livello di esame, particolare rilievo merita l'ecografia epatica. Tale accertamento diagnostico non dannoso e non invasivo, e relativamente di basso costo, fornisce informazioni sull'architettura del parenchima epatico, consente di diagnosticare le lesioni occupanti spazio del fegato, distinguendo tra le lesioni cistiche, lesioni vascolari e masse solide, e consente di dimostrare la presenza di calcoli

nella colecisti, anche in caso di colecisti non funzionante, nonché, di scoprire una dilatazione della colecisti o delle vie biliari.

Nelle epatopatie diffuse, quali le epatiti acute o croniche, l'acutezza diagnostica degli ultrasuoni è molto bassa, poiché non esiste un pattern ecografico caratteristico di tali patologie. I quadri di steatosi, fibrosi e cirrosi, possibili ed affatto rare sequelle di infezione da virus epatite, sono invece generalmente riconoscibili. La negatività dell'ecografia, tuttavia, non esclude un'epatopatia diffusa.

L'ecografia rappresenta un mezzo di misurazione delle dimensioni epatiche e spleniche, una metodica d'indagine affidabile nella diagnosi di carcinoma epatocellulare, consentendo l'individuazione di neoplasie di piccole dimensioni (inferiori a cm. 2) anche in soggetti asintomatici ed infine è utile per evidenziare uno stadio precoce la neoplasia consentendo un efficace programma di sorveglianza della malattia anche nelle sue recidive (19), (79), (91). Infine l'indagine ecotomografica dell'addome consente di individuare con certezza versamenti liberi o saccati indicativi di ipertensione portale con ascite.

L'ecodoppler aggiunge utili informazioni circa le caratteristiche del flusso ematico nei vasi addominali e la direzione del flusso nei vasi stessi fornendo dati su una eventuale ipertensione portale.

Sono da ritenere come esami di terzo livello le altre metodiche per immagini e la biopsia epatica.

L'esame radiologico dell'esofago con mezzo di contrasto baritato consente il rilievo di varici esofagee; tale accertamento può essere reso inutile dall'esecuzione dell'esofago-gastroduodenoscopia, che meglio consente il riscontro di tali complicanze evidenziando anche il rischio di sanguinamento.

La tomografia computerizzata e la risonanza magnetica consentono di misurare con accuratezza le dimen-

sioni del fegato e sono utili nei casi di dubbia interpretazione (23).

Per quanto concerne le metodiche scintigrafiche con radionuclidi, la scintigrafia con tecnezio solfuro colloidale, basata sulla concentrazione di tale radionuclide da parte del sistema reticolo-endoteliale epatico, consente la valutazione della grandezza del fegato e della sua omogeneità.

La biopsia epatica percutanea con ago sottile, preferibilmente ecoguiadata, è un esame relativamente sicuro e consente un'adeguata diagnosi istologica, di particolare utilità nell'approfondimento diagnostico della malattia epatica da causa incerta, delle epatiti croniche, delle epatomegalie non meglio chiarite e delle lesioni epatiche evidenziate dall'ecografia, dalla TAC o dalla scintigrafia (87), (52).

Tale procedimento, anche se invasivo e perciò non eseguibile a fini medico legali, è di estrema utilità in quanto consente di effettuare una diagnosi di relativa certezza, di dare un giudizio sul grado di severità e di possibile evolutività e di verificare l'eziologia dell'affezione, nonché di escludere altre condizioni patologiche, di identificare i marcatori virali sul tessuto e di determinare una valutazione della necrosi, dell'infiammazione e della fibrosi.

Il limite della interpretazione dell'esame bioptico è dato dall'essere un "fotogramma" del momento temporale e del punto del viscere reperito, fornendo così un dato suscettibile di variazioni anche cospicue (53); solo il reperto di una cirrosi, che raramente si riscontra nel tessuto prelevato, costituisce un dato certo.

In tale chiave di lettura si può dire che l'analisi istologica ed istochimica ha funzione precisa di confermare un sospetto clinico e/o un'indagine di laboratorio con lo scopo di precisare l'esistenza, la causa e la severità del danno epatico, soprattutto in fase precoce. L'istochimica del tessuto prelevato è positiva solo per la ricerca spe-

cifica del HBV e del HDV (ricerca di antigeni nel nucleo e nel citoplasma).

La nuova classificazione delle epatiti croniche basata fondamentalmente sul quadro istologico, proposta da Ishark (52) nel 1994, utilizza inoltre tutte le informazioni cliniche, eziologiche ed istologiche, disponibili, "fotografando" al momento della biopsia il quadro istologico ed istochimico. I reperti istologici sono graduati semi-quantitativamente per indicare la severità dell'attività necroinfiammatoria, l'evolutività viene valutata relativamente alla fibrosi (lieve, moderata o severa) e alla presenza di cirrosi.

L'epatite cronica in base a tale classificazione viene distinta solo in base alla presenza di necrosi, di infiammazione (grading), di fibrosi e segni di sovertimento strutturale cirrotico (staging).

EVOLUZIONE STORICA DELLA VALUTAZIONE MEDICO LEGALE DEL DANNO DA VIRUS EPATITE

La valutazione medico legale del danno epatico viene delineata in Italia a cominciare dagli anni 60, ma sia per la ancora non ben delineata patologia epatitica sia per l'assoluto privilegio dell'interesse medico-legale per le patologie traumatiche del viscere, dobbiamo giungere agli anni 90 per avere dati indicativi.

La prima criteriologia valutativa per la valutazione del danno epatico in Italia fu proposta da Bossi nel 1952 (12), il quale, partendo dal significato di capacità di prestazione, di efficienza, di sufficienza funzionale, definì il concetto di menomazione epatica come un'alterazione patologica del viscere, effetto di processo morboso che ne compromette la capacità di prestazione, senza possibilità di guarigione e con riverbero in senso peggiorativo sull'efficienza somato-psichica della persona, e propose quattro gradi valutativi, basati

sul rapporto tra stato clinico funzionale della malattia e tipo di lavoro:

1) totale invalidità: epatopatie ed evoluzione rapidamente evolutiva;

2) capacità ridotta dalla metà ai tre quarti (50-75%): casi ad evoluzione dubbia e/o con equilibrio gravemente instabile con possibilità di aggravamenti a breve scadenza;

3) capacità ridotta dalla metà ad un quarto (50-25%): epatopatie croniche e stazionarie con alterazioni mesenchimali di medio grado.

4) capacità ridotta a meno di un quarto (0-25%): forme benigne stabilizzate o ad evoluzione regressiva.

Nello stesso anno Orel affronta il problema senza fornire riferimenti tabellari, ma suggerisce l'opportunità per il medico legale di riconoscere stati invalidanti in maniera fluida ed elastica secondo il singolo caso (64).

Nel 1959 Diez (35), riferendosi agli esiti di stati morbosi o lesioni post-traumatiche del fegato, propose due fasce valutative:

- periepatiti localizzate 16-25%;
- cirrosi epatica 75-80%.

Pellegrini (68), 1972, nel suo tratto di Medicina Legale e delle Assicurazioni, riferendosi ai soli esiti traumatici, propose la seguente tabella:

- cicatrici superficiali: 0%;
- cicatrici profonde numerose, anche se con normofunzione: 11-30%;
- dolore per fatto congestizio per aderenze peritoneali: 10-25%;
- ptosi endo-addominale: 11-25%.

Le proposte valutative esposte, ormai di interesse storico, facevano soprattutto riferimento a lesioni macroscopicamente evidenti del viscere epatico, e prevalentemente su tali evidenze macroscopiche basavano la valutazione del danno, in riferimento alla capacità lavorativa.

Compare negli anni 70, grazie alla diffusione della biopsia epatica, la prima classificazione delle epatiti croniche (De Groothe - 1968) (31) con utilizzo degli indici di attività istologica epatica e, fornendo questa anche rilievi prognostici, viene

utilizzata per la valutazione medico legale.

L'introduzione di tecniche di laboratorio e strumentali più sofisticate, insieme all'acquisizione di nuove conoscenze in ambito microbiologico, consentì di valutare il danno mediante un approccio prevalentemente funzionale, integrato con acquisizioni istologiche ed immunologiche. La comparsa della figura del danno biologico nella nostra giurisprudenza (sentenza del tribunale di Genova nel 1974, e del tribunale di Pisa nel 1979), quindi ben schematizzato, per ciò che riguarda le figure oggetto di valutazione, dalla sentenza della Corte Costituzionale nel 1986 (84) modificò d'altronde parzialmente i criteri di riferimento medico legali.

In epoca a noi più vicina (1983), Chini (24) propose una metodica valutativa basata sull'attribuzione di un punteggio, da 1 a 4, alle alterazioni dei valori di cinque parametri funzionali (bilirubinemia, bromosulfaleina, fosfatasi alcalina, transaminasi glutammico-piruvica, rapporto A/G).

Vacchiano (85) nel 1984, dopo aver studiato il rapporto tra danno epatico e capacità lavorativa mediante l'esame di un campione di 1977 C.T.U., formulò la seguente ipotesi di valutazione percentuale:

- ECA con moderata attività 40%;
- ECA con intensa attività 60%;
- Cirrosi 70%.

Altamura (1), nel 1984, dopo aver sottolineato il dinamismo evolutivo dell'epatopatie croniche, propose di valutarle, a partire dal criterio clinico, definendo l'insufficienza epatica transitoria, piccola, media e grave e collegando a tali stati quattro gradi di danno anatomo-funzionale, a loro volta da rapportare alla capacità lavorativa generica, alla capacità lavorativa specifica ed alla idoneità lavorativa.

Avolio (6), (7), nel 1987, dopo aver illustrato un protocollo diagnostico, propose la seguente tabella per valutare i postumi da epatite-infortunio:

Guarigione con:

- negatività per HBsAg 0%;
- positività per HBsAg 0%;
- sindrome soggettiva post-epatitica: < 11%.

Epatiti ricorrenti: in assenza di postumi di volta in volta riapertura temporanea.

- Epatiti croniche persistenti 11-25%;
- Epatiti croniche evolutive:
 - a) a lieve attività 25-40%;
 - b) a moderata attività 40-60%;
 - c) ad intensa attività 60-100.

Cirrosi epatica:

- a) compensata 40-50%;
- b) scompensata 80-100%.

Luvoni (1990), in ambito di responsabilità civile e infortunistica privata, esaminando le alterazioni epatiche di origine infettiva, rappresentate essenzialmente dalle epatiti virali da trasfusione, propose le seguenti valutazioni (55):

Epatite cronica persistente 20-25%;

Epatite cronica attiva, ad evoluzione cirrogena più o meno accentuata:

- casi con tests enzimatici e sieroproteici mediamente alterati e con bilirubina lievemente aumentata 30-40%;
- casi con tests enzimatici e sieroproteici notevolmente alterati e con bilirubina mediamente aumentata 50-60%;
- coesistenza di conclamata cirrosi con alterazioni della protombinemia, ipertensione portale, aumento della bilirubina 80%.

Le Nuove Tabelle Indicative delle Percentuali di Invalidità per le Minorazioni e le Malattie Invalidanti, di cui al Decreto del Ministero della Sanità 52/1992, in uso per la valutazione dell'invalidità civile, prendendo in esame le affezioni dell'apparato digerente, nella seconda parte, forniscono indicazioni per la valutazione dei deficit funzionali in base alla gravità, identificando quattro livelli di compromissione funzionale, corrispondenti ad altrettante classi:

I classe - La malattia determina alterazioni lievi della funzione tali da provocare disturbi dolorosi saltuari, trattamento medicamentoso non con-

tinuativo e stabilizzazione del peso corporeo convenzionale (rilevato dalle tabelle facenti riferimento al sesso ed alla statura) sui valori ottimali. In caso di trattamento chirurgico non debbono essere residuati disturbi funzionali o disordini del transito.

II classe - La malattia determina alterazioni funzionali causa di disturbi dolorosi non continui, trattamento medicamentoso non continuativo, perdita del peso sino al 10% del valore convenzionale, saltuari disordini del transito intestinale.

III classe - Si ha alterazione grave della funzione digestiva, con disturbi dolorosi molto frequenti, trattamento medicamentoso continuato e dieta costante; perdita del peso tra il 10 ed il 20% del valore convenzionale, eventuale anemia e presenza di apprezzabili disordini del transito. Apprezzabili le ripercussioni socio-lavorative.

IV classe - Alterazioni gravissime della funzione digestiva, con disturbi dolorosi e trattamento medicamentoso continuativo ma non completamente efficace, perdita di peso superiore al 20% del convenzionale, anemia, gravi e costanti disordini del transito intestinale. Significative le limitazioni in ambito socio-lavorativo.

Nella sua guida-tabella alla valutazione del danno biologico, Cittadini (1995), dopo aver preso in esame le poc' anzi riportate tabelle in uso per l'Invalidità Civile ed aver sottolineato la difficoltà di dare il giusto peso al parametro terapia e di distinguere le patologie organiche da quelle funzionali, considera la tavola del Melennec, che critica per l'eccessiva severità valutativa delle epatiti croniche (25):

Epatiti persistenti: non incidono sulla capacità di lavoro del soggetto.

Epatiti croniche attive senza cirrosi: 20-30%;

Cirrosi epatiche non complicate: 31-50%;

Cirrosi epatiche complicate: 60%;

Esiti di trapianto di fegato: 60%.

Nella guida orientativa per la valutazione del danno biologico perma-

nente, Bargagna e Coll. (1996, 1998), dopo aver riassunto alcuni concetti fondamentali per la valutazione del danno epatico, ne propone un inquadramento indicativo in tre classi di invalidità (8), (9).

- Classe I: inferiore o uguale al 10%.

Rientrano in questa classe tutti quei casi in cui, a distanza di un anno, da un trauma anche grave, non è possibile svelare alterazioni funzionali, o al più tali alterazioni sono di grado modesto. Le percentuali più elevate di questa classe dovranno riconoscersi in quei casi in cui si realizza una comprovata alterazione funzionale che renda plausibili lievi disturbi dispeptici. Le resezioni di parenchima epatico fanno ritenere ragionevole l'inserimento dei loro esiti verso i limiti superiori della fascia, in quanto è ammissibile che un difetto funzionale si sia avuto, pur se compensato.

Non sono altresì trascurabili le ripercussioni psichiche e la permanenza di una cicatrice chirurgica, seppur normalmente consolidata.

- Classe II: 11-40%.

In tale classe rientrano le epatiti croniche. I quadri clinici nei quali esse si configurano sono caratterizzati da una diversa evolutività e gravità nel decorso e nella prognosi e pertanto si deve fare ricorso, di necessità, ad una larga fascia indicativa delle invalidità.

Soltanto dopo un lungo periodo di osservazione clinica le peculiarità del singolo caso potranno essere delineate, utilizzando tutti i possibili rilievi segnalati in premessa. È essenziale l'acquisizione degli esami bioptici. L'apprezzamento medico-legale dovrà essere guidato, attraverso ogni ausilio specialistico e statistico, dal criterio di maggiore o minore probabilità di evoluzione verso la conclamata insufficienza epatica. In merito si devono tener presenti: la possibilità di riacutizzazioni, che possono portare sino all'atrofia giallo acuta; la superinfezione "delta"

dei soggetti HBsAg positivi, responsabile talvolta di una rapida evoluzione verso la cirrosi; l'esistenza dei cosiddetti "portatori sani" HBsAg, asintomatici, con esami di laboratorio nella norma, che all'esame bioptico possano presentare alterazioni istopatologiche di vario grado, sino a quelle proprie della cirrosi; l'evoluzione in epatocarcinoma.

- Classe III: oltre il 50%.

In questa classe di danno sono da collocarsi tutte quelle forme cliniche caratterizzate dall'instaurarsi dello stato cirrotico, con o senza complicanze maggiori (ittero, ascite, emorragie digestive, encefalopatia epatica).

Anche la cirrosi in fase di compenso determina un progressivo peggioramento dello stato generale con scadimento della qualità di vita, a causa della necessità di seguire un regime dietetico, di sottoporsi a continue terapie, di ricoveri frequenti per il manifestarsi delle complicanze maggiori.

In caso di cirrosi scompensata, caratterizzata dal corteo di tali complicanze, la valutazione non può essere inferiore all'80%, in considerazione che la conclamata insufficienza epatica non è in alcun modo vicariabile da altri organi e l'unica speranza è rappresentata dal trapianto di fegato.

È opportuno ricordare che questo orientamento, basato sulle attuali conoscenze, dovrà essere probabilmente rivisto, dato che sono allo studio markers bioumorali, in particolare quelli specifici per la fibrogenesi, che potranno rivestire valore di predittività prognostica, anche in ordine alle complicanze maggiori.

Esistono, inoltre delle proposte valutative espressamente formulate per l'ambito dell'assicurazione privata per le malattie.

Luvoni (1992) prende dapprima in esame la sindrome gastro-enterica, sindrome generale caratterizzata da deficit nutrizionale, astenia, dolori addominali, necessità dietetiche, disor-

dini del transito intestinale, dell'alvo ed alterazioni ematochimiche, e la suddivide in due tipi, media e grave, proponendo una valutazione del 25-30% per la media e del 50-60% per la grave, fornendo le seguenti definizioni (57):

Sindrome gastroenterica media: perdita del peso corporeo standard del 10-15%, modica astenia, dolori addominali discontinui, necessità di restrizioni dietetiche, saltuari disturbi del transito intestinale e dell'alvo malgrado la dieta.

Sindrome gastroenterica grave: perdita del peso corporeo standard oltre il 15%, intensa astenia, dolori addominali sub-continui o continui, necessità dietetiche rilevanti quanto a tipologia e ritmi dell'alimentazione, frequenti disturbi del transito intestinale e dell'alvo.

Per gli esiti delle epatiti infettive propone:

Esiti di epatiti infettive evolventi verso forme di epatite cronica persistente 20-25%;

Esiti di epatiti infettive evolventi verso forme di epatite cronica attiva ad evoluzione cirrogena più o meno accentuata:

- casi con tests enzimatici e sieroproteici mediamente alterati e con bilirubinemia lievemente aumentata 30-40%;

- casi con tests enzimatici e sieroproteici notevolmente alterati e con bilirubinemia mediamente aumentata 50-60%;

- casi con conclamata cirrosi con alterazione della protrombinemia, ipertensione portale, aumento della bilirubinemia 80%.

Bruno (1994) precisa dapprima i criteri di valutazione per le malattie dell'apparato digerente (15):

- Efficacia del trattamento terapeutico medico chirurgico.

- Postumi anatomici e funzionali accertati con esami radiologici e/o endoscopici e/o laboratoristici.

- Variazioni del peso corporeo in riferimento a quello teorico.

- Criteri clinici generali.

Fornisce quindi la definizione contrattuale delle condizioni che determinano una invalidità inferiore al 25% o superiore al 74%:

Condizioni che determinano una invalidità inferiore al 25%:

- i dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica non si correlano a manifestazioni cliniche di insufficienza epatica e non sono documentati precedenti episodi di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica e i postumi della malattia non compromettono lo stato di nutrizione.

Condizioni che determinano un'invalidità superiore al 74%: sono presenti dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica evolutiva e/o di una importante insufficienza della funzionalità epatica e sono documentati episodi, recidivanti e non controllabili da adeguate terapie, di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica e lo stato di nutrizione è gravemente compromesso.

Tra i contributi stranieri sembra utile citare la guida dell'American Medical Association (1993), che dopo aver riassunto i sintomi ed i segni delle affezioni epatobiliari, nonché, gli accertamenti strumentali e laboratoristici utili per meglio chiarire l'impairment (equivalente al nostro danno biologico - lesione all'integrità psicofisica), fornisce una tabella in classi crescenti (4):

- Classe 1: 0-10%.

Evidenza obiettiva di malattia epatica persistente, ma senza presenza di sintomi e senza storia di ascite, ittero o sanguinamento di varici nel corso degli ultimi 3 anni e nutrizione e forza buone e minima alterazione biochimica della funzione epatica o iniziale alterazione del metabolismo della bilirubina.

- Classe 2: 15-25%.

Evidenza obiettiva di malattia epatica cronica senza sintomi di malattia

epatica in assenza di storia di ascite, ittero e sanguinamento di varici nel corso degli ultimi tre anni e nutrizione e forza valide e alterazioni biochimiche più severe rispetto alla classe 1.

- Classe 3: 30-50%.

Evidenza obiettiva di malattia epatica cronica progressiva o storia di ascite, ittero o sanguinamento di varici nel corso dell'anno precedente e compromissione dello stato di nutrizione e della forza o encefalopatia epatica intermittente.

- Classe 4: > 50%.

Obiettiva evidenza di malattia epatica cronica progressiva o persistente ascite, o ittero persistente o sanguinamento di varici esofagee, con manifestazioni di insufficienza epatica a livello del sistema nervoso centrale e stato di nutrizione carente.

Mellenec (1991) suddivide le affezioni dell'apparato digerente in cinque classi di gravità crescente, e fornisce alcuni esempi di epatopatie (60):

- Classe 1: 0-5%.

Criteri:

- I sintomi sono minimamente fastidiosi e per niente limitanti; consistono semplicemente in un disagio per il paziente: dolori leggeri ed intermittenti; incontinenza ai gas; diarrea o stipsi discreta. L'esame fisico è normale; se vi sono delle anomalie, non hanno alcun rapporto con i disturbi in questione.

- Le indagini complementari sono di solito nella norma; molto raramente sono anormali.

- Le condizioni generali sono normali.

- La tolleranza allo sforzo è normale.

- L'autonomia è totale.

Esempio:

- Epatite cronica persistente che si manifesta con una semplice astenia.

- Classe 2: 5-15%.

Criteri:

- I sintomi sono più fastidiosi di quelli del gruppo precedente senza essere maggiori. In alcuni casi possono essere limitati: dolori più o meno

forti, ma intermittenti e non limitanti la vita sociale del soggetto; diarrea con 3-5 scariche nelle 24 ore; disfagia comportante una difficoltà permanente o quasi nell'ingestione di alimenti solidi, rendendosi necessario, nei casi più gravi (15%), l'alimentazione con cibi liquidi, semiliquidi o frullati; incontinenze anali nelle forme più leggere.

- L'esame fisico è di solito normale. Le alterazioni, se esistono, non sono in rapporto con il disturbo.

- Le indagini complementari sono di solito normali. In alcuni casi possono essere alterate in modo permanente o intermittente (esofagite, ulcere gastroduodenali, epatiti ...). Le condizioni generali sono conservate; il soggetto conserva la capacità di effettuare sforzi importanti.

- L'autonomia è totale.

- Può essere necessario un trattamento, ma è discontinuo o poco impegnativo.

Esempio:

- Epatite cronica attiva, nelle forme meno severe.

- Classe 3: 15-30%.

Criteri:

- I sintomi sono molto marcati, fastidiosi e limitanti, senza tuttavia essere maggiori: dolori più o meno intensi, disfagia permanente che può esigere una dieta liquida o semiliquida, diarrea con più di 5 scariche nelle 24 ore, incontinenza per le feci liquide, ecc.

L'esame è di solito normale, o non significativo di un deficit funzionale (cicatrici); può essere alterato, particolarmente, durante le riattizzazioni.

- Le indagini complementari (esami radiologici, biologici, ecc.) possono essere normali; molto spesso sono alterate.

- Lo stato generale può essere normale; può essere alterato (astenia, perdita di peso dell'ordine del 10-20%...).

- Classe 4: 30-60%.

Criteri:

- I sintomi sono molto marcati, molto fastidiosi e di solito molto li-

mitanti: dolori, diarrea, risentimento psichico, ecc.

- L'esame fisico può risultare normale. Mostra spesso delle alterazioni maggiori.

- Lo stato generale può essere normale (per esempio quando il paziente è portatore di colostomia); è in genere alterato (astenia, perdita di peso frequentemente superiore al 20%).

- Le indagini complementari sono costantemente alterate.

- L'autonomia rimane totale.

- La tolleranza allo sforzo è abitualmente ridotta o molto ridotta, ma può essere conservata (stomie).

- Le costrizioni terapeutiche sono abitualmente pesanti (dieta, farmaci...).

Esempio:

- Cirrosi con insufficienza epatica marcata o cirrosi scompensata (ascite, emorragie digestive).

- Classe 5: > 60%.

Criteri:

- I sintomi sono importanti, e comportano un handicap estremamente marcato: i dolori intensi, permanenti, più o meno sensibili al trattamento, limitanti le attività del paziente; faticabilità maggiore anzi esauribilità fisica e psichica...

- L'esame fisico mostra delle anomalie maggiori.

- Le condizioni generali sono molto alterate: il dimagrimento è importante o molto importante, l'astenia è estrema.

- Le indagini complementari, in particolare biologiche, sono molto alterate.

L'autonomia resta di solito totale.

- La tolleranza allo sforzo è molto ridotta: il paziente può effettuare degli sforzi leggeri, (in pratica: può compiere solamente gli atti essenziali della vita comune).

Ultima e recente è la tabella per la valutazione delle menomazioni INAIL (valutazione delle menomazioni permanenti da infortunio lavorativo e da malattia professionale correlata al Decreto Legislativo n. 38 del 23.02.2000

- G.U. n° 50 del 01.03.2000), approvata dal Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale.

La tabella, con i relativi criteri applicativi prevede le seguenti voci:

- epatite cronica con alterazioni morfologiche ecografiche e cliniche di lieve entità. Modifiche modeste degli indici bioumorali. Assenza di fibrosi: fino a 8;

- epatite cronica con segni di disecreta attività. Alterazione costante degli indici bioumorali di necrosi e funzionalità. Epatomegalia: fino a 25;

- epatite cronica con segni di disecreta attività. Alterazione costante degli indici bioumorali di necrosi e funzionalità. Splenomegalia: a seconda della positività HBV o HCV in caso di genesi virale: fino a 45;

- epatite cronica con segni di ascite conclamata ma controllabile con trattamento medico-dietetico. A seconda della encefalopatia: fino a 60.

- epatite cronica con segni di ascite scompensata. Difficilmente controllabile con terapia medico-dietetica. A seconda delle complicanze comparse e soprattutto del grado di encefalopatia: > 60.

Il precedente riferimento, tuttora in vigore, era basato sul T.U. di cui al D.P.R. 30.06.65, n. 1124 e successive modifiche, che non prevedeva riferimenti specifici.

AMBITI VALUTATIVI

La valutazione medico legale può avvenire in differenti ambiti a seconda del rischio (astratta possibilità del verificarsi di un evento che incida sulla integrità psicofisica della persona) tutelato.

La stima potrà essere sensibilmente diversa nei vari ambiti soprattutto quando dovrà essere rapportata ad attività produttiva specifica che può assumere un carattere usurante sulla malattia.

In ambito di **invalidità civile** (41), (78), (62) occorre fare riferimento al

Decreto del Ministero della Sanità 05.02.92: "Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali di invalidità per le minorazioni e le malattie invalidanti", con il quale trova attuazione l'emanazione di nuove tabelle indicative delle percentuali di invalidità già preannunciata con il decreto Legislativo del 23.11.88, n. 509. Tale tabella è divisa in cinque parti.

Nella prima parte vengono precisate la metodologia per l'accertamento delle infermità, l'individuazione dei deficit funzionali e la valutazione percentuale cui le commissioni mediche debbono attenersi, in riferimento alla capacità di lavoro generica. La valutazione fornita può essere incrementata o ridotta fino a cinque punti in percentuale, a seconda della ripercussione sulla capacità lavorativa semispecifica e specifica. Qualora l'infermità accertata non corrisponda ad una voce tabellare fissa o corrisponda ad una fascia percentuale occorre fornire una valutazione con criterio analogico.

Nella seconda parte vengono prese in esame le affezioni dei differenti apparati. Trattando dell'apparato digerente vengono fornite indicazioni per la valutazione dei deficit funzionali in base ai livelli di gravità, identificando quattro livelli di compromissione funzionale corrispondenti ad altrettanti classi:

I CLASSE - La malattia determina alterazioni lievi della funzione tali da provocare disturbi dolorosi saltuari, trattamento medicamentoso non continuativo e stabilizzazione del peso corporeo convenzionale (rilevato facendo riferimento al sesso ed alla statura) sui valori ottimali. In caso di trattamento chirurgico non debbono essere residuati disturbi funzionali e disordini del transito.

II CLASSE - La malattia determina alterazioni funzionali causa di disturbi dolorosi non continui, trattamento medicamentoso non continuativo, perdita del peso sino al 10% del valore convenzionale, saltuari disordini del transito intestinale.

III CLASSE - Si ha alterazione grave della funzione digestiva, con disturbi dolorosi molto frequenti, trattamento medicamentoso continuato e dieta costante, perdita di peso tra il 10% ed il 20% del valore convenzionale, eventuale anemia e presenza di apprezzabili disordini del transito. Apprezzabili le ripercussioni sociolavorative.

IV CLASSE - Alterazioni gravissime della funzione digestiva, con disturbi dolorosi e trattamento medicamentoso continuativo ma non completamente efficace, perdita di peso superiore al 20% del valore convenzionale, anemia, gravi e costanti disordini del transito intestinale. Significative le limitazioni in ambito sociolavorativo.

Nella terza parte del Decreto, contenente le tabelle ordinate in fasce e le tabelle ordinate per apparati, troviamo la tabella relativa all'apparato digerente, che fornisce valutazioni delle percentuali di invalidità stabilite in misura fissa o mediante un range min-max alle quali fare riferimento:

6411 - Cirrosi epatica con disturbi della personalità: 95% (encefalopatia epatica intermittente);

6412 - Cirrosi epatica con ipertensione portale: 71-80%;

6424 - Epatite cronica attiva: 51%;

6426 - Epatite cronica attiva nell'infanzia: 71-80%.

Nella quarta parte del Decreto sono stabiliti i criteri per la determinazione delle potenzialità lavorative in base ai criteri elaborati dall'OMS. Nella quinta parte del Decreto sono fissati i criteri per la determinazione delle attività lavorative suddivise, secondo livelli di limitazione crescente, nelle seguenti sei categorie:

1) potenzialità lavorativa conservata senza limitazioni;

2) conservata con limitazioni saltuarie;

3) conservata con ausili tecnici e/o modifiche ambientali;

4) possibile soltanto per determinati tipi di attività lavorativa;

5) limitate con ausili tecnici e/o modifiche ambientali;

6) quasi abolita (o conservata per attività occupazionali non redditizie).

In ambito di valutazione dell'**handicap** (78), il riferimento normativo è costituito dalla Legge 05.02.92 n. 104, che pone non pochi problemi di valutazione; la legge stabilisce (art. 3 comma 1) che si considera persona handicappata "colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di vita di relazione, di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione".

Al comma 3 del medesimo articolo è previsto che "qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella relazionale, la situazione assume connotazioni di gravità".

Chiave di lettura di tale normativa è la prevenzione dello svantaggio sociale secondario alla menomazione; suo intendimento è quello di fornire assistenza e benefici ai portatori di handicap, mirando a valorizzare le potenziali capacità dell'individuo.

La legge non fornisce parametri indicativi per la valutazione dell'handicap, e tale stima è difforme da quella della capacità lavorativa generica doverosa in ambito di invalidità civile; tale evoluzione, proiettandosi nell'ambiente sociale, relazionale e lavorativo, comporta un allargamento degli orizzonti valutativi, esaltando gli aspetti individuali.

Di interesse per l'handicap è la quantificazione, non solo della capacità di lavoro o di altre specifiche abilità, ma dell'impossibilità dell'individuo nel compiere le attività lavorative ed extralavorative che prima della sopraggiunta invalidità riusciva ad esple-

tare; si possono delineare, a fini valutativi, tre livelli strutturali di attività a complessità crescente, denominate: le attività basilari della vita quotidiana (A.D.L. = Activity of Daily Living), le attività strumentali della vita quotidiana (I.A.D.L.) e le attività aggiuntive della vita quotidiana (A.A.D.L.) (74), (78), (90).

Sembra difficile ipotizzare il riconoscimento di handicap se non nella fase di manifestazione della cirrosi conseguente all'epatite virale. Parimenti sembra corretto inquadrare nell'handicap di gravità l'importante insufficienza epatica con segni di scompenso funzionale.

Ai sensi della **Legge n. 210/92** che regola l'indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazioni di emoderivati, contratto da causa di servizio, i soggetti che abbiano contratto epatite virale a causa di tali eventi hanno diritto ad un indennizzo da parte dello Stato per la menomazione permanente dell'integrità psicofisica. La commissione giudicante deve fornire un giudizio sul nesso causale e sul grado di menomazione psicofisica, secondo la tabella A annessa al T.U. approvato con D.P.R. del 23.12.78, n. 915, come sostituita dalla tabella A allegata al D.P.R. del 30.12.81, n. 834. Tale tabella non prevede espressamente la voce epatite virale, e pone non poche difficoltà nella valutazione secondo criterio analogico poiché le voci attinenti sono: nella Tabella A - seconda categoria, "le affezioni gastroenteriche e delle ghiandole annesse con grave e permanente deperimento organico" e "colecistite cronica" per la settima ed ottava categoria (28), (50). Gli esiti dell'epatite virale andranno pertanto valutati per analogia.

In ambito di **assicurazione privata per l'invalidità permanente da malattia e/o da infortunio** si agirà a termini di polizza.

Il contratto di assicurazione è, per sua natura, aleatorio, in quanto al momento della sua formazione le parti non sanno se l'evento in esso previsto si verificherà e, in caso affermativo, quando (56). Lo stato anteriore dell'assicurato diventa pertanto frequentemente fonte di contenzioso, ed assume grande rilievo lo stabilire il periodo di insorgenza o della manifestazione di un'affezione. Non vi è dubbio che con la parola "manifestazione" si intenda l'atto del rivelarsi, del palesarsi, dell' esternarsi di un'affezione mediante sintomi soggettivi, segni obiettivi, alterazione degli esami di laboratorio o strumentali.

Con il contratto di assicurazione volontaria contro le malattie l'assicuratore si obbliga, contro il pagamento del premio, a rivalere l'Assicurato del danno prodotto dal verificarsi di un evento pregiudizievole, attinente allo stato di salute, non dipendente da infortunio.

Tale danno può comprendere, a seconda dei tipi di contratto stipulati, sia il costo delle spese sostenute per accertamenti diagnostici e cure, sia l'indennizzo del lucro cessante dipendente dal mancato guadagno causato dal periodo di infermità, sia l'invalidità permanente residua alla malattia (56), (2), (36), (10). L'oggetto della tutela è costituito dalla malattia che provoca invalidità permanente, intendendosi contrattualmente per malattia "ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio", e per invalidità permanente "la perdita o la diminuzione, definitiva ed irrimediabile, della capacità lavorativa", nella maggior parte dei contratti intesa come capacità lavorativa generica, in un minor numero di casi come specifica o semispecifica (in occupazioni confacenti alle attitudini dell'assicurato) (39), (14), (15).

Per ciò che riguarda il contratto assicurazione infortuni la tipologia delle polizze in commercio è molteplice,

pertanto dovrà essere dedicata particolare attenzione al testo contrattuale sul quale incide il rischio assicurato (14). Nella polizza tipo (polizza di riferimento ANIA dell'11.96) si stabilisce che la assicurazione debba valere per gli infortuni che l'assicurato abbia nello svolgimento dell'attività professionale, principale o secondaria, dichiarate e di ogni altra attività che non abbia carattere professionale.

Per convenzione al termine infortunio si dà il significato di un evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili, con conseguente invalidità temporanea o permanente o la morte.

Usualmente nel contratto si escludono gli infortuni causati da cure mediche o interventi chirurgici, salvo che la prescrizione di questi non sia causalmente correlabile agli effetti lesivi dell'infortunio.

L'infezione da virus epatico può configurare, ai sensi delle definizioni contrattuali di infortunio (evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali oggettivamente constatabili) e di malattia (alterazione dello stato di malattia non dipendente da infortunio), l'una o l'altra evenienza a seconda delle circostanze del fatto.

L'infezione da HCV o da HBV (o da altro virus epatico) contratta per puntura con ago infetto o per ferite con strumentazione infetta configura un quadro di infortunio, ed in tal caso, essendo l'onere della prova del medesimo a carico del contraente, la denuncia dovrà essere supportata dalla documentazione sanitaria probante: referto di pronto soccorso o denuncia di infortunio sul lavoro nei casi tutelati (operatori sanitari, addetti alla raccolta rifiuti, personale di comunità a rischio) e markers negativi nell'immediatezza dell'infortunio, per escludere eventuali preesistenze. Non vi è dubbio che tutti i casi nei quali non vi è evidenza di un'azione lesiva concentrata

nel tempo verranno classificati come malattia.

Le problematiche che il medico legale si trova ad affrontare nell'esame di un sinistro malattia/infortunio da virus epatite sono:

- la descrizione dell'evento, se vi è stato, a cui è attribuita la patologia epatica;
- la diagnosi corretta della malattia denunciata;
- la compatibilità biologica tra l'epoca di insorgenza o di manifestazione della malattia;
- la compatibilità biologica tra la lesione denunciata e l'infortunio accertato;
- la presenza di condizioni patologiche preesistenti;
- la classificazione dell'epatite come malattia o come infortunio;
- il giudizio sulla correlazione causale tra affezioni denunciate e sinistro iniziale;
- la valutazione della inabilità temporanea (assoluta o parziale);
- la valutazione dei postumi a carattere permanente secondo i parametri di polizza.

Per ciò che riguarda la valutazione in **responsabilità penale** questa viene individuata e perseguita secondo due forme autonome di lesione personale: la lesione personale dolosa - per dolo generico con azione od omissione che leda l'incolumità altrui con volontà e coscienza - e la lesione personale colposa (art. 590, c.p.) di cui risponde "chiunque cagiona ad altri, per colpa, una lesione personale".

Rara è l'evenienza del primo caso, nel nostro campo di indagine, mentre è concretabile più frequentemente il secondo.

Si distinguono tre gradi di lesione personale colposa:

- Lesione colposa semplice: è semplice, ossia non aggravata, la lesione colposa dalla quale deriva una malattia non superiore ai 40 giorni. La pena è la reclusione fino a tre mesi o la multa fino a lire 1.000.000.

- Lesione colposa grave: è grave la lesione quando ne deriva una malattia di durata superiore ai 40 giorni o concorre una delle altre circostanze previste dall'art. 583 della corrispondente lesione dolosa (aggravanti biologiche). La pena è della reclusione da uno a sei mesi o della multa da lire 240.000 a lire 2.400.000.

- Lesione colposa gravissima: la lesione è tale quando ne deriva una malattia certamente o probabilmente insanabile o concorre una delle circostanze previste dall'art. 583 per il corrispondente grado della lesione dolosa. La pena è della reclusione da 3 mesi a 2 anni o della multa da lire 600.000 a lire 2.400.000.

Si considera insanabile una malattia quando essa, non essendo suscettibile di reversione neppure con i sussidi dell'arte sanitaria, durerà certamente o probabilmente tutta la vita (73).

La malattia insanabile si distingue dalla malattia inguaribile perché la guaribilità della malattia può essere spontanea e si distingue dalla malattia incurabile perché la malattia è passibile di cure pur senza poterne garantire il risultato favorevole.

Per ammettere la fattispecie come aggravante non è necessario che l'insanabilità della patologia sia certa o assoluta: è sufficiente che sia probabile, considerando tale questa quando si ritenga che vi siano scarse speranze di reversione del processo morboso.

L'epatite cronica da virus epatite, quando sia dimostrata la presenza di fibrosi con rilievo ecografico attendibile e/o biotipico, può essere riconosciuta come tale: nessun dubbio sulla attribuzione di tale requisito quando l'epatopatia sia evoluta a cirrosi.

La valutazione in **responsabilità civile** è riconducibile anch'essa a molteplici articoli del Codice Civile; basilare l'art. 2043 c.c. (Risarcimento per fatto illecito) "qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno".

Per danno ingiusto si deve fare riferimento a quello provocato da un comportamento non conforme al diritto e che pregiudica un bene o un interesse tutelato dalla legge.

In ambito di responsabilità civile viene risarcito il danno alla salute: individuabile, come posto dalla definizione del tribunale di Pisa del 16.01.85, "sia nel suo aspetto statico (diminuzione del bene primario dell'integrità psicofisica in sé e per sé considerata), sia nel suo aspetto dinamico (manifestazioni o espressioni quotidiane del bene salute che riguardano sia l'attività lavorativa che tutte le attività extralavorative e che pongono il soggetto in condizioni non solo di produrre utilità ma anche di ricevere utilità" (84).

Il danno alla salute è concetto giuridico fondato e sancito dalla Costituzione (art. 32) e nell'aspetto statico contempla l'alterazione dell'integrità psicofisica in sé e per sé considerata (danno biologico) e nel suo aspetto dinamico la compromissione dell'efficienza psicofisica della persona e della capacità di relazione, di vita sociale e di svolgimento di qualsiasi attività lavorativa ed extralavorativa di questa (danno morale, danno esistenziale).

Il danno biologico è così rappresentato dal pregiudizio alla integrità psicofisica risarcibile in quanto tale. Nella sua accezione è concetto puramente medico che può essere studiato ed identificato secondo una tecnica rigorosamente scientifica.

Non esistono tabellazioni di valutazione di legge, salvo le recenti proposte per la stima in ambito INAIL per il risarcimento del danno biologico ai fini della tutela dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali (Decreto Legislativo n. 38 del 23.02.2000 - G.U. n. 50 del 01.03.2000 e tabelle di valutazione correlate).

In ambito di **Pensionistica privilegiata dello Stato**, che si applica ai dipendenti civili e militari dello Stato

(oltre che a dipendenti di Enti pubblici), viene erogata la pensione privilegiata, per riduzione della capacità lavorativa al lavoro specifico (inabilità al servizio con rapporto causale o concausale efficiente e determinante da fatti di servizio), la cui valutazione tabellare è mutuata secondo la normativa della pensionistica di guerra (che per sua natura privilegia le mutilazioni), che non prevede voci specifiche e pone non poche difficoltà nella valutazione secondo criterio analogico poiché le voci attinenti sono nella Tabella A - seconda categoria, "le affezioni gastroenteriche e delle ghiandole annesse con grave e permanente deperimento organico", "colecistite cronica con disfunzione epatica persistente" per la settima, e "esiti di colecistectomia con persistente disepatismo" per la ottava categoria (28); la stima delle menomazioni è in ordine decrescente in fasce di invalidità presunte da interpretazioni giurisprudenziali.

Qualora la virus epatite consegua ad una infezione virale in ambito di **infortunistica sul lavoro INAIL**, sarà cura del medico individuare l'evento infortunio (per causa violenta ed in occasione di lavoro); oggetto di tutela è la ridotta attitudine lavorativa e gli esiti di essa andranno valutati con riferimento al T.U. di cui al D.P.R. 30.06.65, n. 1124 e successive modifiche, sino all'entrata in vigore, a far data dal 25.07.2000, della prevista tabellazione basata sul danno biologico correlata al Decreto Legislativo n. 38 del 23.02.2000 (G.U. n. 50 del 01.03.2000). Il Testo Unico n. 1124 non prevedeva riferimenti specifici per la virus epatite.

La tabella delle menomazioni in riferimento al danno biologico, con i relativi criteri applicativi prevede le seguenti voci:

- epatite cronica con alterazioni morfologiche ecografiche e cliniche di lieve entità. Modifiche modeste degli indici bioumorali. Assenza di fibrosi: fino a 8;

- epatite cronica con segni di discreta attività. Alterazione costante degli indici bioumorali di necrosi e funzionalità. Epatomegalia; fino a 25;
- epatite cronica con segni di discreta attività. Alterazione costante degli indici bioumorali di necrosi e funzionalità. Splenomegalia. A seconda delle positività HBV o HCV in caso di genesi virale: fino a 45;
- epatite cronica con segni di ascite conclamata ma controllabile con trattamento medico-dietetico. A seconda della encefalopatia: fino a 60;
- epatite cronica con segni di ascite scompensata. Difficilmente controllabile con terapia medico-dietetica. A seconda delle complicanze comparse e soprattutto del grado di encefalopatia: > 60.

PROPOSTA DI VALUTAZIONE

La valutazione medico legale del danno conseguente ad affezioni dell'apparato digerente non è mai agevole non potendo prescindere dalla sintomatologia soggettiva, che se, da un lato va tenuta nel debito conto, d'altro canto può essere terreno di simulazione o di semplice esagerazione.

La valutazione del danno da epatopatia cronica da virus epatite dovrà essere effettuata considerando i seguenti elementi:

- anamnesi, con particolare attenzione ad episodi di sanguinamento digestivo o storia di insufficienza epatica acuta, e quadro sintomatologico: astenia, perdita di peso (almeno del 10% di quello teorico), dispepsia, nausea, algia addominale, prurito, alterazioni del ritmo sonno-veglia, alterazioni dei cicli ormonali, anomalie dell'alvo e della diuresi;
- terapia pregressa ed attuale, con attenzione ad eventuali controindicazioni ed effetti iatrogeni;
- esame obiettivo: alterato stato nutrizionale, ittero, anemia, circoli collaterali superficiali porto-cava, versamento ascitico, epatomegalia, spleno-

megalia, ematomi ed ecchimosi, segni di grattamento cutaneo, segni indicativi di encefalopatia porto-cava, emorroidi, ginecomastia, angiomi stellari, flapping traemor;

- esame della documentazione: esami ematochimici e strumentali, con particolare attenzione al referto dell'esame ecotomografico dell'addome e del riscontro bioptico, quando effettuato.

Il corretto inquadramento del danno da epatopatia cronica da virus epatite è condizionato, al pari delle altre epatopatie, dalla difficoltà di esprimere un giudizio valutativo di un quadro clinico che sovente, sino alla fase cirrotica, è aspecifico, se non silente, e spesso, peraltro, non è giunto a stabilizzazione. La mancanza di una terapia specifica efficace, sicura e dai risultati duraturi non agevola il compito.

Il dato bioptico, quando presente, è quello che si correla al momento della evoluzione della malattia e, unitamente agli accertamenti poc'anzi citati, consente una valutazione indicativa del danno, con il limite di dover essere ritenuto un dato "temporale" (e del segmento biopsato). Non va, infatti, sottovalutata la potenziale reversibilità di un quadro istologico di attività, mentre la presenza di sovvertimento strutturale costituisce un punto di non ritorno incontestabile.

La presenza del referto dell'esame bioptico ci suggerisce una valutazione indicativa del danno da epatite cronica correlata a virus epatite, come danno biologico, basata su criteri istopatologici (Tabella 1).

All'interno della fasce valutative indicative proposte la stima fluttuerà in ragione dell'alterazione degli esami di laboratorio, dell'ecografia epatica (segni di sovvertimento strutturale, fibrosi, segni indicativi di ipertensione portale, splenomegalia), della risposta o meno alla terapia con interferone e dei criteri clinici.

Sarà dato rilievo alla coinfezione o superinfezione da virus epatite,

TABELLA 1 - Valutazione su base istopatologica

Epatite cronica a lieve/moderata attività, senza fibrosi	10-15%
Epatite cronica a lieve attività, con fibrosi	15-25%
Epatite cronica a moderata attività, con fibrosi	20-40%
Epatite cronica ad intensa attività, senza fibrosi	20-30%
Epatite cronica ad intensa attività, con fibrosi	30-50%
Cirrosi epatica	> 50%

alla durata, se è ricavabile, di malattia e alla modalità di acquisizione della patologia (se da emoderivati): tutti fattori questi che tendono ad aggravare il quadro morboso.

Per la cirrosi complicata da ipertensione portale con ascite o varici esofagee a rischio di sanguinamento o da encefalopatia epatica, la valutazione sarà certamente uguale o superiore al 75%.

I soggetti per i quali non sia disponibile il referto dell'esame bioptico dovranno invece venire valutati solamente sulla base della anamnesi, della clinica e degli accertamenti laboratoristici e strumentali (Tabella 2).

Al fine di meglio valutare i quadri di epatopatia cronica da virus epatite in fase cirrotica è utile l'uso (20) della classificazione secondo Child-Pugh (29), che stima la gravità della cirrosi in base a parametri clinici e di laboratorio quali: l'albuminemia, il tempo di protombina, la presenza di ascite e/o encefalopatia e la valu-

tazione dello stato di nutrizione del soggetto (Tabella 3).

Vengono distinte le classi A, B, e C; la classe A comprende la patologia cirrotica senza segni di scompenso; la classe C la cirrosi scompenzata; la classe intermedia B corrisponde ad epatopatia con iniziale encefalopatia, un'ascite controllabile da terapia e un buono stato nutrizionale.

La cirrosi in fase di compenso (classe A) può essere inquadrata in fascia di valutazione pari al 51-60%, allorché sia in fase di relativo compenso in fascia dal 61-80%, infine in fase di scompenso dall'81-100%.

La presenza dell'encefalopatia epatica incide sensibilmente sulla valutazione della menomazione epatica con danno via via crescente. Utile a tale fine la stadiazione della encefalopatia epatica che se presente allo stadio I imporrà una valutazione percentuale di danno al di sopra dell'70%; allo stadio II al di sopra dell'80% (Tabella 4).

TABELLA 2 - Valutazione clinico-funzionale

- Epatite cronica con lieve alterazione dei parametri biumorali, sintomatologia assente od assai modesta e non rilevanti alterazioni del parenchima epatico all'ecografia (assenza di segni di fibrosi, sovvertimento strutturale, ipertensione portale/splenomegalia	< 15%;
- Epatite cronica con rilevanti alterazioni dei parametri biumorali, o alterazioni modeste ma segni di fibrosi/sovvertimento strutturale all'ecografia (non presenza di segni di ipertensione portale/splenomegalia), sintomatologia presente ed obiettivabile	15-25%;
- Epatite cronica con rilevanti alterazioni dei parametri biumorali, segni di fibrosi/sovvertimento strutturale all'ecografia e/o presenza di segni di ipertensione portale/splenomegalia), sintomatologia presente ed obiettivabile	26-60%;
- Cirrosi (diagnosticata mediante esame clinico/esami ematochimici ed ecotomografia addominale)	> 50%.

TABELLA 3 - *Classificazione di Child-Pough*

CLASSE	A	B	C
Bilirubina (mg/dl)	<2	2-3	>3
Albumina (g/d)	>3,5	3-3,5	<3
T. di Quick (sec. di prol.)	Normale (>70%)	50-70%	<50%
Ascite	Assente	Facilmente controllabile	Poco o non controllabile
Encefalopatia	Assente	Lieve	Grave

TABELLA 4 - *Encefalopatia epatica*

	Stato di coscienza	Asterixis	Riflessi	EEG
Stadio 0	Normale	Assente	Normali	Normale
Stadio I	Inversione del ritmo sonno-veglia Agitazione Alterazioni della personalità	Assente	Aumentati	Normale o onde lente
Stadio II	Letargia risvegliabile	Presente	Aumentati	Onde lente/ onde trifasiche
Stadio III	Risvegliabile con difficoltà	+/-	Ridotti	Onde lente/ onde trifasiche
Stadio IV	Non risvegliabile	Assente	Flaccidità	Onde lente

VALUTAZIONE MEDICO LEGALE IN INVALIDITÀ PENSIONABILE

La valutazione del danno alla validità psicofisica del soggetto affetto da epatopatia cronica da virus epatite, in ambito di invalidità pensionabile, andrà effettuata (45), (49), (67) alla luce del dettato di legge per la tutela dell'invalidità pensionabile (L. 222/84).

La tutela previdenziale prevede due gradi di invalidità:

1 - assegno ordinario di invalidità (art. 1 L. 222/84) per:

- riduzione permanente, a causa di infermità o difetto fisico;
- a meno di un terzo della capacità di lavoro (67%);
- in occupazioni confacenti alle attitudini;

2 - pensione di inabilità (art. 2 L. 222/84) per:

- assoluta (100%);
- permanente;
- impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

È prevista inoltre quale prestazione complementare alla pensione di inabilità un assegno mensile per l'assistenza personale e continuativa (art. 5 L. 222/84) allorché sia presente impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado il soggetto di compiere gli atti quotidiani della vita, vi sia necessità di assistenza continua.

L'assegno è riconosciuto per un periodo di tre anni ed è confermabile, per periodi di stessa durata, su domanda del titolare dell'assegno, qualora permangano le condizioni che diedero luogo alla liquidazione della prestazione.

Il titolare delle prestazioni può essere sottoposto ad accertamenti sanitari per la revisione dello stato di invalidità o di inabilità ad iniziativa dell'Ente erogatore (art. 9 L. 222/84); quando risultino mutate le condizioni che hanno dato luogo alla prestazione e pertanto l'assicurato non può più essere considerato invalido o inabile, in ambito di invalidità pensionabile, la prestazione è revocata, ovvero, qualora si tratti di pensione di inabilità e sia accertato il recupero parziale della validità dell'assicurato entro i limiti previsti per concessione del solo assegno, viene attribuito quest'ultimo.

Allorché, successivamente, per aggravamento delle infermità, sia accertato nei confronti del titolare dell'assegno, uno stato di assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa, viene attribuita all'assicurato la pensione di inabilità, se da questi richiesta.

Qualora lo stato invalidante sia ascrivibile a responsabilità di terzi l'Ente è surrogato nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili e le loro compagnie di assicurazione (art. 14 L. 222/84).

Sulla base del parametro previsto (grado di riduzione della capacità lavorativa in occupazioni confacenti), si è individuata una tabella indicativa di riferimento, che pur basan-

dosi sulla precedente proposta (in tema di danno biologico), varia anche sensibilmente rapportandosi alla attività lavorativa consona all'assicurato (Tabella 5).

Quando non sia disponibile il referto dell'esame bioptico il danno andrà invece valutato solamente sulla base della anamnesi, della clinica e degli accertamenti laboratoristici e strumentali (Tabella 6).

All'interno delle fasce indicative proposte, significativamente ampie perché correlate alla variabilità della forma morbosa e a dati extrabiologici (valutazione delle attività lavorative confacenti alle attitudini del lavoratore), una valutazione più precisa potrà essere basata sulle risultanze degli esami di laboratorio e su altre indagini specialistiche nonché sulla risposta o meno alla terapia con interferone e su criteri clinici.

La valutazione della capacità lavorativa, in tema di invalidità pensionabile, riconosce differenti parametri valutativi rispetto ad altri campi di indagine, quali l'invalidità civile, l'assicurazione per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali e l'assicurazione privata contro gli infortuni e le malattie: infatti in ambito INPS il riferimento è quello della capacità lavorativa in occupazioni confacenti alle attitudini.

*TABELLA 5 - Valutazione medico legale in invalidità pensionabile -
Valutazione istopatologica*

Epatite cronica lieve/moderata attività, senza fibrosi 10-15%	Non invalido - non inabile
Epatite cronica lieve/moderata attività, con fibrosi 15-40%	
Epatite cronica ad intensa attività, senza fibrosi 20-30%	
Epatite cronica ad intensa attività, con fibrosi 40-67%	Non invalido/invalido non inabile
Cirrosi epatica > 50%	
Cirrosi epatica scompensata > 67%	Invalido/non inabile/inabile Non spetta/spetta assegno di accomp.

*TABELLA 6 - Valutazione medico legale in invalidità pensionabile -
Valutazione clinico-funzionale*

- Epatite cronica con lieve alterazione dei parametri bioumorali, sintomatologia assente od assai modesta e non rilevanti alterazioni del parenchima epatico all'ecografia, assenza di splenomegalia/ipertensione portale < 25% non invalido
- Epatite cronica con rilevanti alterazioni dei parametri bioumorali, sintomatologia presente, segni di fibrosi/sovertimento strutturale e/o splenomegalia/ipertensione portale all'ecografia 25-67% non invalido / invalido - non inabile
- Cirrosi epatica non scompensata 50-67% non invalido / invalido - non inabile
- Cirrosi epatica scompensata 67-100% invalido - non inabile/inabile - non spetta/spetta assegno di accomp.

Per identificare tale parametro occorre tenere presente il grado di istruzione scolastica e professionale conseguita, l'esperienza lavorativa maturata e l'età del soggetto, utile anche ai fini della possibilità di un riadattamento lavorativo.

Trattasi, in buona sostanza, di una valutazione in riferimento alla "particolare forma di invalidità intermedia tra quella generica e quella specifica, ma non equidistante, giacché nel singolo caso si avvicina all'uno o all'altro genere di invalidità a seconda del grado di specializzazione professionale dell'assicurato" (49).

Particolare importanza sarà data all'impegno energetico richiesto nelle occupazioni lavorative specifiche o affini ad esse, ricordando che un'attività gravosa o in ambiente nocivo è controindicata, assumendo i caratteri di usura, intendendosi come lavoro usurante "quello sproporzionato alle possibilità psicofisiche dell'individuo, tale da determinare l'istaurarsi o l'aggravarsi di uno stato patologico" (49).

Andrà naturalmente, essendo il giudizio medico legale conclusivo legato al riconoscimento o meno del raggiungimento del "valore soglia" per assegno ordinario di invalidità/pensione di inabilità/assegno di accompagnamento, effettuata una valutazione complessiva dei postumi da virus epa-

tite insieme ad eventuali altre patologie, sempre ricordando che queste possono avere un effetto concorrente sulla patologia epatica, aggravandone così la stima di menomazione.

Quando l'epatopatia cronica da virus epatite è evoluta a cirrosi è utile l'uso (20) della classificazione secondo Child-Pugh (29), che stima la gravità della cirrosi in base a parametri clinici e di laboratorio quali: l'albuminemia, il tempo di protrombina, la presenza di ascite e/o encefalopatia e la valutazione dello stato di nutrizione del soggetto.

Vengono distinte le classi A, B e C: la classe A comprende la patologia cirrotica senza segni di scompenso; la classe C la cirrosi scompensata; la classe intermedia B corrisponde ad epatopatia con iniziale encefalopatia, un'ascite controllabile da terapia e un buon stato nutrizionale.

L'inabilità sarà riconosciuta solo in caso di grave insufficienza epatica con segni di scompenso (Child 2/3) e l'assegno di assistenza continuativa solo in caso di grave insufficienza epatica con scompenso cronico, grave decadimento delle condizioni psicofisiche del soggetto (Child 3 con encefalopatia epatica stadio III).

Per ultimo sembra necessario rilevare che la valutazione del danno da epatite cronica da virus epatite, trat-

tandosi di malattia a carattere evolutivo, e che pertanto non raggiunge quasi mai una vera e propria stabilizzazione clinica, dovrebbe essere sempre revisionata nel tempo, sia per verifica di eventuale riadattamento ad attività lavorativa non usurante, sia per prendere atto che, sempre più frequentemente, quando questa è evoluta a grave danneggiamento irreversibile epatico o patologia maligna neoplastica, si è provveduto ad una parziale emendabilità della menomazione mediante il trapianto d'organo.

RIASSUNTO

L'Autore dopo una breve esposizione circa i criteri diagnostici

delle epatiti virali, illustra gli indicatori di danno epatico utili per la valutazione medico legale.

Segue un cenno storico sulla evoluzione medico legale del danno da virus epatite con il riferimento a valutazioni tabellari nei vari ambiti sino a giungere all'ultima e recente tabella INAIL delle menomazioni permanenti basata sul danno biologico.

Viene esposta infine una proposta di valutazione con doppia valenza (valutazione su base istopatologica e valutazione su base clinico funzionale) utile per la stima del danno epatico come danno biologico ed orientativa per la valutazione medico legale in invalidità pensionabile (L. 222/84).

Bibliografia

- 1) ALTAMURA B.M., NATARELLA L., VINCI, TENTARELLI R.: «*La valutazione medico-legale delle epatopatie croniche*». Sicurezza sociale, 1984; 30.
- 2) ALTER M.J.: «*The epidemiology of hepatitis C in the west*». Semin Liver Dis 1995; 15: 5-14.
- 3) ALTER M.J., MARGOLIS H.S., KRAWCZYNSKI K., JUDSON F.N., ET AL.: «*The natural history of community-acquired hepatitis C in the United States*. *New England Journal of Medicine*». 1992; 327: 899-905.
- 4) AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION: «*Guides to the evaluation of permanent impairment*». 1993; AMA, Chicago, Illinois.
- 5) ARICÒ S., CORRAO G., TORCHIO P.F.: «*Azione combinata di alcool e virus dell'epatite C nel determinismo della cirrosi epatica sintomatica*». Edizioni MAF Servizi. Atti del Congresso Congiunto di Patologia Digestiva. Torino, 1995: 458.
- 6) AVOLIO G., CIMINO T., LA MALFA G. L.: «*Valutazione medico-legale dei postumi di epatite infortunio*». *Minerva Medicolegale* 1987; 107: 17-22.
- 7) AVOLIO G., IORIO M., MOLINO G.: «*Epatite virale e danno permanente alla persona*». *Minerva medicolegale*, 1987; 107: 9.
- 8) BARGAGNA M., CANALE M., CONSIGLIERE F., PALMIERI L., ET AL.: «*Guida orientativa per la valutazione del danno biologico permanente*». Giuffrè Editore, Torino, 1996.
- 9) BARGAGNA M., CANALE M., CONSIGLIERE F., PALMIERI L., ET AL.: «*Guida orientativa per la valutazione del danno biologico permanente*». Giuffrè Editore, Torino, 1998.
- 10) BONVICINI E.: «*Assicurazione facoltativa infortuni e malattie*». Giuffrè Editore, Milano 1983.
- 11) BORTOLOTTI F., REALDI G., CADROBBI P., CRIVELLARO C., ET AL.: «*Clinical features and evolution of non-A, non-B hepatitis in relation to the epidemiological background*». *Italian Journal of Gastroenterology*, 1982; 14: 86-89.
- 12) BOSSI E.: «*Note intorno alla valutazione medico-legale delle epatopatie*». Atti delle giornate Medico-legali della SIMLA. Trieste, 1952.
- 13) BRESTERS D., MAUSER-BUNSSHOETON E.P., REESINK H.W., ROSENDAAL G., ET AL.: «*Trasmissione sessuale dell'epatite C*». *Lancet* (Ed. It) 1993; 10: 516-518.
- 14) BRUNO G., CATTINELLI L., CORTIVO P., FARNETI A., ET AL.: «*Guida alla valutazione del danno in ambito di infortunistica privata*». Giuffrè, Milano, 1998.
- 15) BRUNO G., MASTROROBERTO L.: «*Metodologie per la valutazione del danno indennizzabile in infortunistica privata e in invalidità permanente da malattia secondo le ultime tabelle elaborate dall'ANIA*». Atti del XVI Congresso Nazionale Assicurazione Italiana di Medicina dell'assicurazione Vita Malattia e Danni alla Persona». Trieste, 1994.
- 16) BRUNO R., DEBIAGGI M., PATRUNO S.F.A., GIACOBBE E., ET AL.: «*Recenti acquisizioni in tema di patogenesi, diagnosi e terapia dell'epatopatia cronica HCV indotta*». *Medicina e Terapia* 1996; 4.
- 17) BURLINA A.: «*Guida clinica all'esame di laboratorio*». C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 1987.
- 18) CANESCHI F., CURCI D., MAGNOLFI F., RENTINI S., ET AL.: «*Carcinoma epatocellulare: etiologie a confronto*». Edizioni MAF Servizi. Atti del Congresso Nazionale Congiunto di Patologia Digestiva. Torino, 1995: 475.
- 19) CAREMANI M., ROSSI G., PAPA F., SASSOLI S.: «*La diagnostica ecografica nella patologia addominale ed epatica*». Nuova Eliografia. Atti della XXXVIII Settimana Medica degli Ospedali: i nuovi orizzonti della diagnostica clinica. Viterbo, 1993: 258-259.

- 20) CARUCCI M., MAROZZI F., PAOLETTI R., ZOIA R.: «Epatopatie croniche ed invalidità pensionabile». Actes des IX Journées Internationales Méditerranéennes de Médecine Legale (a cura di Umani Ronchi G., Giordano Orsini P.), Isola Capo Rizzuto. Edizioni Colosseum, Roma; 1990: 73-77.
- 21) CARUCCI M., MAROZZI F., PAOLETTI R., ZOIA R.: «Le condizioni preesistenti nell'assicurazione privata invalidità permanente da malattia: esame dei termini contrattuali e problemi medico-legali». Jura Medica 1992; 5: 87.
- 22) CHEMELLO L., ALBERTI A.: «Epatite cronica da virus C e trattamento con alfa-Interferone: Stato dell'arte». Milano: Adis International Limited, 1995.
- 23) CHIESA A., MAROLDI R., OLIVETTI L.: «Diagnostica per immagini in medicina clinica: iter diagnostico in funzione dei sintomi». C.G. Edizioni Medico Scientifiche, Torino, 1994.
- 24) CHINI A., PITZORNO I., DE LUCA L.: «Accertamento e valutazione del danno epatico». Atti XXVIII Congresso Nazionale SIMLA, Parma, 1983.
- 25) CITTADINI A., ZANGANI P.: «Guida-tabella del danno biologico a carattere permanente ed invalidante». Morano, Napoli, 1995.
- 26) COLOMBO M.: «Natural history and pathogenesis of hepatitis C virus related hepatocellular carcinoma». J Hpatol, 1999; 31 (suppl. 1): 25-30.
- 27) COLOMBO M.: «The role of hepatitis C virus in hepatocellular carcinoma». Recent Results Cancer Res, 1998; 154: 337-44.
- 28) COMANDO DEL CORPO DI SANITÀ DELL'ESERCITO: «Manuale di Medicina Legale Militare». SME, 1996: 90-111. Roma.
- 29) CONN H.O.: «A peek at the Child-Turcotte classification». Hepatology 1981; 6: 673-676.
- 30) COPPOLA R., RIZZETTO M.: «La diagnostica e la terapia delle epatiti virali». Ed. Microart's, Genova, 1993.
- 31) DE GROOTE J., DESMET V.G., GEDIGY P., POPPER H., POULSEN H., SHEUER P.J. ET AL.: «A classification of chronic hepatitis». Lancet 1968.
- 32) DE MITRI M.S., POUSSIN K., BACCARINI P., PONTISSO P., ET AL.: «HCV-associated liver cancer without cirrhosis». Lancet 1968.
- 33) DESMET V.J., GERBER M., HOOFNAGLE J.H., MANNS M., ET AL.: «Classification of chronic hepatitis: diagnosis, grading and staging». Hepatology 1994; 19: 1513-1519.
- 34) DI BISCEGLIE A.M.: «Hepatitis C and hepatocellular carcinoma». Semin Liver Dis, 1995; 15 (1).
- 35) DIEZ S.: «Infortunistica, patologia traumatica e medicina legale». Minerva Medica, Torino 1959.
- 36) DURANTE A.: «Il contratto per l'assicurazione privata contro gli infortuni». Giuffrè, Milano, 1974.
- 37) DUSHEIKO G.: «L'epatite virale acuta e cronica: progressi nei test diagnostici, vaccini e terapie». Thepractioner (Ed It.) 1993; 181: 14-17.
- 38) DUSHEIKO G.M.: «Genetic diversity of hepatitis C virus: implication for pathogenesis, treatment, and prevention». Lancet 1995; 345: 562-566.
- 39) FARNETI A.: «L'invalidità permanente da malattia nell'assicurazione privata». Actes de IX Journées Internationales Méditerranéennes de Médecine Légale (a cura di Umani Ronchi G., Giordano Orsini P.). Ed. Colosseum, Roma, 1991.
- 40) FATTORICH G.: «Progression of hepatitis B e C to hepatocellular carcinoma in Western countries». Hepatogastroenterology, 1998; 45 (suppl. 3): 1206-13.
- 41) FIORELLI G., MANGANELLI A.: «Invalidità civile». Lippiana per Petruzzi Ed., 1992. Città di Castello.
- 42) GALLUZZI P., MARRI D., LIPPI L., MARCHI B., ET AL.: «Trasmissione sessuale dell'infezione da HCV». Edizioni MAF Servizi. Atti del congresso Nazionale Congiunto di Patologia Digestiva. Torino, 1995: 504.
- 43) GIOANNINI G., CARITI G.: «Epatite virale cronica». Centro Scientifico Editore, Torino, 1995.
- 44) GIOANNINI P.: «Trattato di malattie infettive». Torino: Edizioni Minerva Medica, 1993: 699-758.
- 45) GIORLEO C.: «Proposta di protocollo diagnostico valutativo delle epatopatie croniche ai fini dell'invalidità pensionistica». Rass. Med. Leg. Prev. 1992; 3/4: 14-24.
- 46) GRAMENI A., CURSARO C., PONTISSO P., GEROTTO M., ET AL.: «Genotipi del virus C dell'epatite e diffusione intrafamiliare del virus». Edizioni MAF Servizi. Atti del congresso Nazionale Congiunto di Patologia Digestiva. Torino 1995: 508.
- 47) GROTTOLA A., BUTTAFOCO P., MELIGHI A., FERRETTI I., ET AL.: «La severità dell'istologia nella epatite cronica attiva (ECA) correlata al virus C dell'epatite (HCV) è associata a differenti combinazioni di genotipi di HCV». Edizioni MAF Servizi. Atti del congresso Nazionale Congiunto di Patologia Digestiva. Torino, 1995: 10.
- 48) HOOFNAGLE J.H., DI BISCEGLIE A.M.: «The treatment of chronic viral hepatitis». The New England Journal of medicine 1997; 5: 347-356.
- 49) IACOVELLI G.: «Legge 12 Giugno 1984, n. 222: I profili medico-legali». Previdenza Sociale 1984; 4: 1374-87.
- 50) IORIO M., PASTENA M., OLIVERO P., CIMINO T.: «Recenti acquisizioni in tema di epatite virale C». Minerva Medicolegale 1996; 116: 269-280.
- 51) IORIO M., PASTENA M., OLIVIERO P. E COLL.: «Recenti acquisizioni in tema di epatite virale C. Legge 210/92». Minerva Medicolegale, 1996; 116: 269-80.
- 52) ISHARK: «Nuova classificazione». 1994, Modern Path, 7, 694.
- 53) KAPLAN M.M.: «Valutazione delle malattie epatobiliari». Stein J.H.: Medicina interna. Dogma Italia s.r.l. per Ed. Mosby-Year Book inc. Milano, 1995.
- 54) KOFF R.S.: «Viral hepatitis». Schiff L., Schiff E.R. Disease of the liver. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1993.
- 55) LUVOLONI R., MANGILI F., BERNARDI L.: «Guida alla valutazione medico-legale dell'invalidità permanente». Giuffrè ed., Milano 1990.
- 56) LUVONI R., MANGILI F., BERNARDI L.: «Guida alla valutazione medico-legale del danno biologico e dell'invalidità permanente». Giuffrè ed., Milano 1995.
- 57) LUVONI R., MANGILI F., RONCHI E.: «Guida alla valutazione medico-legale dell'invalidità permanente da malattia dell'assicurazione privata». I edizione: Giuffrè Editore, 1992.
- 58) MAGNANIMI R.: «Epatiti virali croniche». I Edizione, Bologna: Ideagrafica Editrice, 1996: 48-50.
- 59) MANCINI C., FILANDRO F.: «Evoluzione dei test sierologici nella diagnosi di infezione da HCV». Recenti progressi in medicina, 1994; 25: 1-8.
- 60) MELENNEC L.: «Evaluation du handicap e du dommage corporel». Masson, Parigi, 1991.
- 61) MIZOGUCHI N., OHBA K., TOHNAI M., YAMANAKA H., ET AL.: «Hepatitis C virus serotype II responds more favorably to interferon-alpha therapy». Hepatology 1994; 21: 130-132.

- 62) NORELLI G.A., MENCARELLI A.: «*Invalità civile e trapianti d'organi*». Baldini A., Saviozzi M.L., Bellettini P. e coll. Atti del Convegno Nazionale di Medicina Legale: Trapianti d'organo e invalidità. 1991: 63-78. Punta Ala.
- 63) OLIVERO P., PASTENA M., VALOBRA M., CIMINO T.: «*L'epatite virale C nella assicurazione volontaria contro le malattie. Problemi di valutazione e di indennizzabilità*». Jura Medica 1996; 3: 375-401.
- 64) OREL L.: «*Dei criteri della prova e di valutazione del danno permanente per disfunzione epatica*». Atti delle Giornate Medico-legali SIMLA. Trieste, 1952.
- 65) PASTENA M., AVOLIO G., OLIVERO P., MASCARO V.: «*La valutazione dei pazienti sottoposti a trapianto di fegato. Aspetti generali e problemi medicolegali*». Minerva medicolegale, 1999; 11: 25-34.
- 66) PASTENA M.: «*La valutazione medicolegale del trapianto di fegato. Problematiche di valutazione nei diversi ambiti e proposta valutativa in tema di invalidità pensionabile*». Rass. Med. Leg. Prev., 1999; 1: 9.
- 67) PASTENA M.: «*Valutazione medico legale dell'epatopatia cronica da virus epatite C a sensi della legge 222/84*». Minerva Medicolegale, 1997; 117: 1-10.
- 68) PELLEGRINI R.: «*Trattato di medicina legale e delle assicurazioni*». CEDAM, Padova, 1972.
- 69) PIAZZA M.: «*Epatite virale acuta e cronica*». IV edizione. Milano: Ed. Ghedini, 1994.
- 70) PICCIOTTO A.: «*La diagnostica delle epatiti croniche*». Forum Service, Genova, 1995.
- 71) PONTISSO P., RUVOLETTI M.G., NICOLETTI M. ET AL.: «*Distribution of the three major hepatitis C virus genotypes in Italy. A multicenter study of 495 patients with chronic hepatitis C*». Journal of Viral Hepatitis, 1995; 2: 3-38.
- 72) POYNARD T., BEDOSSA P., OPOLON P. FOR THE OBSVIRC, METAVIR, CLINICAL VIR, AND DOSVIRC GROUPS.: «*Natural history of liver progression in patients with chronic hepatitis C*». Lancet 1997; 349: 825-32.
- 73) PUCCINI C.: «*Istituzioni di Medicina Legale*». 5° Ediz. Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1999.
- 74) ROSTAGNO C.L.T.C.: «*Criteri assuntivi di valutazione del sinistro. Ruolo del medico di compagnia*». Atti del XIX Congresso Nazionale Associazione Italiana di Medicina dell'Associazione Vita Malattia e Danni alla Persona. Torino, 1998.
- 75) SARACCO G., RIZZETTO M.: «*Terapia delle epatiti virali croniche*». Federazione Medica 1994; 7: 12-14.
- 76) SATA M., TOKESHI S., NAKANO H., MAYLA Y. ET AL.: «*Clinical study on the relationship between hepatocellular carcinoma and hepatitis C virus infection in patient with chronic liver disease*». Risho Byori, 1992; 40 (9): 929-34.
- 77) SCALTAARIS U., DELLO RUSSO P.: «*Legge 210/92 e genotipi dell'HCV*». Riv. Ital. Med. Leg. 1999; XXI: 1233.
- 78) SCORRETTI C.: «*Handicap ed invalidità Civile*». Liviana Medicina, 1993; Padova.
- 79) SHIBATA T., SAKAHARA H., KAWAKAMI S., KONOSHI J.: «*Sonographic characteristics of recurrent hepatocellular carcinoma*». European Radiology 1996; 6: 443-447.
- 80) SIMMONDS P., ROSE K.A., GRAHAM S., CHAN S.W. ET AL.: «*Mapping of serotype-specific, immunodominant epitopes in the NS-4 region of hepatitis C virus (HCV): use of type specific peptides to serologically differentiate infections with HCV types 1, 2, and 3*. J. Clin. Microbiol. 1993; 6: 1493-1503.
- 81) TABONE M., SECRETO P., ERCOLE E., PERA A.: «*Titolo anticorpale anti-HCV core IgM: predittivo di risposta all'interferon, non correlato al genoma virale*». Edizioni MAF Servizi. Atti del Congresso Nazionale Congiunto di Patologia Digestiva. Torino, 1995: 560.
- 82) TEODORI U.: «*Trattato di Medicina Interna*». SEU, Roma, 1988.
- 83) UCHIDA T., SHIMOJIMA M., GOTOH K.: «*"Silent" hepatitis B mutant are responsible for no-A, non-B, non-C, non-D, non-E hepatitis*». Microbiol Immunol, 1994; 38 (4): 281-5.
- 84) UMANI RONCHI G.: «*La valutazione medico-legale della invalidità permanente*». Jura Medica, 1992; 11 (suppl. 2).
- 85) VACCHIANO G., QUAGLIARELLO R., PAGLIUSO P.: «*Ipotesi di valutazione percentuale della riduzione della capacità di lavoro da patologia dell'apparato digerente*». Atti delle Giornate su "Revisione della disciplina dell'invalidità pensionabile: primi contributi alla luce di precedenti esperienze". Edilmecca, Napoli, 1984.
- 86) VERME G.: «*Infezione e malattia da HBV*». SIMAD 1992.
- 87) VERME G.: «*L'epatite cronica: un capitolo da descrivere*». Atti del Congresso Nazionale SIGE, Catania 1991.
- 88) VINCI F., DELL'ERBA A., FALAMINGO R.: «*Infezione da HCV. Revisione della valutazione medico legale delle epatopatie croniche*». Jura Medica, 1997; 51-66.
- 89) WOOD G., FLEMING D.: «*Modalità assuntive per la garanzia Long Term Care*». Atti del XIX Congresso Nazionale Associazione Italiana di Medicina dell'Associazione Vita Malattia e Danni alla Persona. Torino, 1998.
- 90) YOSHIBA M., OKAMOTO H., MISHIRO S.: «*Detection of the GBV-C hepatitis virus genome in serum for patients with fulminant hepatitis of unknown aetiology*». Lancet, 1995; 346: 1131-2.
- 91) ZOLI M., MALAGROTTI D., BIANCHI G., GUELI C., MARCHESINI G., PISI E.: «*Efficacy of surveillance program for early detection of hepatocellular carcinoma*». Cancer, 1996; 78: 977-985.
- 92) ZUCKERMAN A.J.: «*The New GB hepatitis viruses*». Lancet, 1995; 345: 1453-4.

Beta talassemie

Vincenzo MORANA
Dirigente medico-legale 1° livello
Sede INPS - Palermo

DEFINIZIONE E STORIA

Dal complesso di anemie splenomegaliche che andavano sotto il nome di anemia pseudo leucemica infantum (Jacksch , Hayem, Luzet, 1889-1891), Cooley e Lee nel 1925 distinsero una forma di grave anemia ad esordio nella precoce infanzia e associata a splenomegalia e ad alterazioni ossee.

Contemporaneamente Rietti a Ferrara descrisse un ittero emolitico a resistenze globulari aumentate, ed analoghe osservazioni furono compiute da Greppi (1928) e Micheli (1935).

La condizione fu più tardi chiamata *talassemia* dal greco “il mare”, dal momento che i primi casi erano tutti di provenienza mediterranea. Fu solo dopo il 1940 che divenne chiara la natura genetica di questa malattia.

Fu chiarito come la malattia descritta da Cooley e Lee fosse determinata dallo stato di omozigosi per un gene autosomico parzialmente dominante, che nello stato di eterozigosi causa una forma ematologica molto più lieve.

La condizione omozigote grave fu etichettata come *talassemia major*, mentre gli stati di eterozigosi furono designati, a seconda della gravità del quadro clinico, con il termine *talassemia intermedia* che rappresenta la forma di gravità superiore alla *talassemia minor*, ma inferiore alla *talassemia major*.

Nel 1959 Ingram e Stretton prospettarono l'esistenza di almeno due tipi di talassemia: alfa e beta-talassemia.

La talassemia non è in realtà una singola malattia, ma un gruppo di disordini, ciascuno dei quali deriva da un'anomalia ereditaria della produzione emoglobinica. Queste condizioni formano parte dello spettro dei disordini noti collettivamente come *emoglobinopatie*.

EMOGLOBINA (Hb)

È un cromoproteide del peso molecolare di 64.458, composto da una proteina (la globina) + l'eme. La globina è formata da 4 catene polipeptidiche, due di tipo alfa, due di ti-

po beta. Ogni catena polipeptica è composta da una successione lineare di aminoacidi; le catene alfa ne contengono 141 e le catene beta 146.

Ad ogni catena polipeptica è legato un gruppo eme; ognuno di questi è formato da un anello tetrapirrolico che porta al centro un atomo di ferro bivalente. Questo stabilisce un legame labile con l'O₂ e perciò gioca un ruolo determinante nella respirazione. La funzione principale dell'eritrocito è quella di trasportare O₂ che si lega all'emoglobina (e precisamente all'eme) a livello dei polmoni e che viene ceduto a livello dei tessuti; qui l'emoglobina assume CO₂ (che si lega alla globina) e la trasporta ai polmoni dove viene scambiata con l'O₂.

Oltre alla emoglobina A formata da due catene alfa e da due beta che costituisce il 97% circa di tutta l'emoglobina di un individuo adulto normale, esistono altre emoglobine: l'emoglobina embrionaria di cui si distinguono due tipi: l'emoglobina Gower 1 e la Gower 2, l'emoglobina F (dall'iniziale della parola "fetale": composta da due catene alfa e da due catene gamma) e l'emoglobina A₂ composta da due catene alfa e da due catene delta che si riscontra in una piccola percentuale (1,5 - 3%) nella vita post-natale.

Come si vede tali emoglobine sono costituite tutte da 4 catene polipeptidiche uguali a 2 a 2; di esse 2 sono sempre di tipo alfa e le altre 2 differiscono per ogni tipo di emoglobina. Mentre la sintesi delle catene alfa è un fenomeno costante e praticamente uniforme, la sintesi delle altre catene si sussegue nel tempo; nei primi mesi, cioè nella vita embrionaria, insieme a quantità rapidamente decrescenti di emoglobina embrionaria, vi sono quantità crescenti di Hb F.

Questa costituisce il tipo di Hb prevalente in tutto il periodo fetale; la percentuale di Hb F comincia a diminuire negli ultimi mesi di vita intrauterina e poi rapidamente de-

crece nella vita extrauterina, mentre vanno aumentando le Hb A e Hb A₂; fra il 1° ed il 2° anno le proporzioni delle tre frazioni raggiungono quelle dell'adulto normale.

Le catene alfa si legano alle altre catene che sono disponibili, cioè nella vita fetale alle gamma formando Hb F e nella vita extrauterina alle beta formando Hb A e alle delta formando Hb A₂ (Figura 1).

ANOMALIE DELLA SINTESI E LORO CONSEGUENZE

Le anomalie possono essere caratterizzate da:

a) sintesi di emoglobine diverse da quelle normali per la sostituzione di un solo aminoacido in una catena (es. Hb S così chiamata dalla parola inglese "sickle" = falce). L'Hb S è costituita da due catene alfa e due catene beta; le catene beta differiscono da quelle della Hb A in quanto il 6° aminoacido della catena a partire dal terminale azotato, che nella Hb normale è costituito da acido glutammico, nella Hb S è costituito dalla valina.

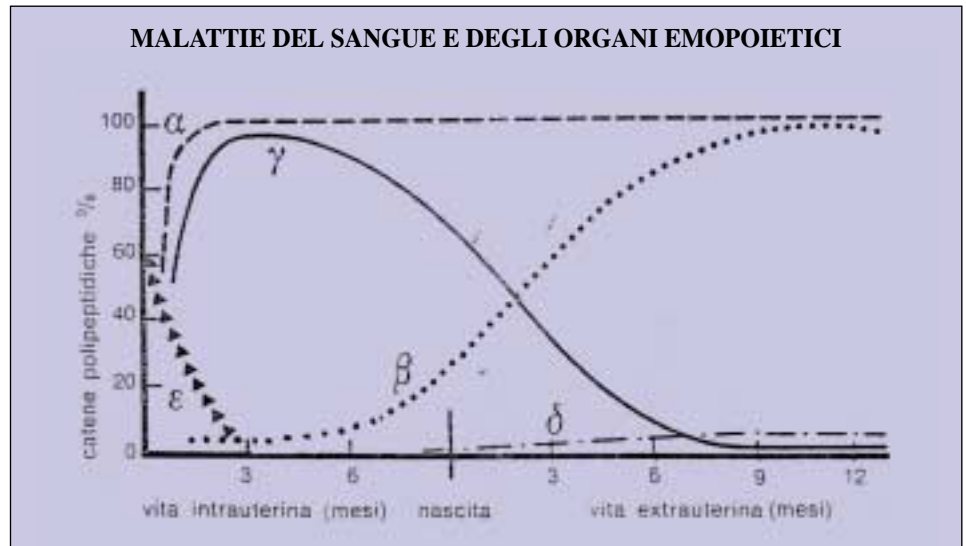
b) Sintesi quantitativamente ridotta di emoglobine normali (es. talassemia).

c) Sintesi di emoglobine normali in età in cui non dovrebbero essere sintetizzate (es. persistenza ereditaria di Hb F).

Non sempre la sintesi di emoglobine anomale è causa di malattia. Spesso le emoglobine anomale vengono scoperte per caso in individui del tutto sani.

La trasmissione ereditaria dei geni riguardanti la sintesi emoglobinica avviene secondo le classiche regole mendeliane. Essi si trasmettono come caratteri autosomici semi-dominanti. Così nel caso dell'unione di un portatore eterozigote con un sano, vi saranno il 50% dei figli portatori eterozigoti ed il 50% normali.

*FIGURA 1 - Proporzione delle varie catene polipeptidiche della Hb nella vita intrauterina e nel 1° anno di vita extrauterina
Trattato di Pediatria Prof. Michele Gerbasi*



Nel caso di due genitori entrambi portatori vi saranno 25% di figli omozigoti per l'anomalia, 50% portatori eterozigoti, 25% normali.

GENERALITÀ SULLE ANEMIE EMOLITICHE

Anemie emolitiche sono quelle anemie nelle quali l'accorciamento della vita dei globuli rossi costituisce il fatto fondamentale e preminente, per esaltazione dei fenomeni di emolisi. Non sempre però l'accorciamento di vita del globulo rosso determina anemia. In risposta ad una ridotta sopravvivenza eritrocitaria, il midollo aumenta la sua capacità eritropoietica fino a 6-8 volte il normale.

Quindi perché si determini anemia occorre che la distruzione di globuli superi la capacità riparativa midollare, cioè che la sopravvivenza eritrocitaria si riduca a meno di 15-20 giorni. Difatti la vita media degli eritrociti, calcolata con vari metodi, risulta nell'adulto compresa tra i 113 e 124 giorni.

L'aumento dell'emolisi determina in genere due ordini di fenomeni oltre l'anemia.

Fenomeni dovuti ai prodotti della distruzione cellulare

L'iperbilirubinemia (bilirubina a reazione indiretta) raggiunge valori di 1-3 mg%, raramente valori superiori, poiché il fegato riesce a coniugare e smaltire la bilirubina prodotta in eccesso. Clinicamente si avrà subittero, soprattutto evidente alle sclere. Se il processo emolitico è cronico, dopo alcuni anni possono formarsi calcoli nelle vie biliari.

In conseguenza della iperdistruzione di emoglobina, vi è anche ipersideremia con alto indice di saturazione della transferrina.

Fenomeni connessi con la rigenerazione midollare

Alla aumentata distruzione il midollo risponde con una maggiore produzione di eritrociti. Vi è iperplasia degli eritroblasti in tutte le fasi dello sviluppo.

La iperplasia del midollo eritroblastico può essere così grande e protratta da determinare alterazioni ossee. I reticolociti nel sangue peri-

ferico aumentano in misura variabile (dal 10 al 50%).

La milza aumenta di volume in genere tanto più quanto l'anemia è cronica.

GENETICA DI POPOLAZIONI

Le beta talassemie sono ampiamente distribuite nelle popolazioni dell'area Mediterranea, nel Medio Oriente, in parte dell'India e del Pakistan e in tutto il Sud-Est Asiatico. La malattia è anche incontrata con frequenza nelle parti sud-orientali della Russia ed in Cina.

Le beta talassemie sono molto meno comuni in Africa, se si eccettuano alcune zone isolate dell'Africa Occidentale. Occorre tener presente, tuttavia, che la beta talassemia è rinvenuta sporadicamente in tutti i gruppi razziali.

In Italia le zone di maggior incidenza sono la zona del delta del Po, la Sardegna, la Sicilia e l'Italia me-

ridionale. In queste regioni i portatori raggiungono cifre che superano spesso il 10% ed in Sardegna anche il 20% della popolazione.

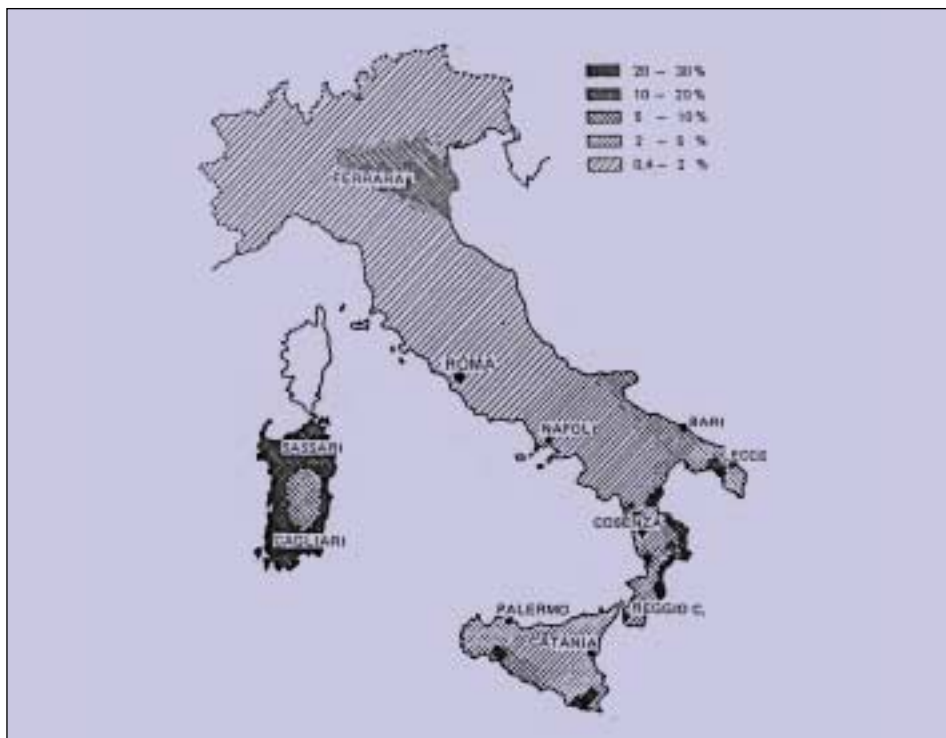
Negli anni 60 il massiccio fenomeno dell'emigrazione interna dal sud verso il nord ha fatto notevolmente aumentare l'incidenza anche in zone (Piemonte - Lombardia) in cui prima la talassemia era sconosciuta.

In Sicilia vi sono attualmente più di 400.000 portatori sani e più di 1.200 pazienti talassemici (Figura 2).

Poiché la distribuzione geografica coincide con quella della malaria, si è pensato che, come per la drepanocitosi "anemia falciforme", anche per la talassemia vi fosse una sorta di vantaggio dei portatori rispetto ai normali nei confronti della malattia.

Studi effettuati in Sardegna, hanno mostrato come l'incidenza della beta talassemia sia minore nelle regioni montagnose, ove la trasmissione della malaria è minore, indicando quindi come la frequenza della ta-

FIGURA 2 - Distribuzione e frequenza della talassemia in Italia (da Silvestroni)



lassemia potesse essere determinata dalla protezione nei confronti dell'infezione da plasmodio.

FISIOPATOLOGIA

Le caratteristiche fisiopatologiche delle talassemie derivano principalmente dalla sbilanciata sintesi di catene globiniche. Nelle beta talassemie, le sole che in Italia per incidenza e gravità rappresentano un importante problema sociale, si ha il blocco totale o parziale della sintesi di beta catene. Alla riduzione della sintesi di catene beta non corrisponde mai un'adeguata produzione compensatoria di catene gamma e delta.

Ciò comporta la diminuzione della produzione totale di emoglobina, ma soprattutto un eccesso relativo di alfa catene, che non trovando *catene partners* (beta, gamma, delta) in quantità sufficiente, precipitano negli eritroblasti (Figura 3).

I risultanti corpi inclusi possono essere dimostrabili sia al microscopio ottico che elettronico. Queste ampie inclusioni cellulari sono responsabili della distruzione intramidollare dei precursori eritrocitari e dell'eritropoiesi inefficace che caratterizza gli stati talassemici. Nei casi gravi la maggior parte degli eritroblasti muoiono precocemente a livel-

lo midollare. Le emazie che vanno in circolo, contenenti i corpi inclusi (inerenti appunto ad eccessi di alfa catene che precipitano), vengono in parte trattenute dalla milza con asportazione dei corpi inclusi: in questo processo l'emazia viene danneggiata e questo rende ragione della marcata aniso e poichilocitosi "rispettivamente eccessiva varietà di diametri e di forma" che si osserva e della ridotta sopravvivenza eritrocitaria (emolisi periferica). Anche i soggetti affetti da beta talassemia eterozigote presentano uno sbilanciamento della sintesi delle catene globiniche ma l'eccesso delle catene alfa è modesto. Ciò nonostante, anche in questa condizione vi è un modesto grado di eritropoiesi inefficace.

L'anemia della beta talassemia presenta tre componenti principali: 1) la più importante, l'eritropoiesi inefficace; 2) l'emolisi delle emazie circolanti contenenti inclusi alfa globinici; 3) la riduzione della sintesi emoglobinica, con formazione di emazie ipocromiche e microcitarie (Figura 4).

CARATTERISTICHE CLINICHE E DI LABORATORIO

L'espressione clinica ed amatoologica delle beta talassemie è varia, andando dalla condizione di eterozigote

FIGURA 3 - Rappresentazione schematica della fisiopatologia della beta talassemia (da S.L. Thein: beta thalassemia. in the haemoglobinopathies, D.R. Higgs e D.J. Weatherall (a cura di), Baillière's-Clinical Haematology 6 (1):164, 1993

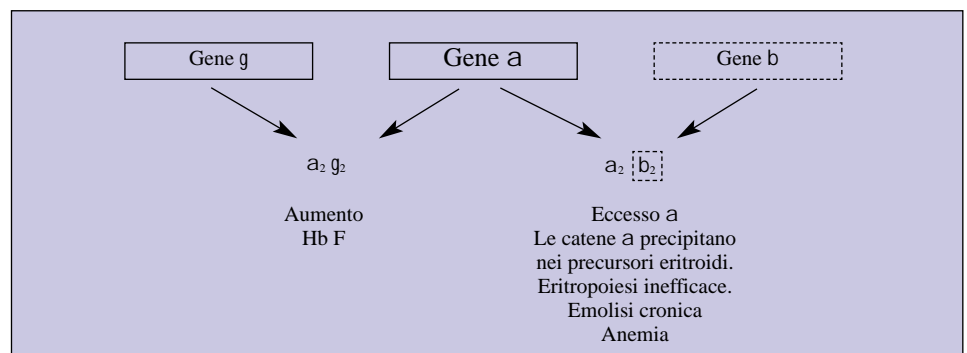
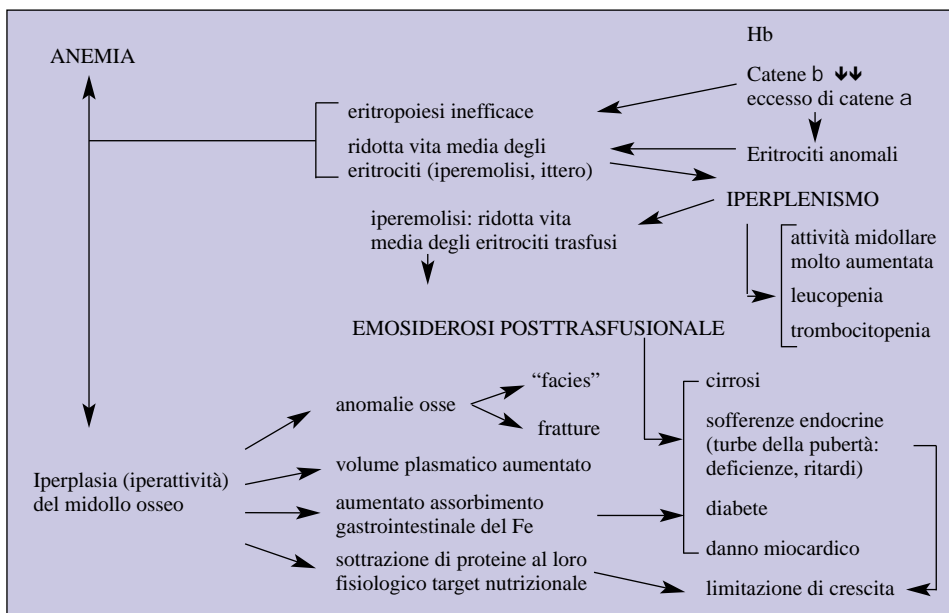


FIGURA 4 - Sintesi della fisiopatologia della beta talassemia major
(da Modell e Berdoukas, modificata)



cl clinicamente asintomatico (oggi definita *talassemia minor*; un tempo chiamata talassemia minima o *trait talassemico*) alla *talassemia intermedia* (che un tempo veniva chiamata malattia di Rietti - Greppi - Micheli), alla grave forma omozigote o *talassemia major* o *malattia di Cooley*.

Una microcitosi "eritrociti con diametro inferiore a 6,5 micron" ed una loro iperesistenza alle soluzioni saline ipotoniche erano, classicamente, considerate i marcatori unificanti sul piano fisiopatologico delle tre forme. La *familiarità* talassemica ne è un altro marcatore.

La condizione di *talassemia minor* è caratterizzata da microcitosi "il diametro globulare medio del globulo rosso è nell'adulto di 7,5 micron", discreta ipocromia "definisce la minore concentrazione emoglobinica del globulo rosso il quale appare col suo centro scolorato alquanto più esteso"; aniso e poichilocitosi; la sopravvivenza eritrocitaria è modestamente diminuita e l'emolisi, di solito, subclinica può rendersi clinicamente evidente in concomitanza di eventi scatenanti, quali infe-

zioni, gravidanza, carenza di ferro o acido folico.

Il riconoscimento di tale condizione che è, come abbiamo detto sopra, asintomatica, si basa sull'esecuzione di esami di laboratorio di *screening* che rivelano oltre alla microcitosi, anche un aumento dell'Hb A₂ (3,5-8%) e talvolta dell'HbF (1-5%); la condizione di *portatore silente* si riferisce al soggetto eterozigote per una mutazione genica ad espressione clinica talmente lieve da non comportare alcuna alterazione ematologica e pertanto riconoscibile soltanto con analisi del DNA.

Nella *talassemia major*, la diagnosi viene di solito posta tra i 6 mesi e 2 anni, quando la produzione di HbF diminuisce e, essendo la sintesi delle catene beta ridotta o addirittura assente, l'emoglobina non può essere sintetizzata in quantità tale da assicurare al soggetto un adeguato patrimonio emoglobinico. La presentazione clinica tipica consiste in pallore, subittero alle sclere, ritardo dell'accrescimento e aumento di volume dell'addome. Caratteristica è la *facies*: la conformazione del naso (naso camu-

so), la obliquità verso l'interno e il basso della rima palpebrale, frequentemente con epicanto, costituiscono caratteri che danno l'aspetto "orientaloide" agli ammalati. Le alterazioni scheletriche sono visibili clinicamente al cranio, che si presenta in genere aumentato di volume. La prominenza del frontale e del mascellare superiore conferisce a volte l'aspetto "negroide". La milza è aumentata di volume e di consistenza.

L'ingrandimento di milza può essere modesto, specie nella prima infanzia, o notevole, potendo raggiungere in basso il livello della spina iliaca anteriore superiore.

Anche il fegato è di solito aumentato di volume. Il notevole ingrandimento degli organi ipocondriaci determina l'aumento di volume dell'addome.

Oltre l'età puberale si osserva anche uno scarso sviluppo dei caratteri sessuali. L'aria cardiaca risulta clinicamente ingrandita ed in genere si apprezza un soffio anemico.

Con il passare del tempo la cute può assumere una sfumatura brunastra o bronzina.

L'anemia è sempre marcata. I globuli rossi variano in genere fra 1 e 3 milioni/mmc, l'emoglobina è sempre diminuita in misura maggiore; valori di 3-8 g% sono abituali; diminuiti sono pure il valore di ematocrito, il diametro eritrocitario (5-7 micron) ed il volume globulare (m³ 50-70); l'anemia è quindi ipocromica e microcitica.

Nello striscio di sangue si mette in evidenza la straordinaria variabilità di forma, dimensioni e tingibilità dei globuli rossi, e poi microciti fino a frammenti eritrocitari (schistociti); le forme più strane: a bastoncino, a pera, ovalociti, a bersaglio; ipocromia spiccata; lo spessore del globulo rosso è alquanto diminuito, ciò che è stato considerato tanto caratteristico che è stato proposto per la talassemia anche il termine di "leptocitosi ereditaria" (Figura 5).

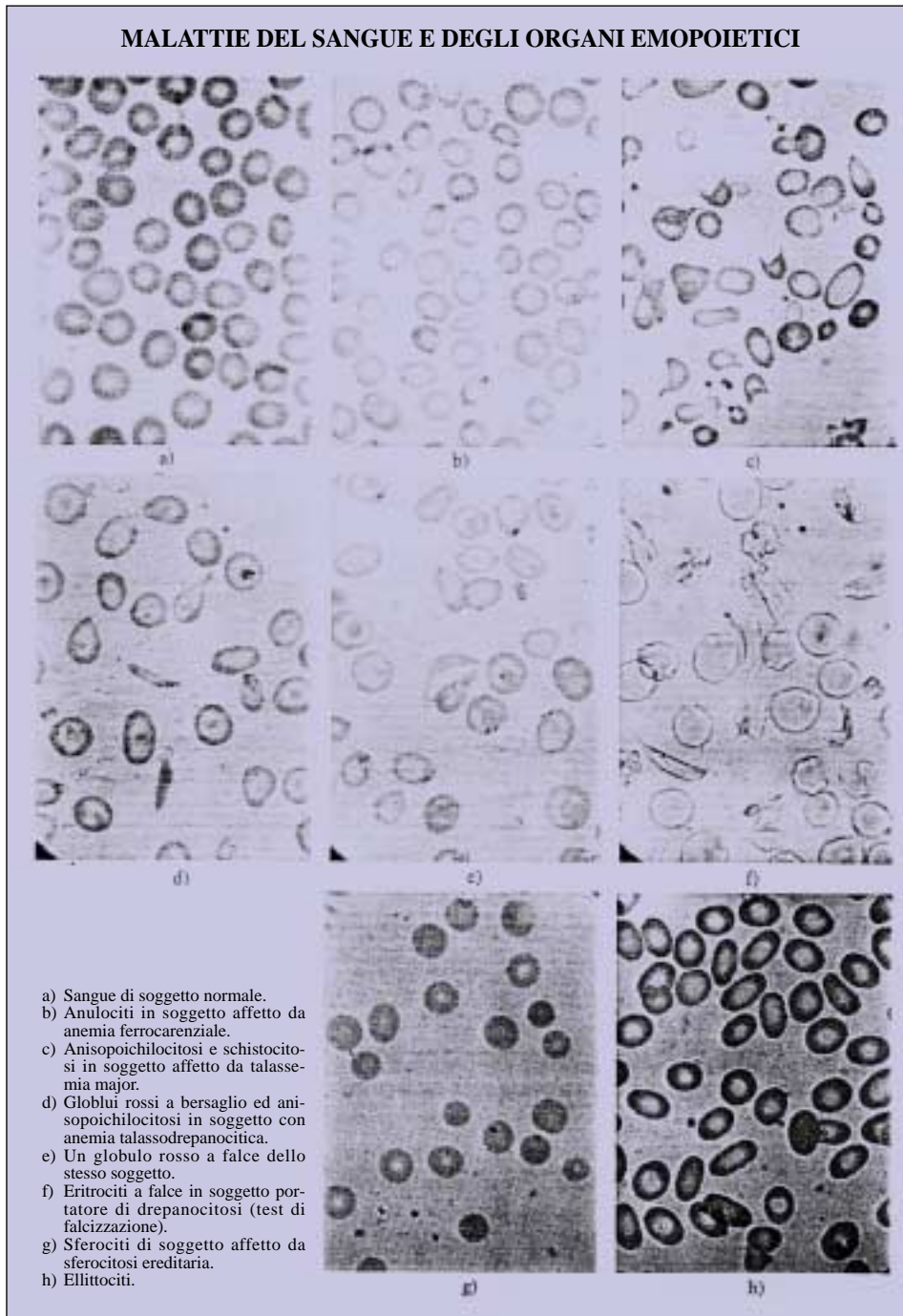
I reticolociti sono aumentati ma non in maniera proporzionale alla anemia. Eritroblasti in maggioranza ortocromatici e policromatofili, a volte anche basofili, sono presenti in varia misura, in genere più numerosi nella forma ad inizio precoce. Le resistenze osmotiche sono caratteristicamente aumentate. Si trovano inclusioni eritrocitarie del tipo dei corpi di Heinz "segno della imminente distruzione del globulo rosso". La bilirubina a reazione indiretta è sempre aumentata così come il bilinogeno fecale ed urinario. Nel midollo vi è una notevole iperplasia della serie eritroblastica con prevalenza delle forme meno mature. All'elettroforesi dell'Hb, presenza di HbF (20-100%), HbA₂ (2-7%) con HbA assente o, al più, presente in percentuali basse. L'HbF si può dosare sfruttando la sua caratteristica alcali-resistenza e l'Hb A₂ mediante microcromatografia, o entrambe queste frazioni, insieme alle altre frazioni e ad altre eventuali emoglobine anomale, possono essere dosate con precisione mediante cromatografia liquida ad alta *performance* (HPLC/ *High Performance Liquid Chromatography*).

La diagnosi di talassemia major trova abitualmente riscontro nel reperto della condizione di eterozigote in entrambi i genitori.

Le altre manifestazioni cliniche della malattia secondo la "sua storia naturale" compaiono più tardivamente e sono costituite dagli effetti del sovraccarico marziale. L'accumulo del ferro nell'organismo si realizza per l'aumento dell'assorbimento intestinale di ferro, conseguenza a sua volta dell'eritropoiesi inefficace, e per il cospicuo carico di ferro che comportano le trasfusioni (cardine del protocollo terapeutico).

Per valutare la quantità di ferro di deposito è molto utile il dosaggio della ferritina sierica, che in assenza di insufficienza cardiaca congestizia e di epatite, è un indice fedele della quantità di ferro presente nell'orga-

*FIGURA 5 - Trattato di Pediatria
Prof. Michele Gerbasi, Vol. III*



nismo. Il ferro si deposita nei vari organi causandone significative disfunzioni. Le manifestazioni cliniche più frequenti sono: epatopatia cronica con evoluzione in fibrosi e cirrosi, cardiopatia caratterizzata da dilata-

zione delle cavità cardiache e turbe della conduzione che evolvono verso l'insufficienza cardiaca congestizia; lo scompenso cardiaco refrattario e gravi aritmie (soprattutto ventricolari) rappresentano la più frequente

causa di morte nel paziente talassemico. L'insufficienza di varie ghiandole endocrine comporta un ritardo dell'accrescimento staturale (che può comparire nella seconda decade di vita e si accompagna per lo più a ritardo puberale), diabete mellito che evolve verso l'insulinodipendenza a causa della deplezione delle cellule beta del pancreas, ipotiroidismo subclinico, svelabile dalla presenza di alti livelli di TSH.

Grazie ai moderni protocolli terapeutici volti, tra l'altro a prevenire l'accumulo di ferro, l'incidenza di tutte queste manifestazioni così come le alterazioni ossee conseguenti all'espansione midollare sono notevolmente diminuiti con il risultato di una sopravvivenza allungata e di una qualità di vita nettamente migliorata.

TALASSEMIA INTERMEDIA

Comprende diverse condizioni genetiche che, come denominatore comune, hanno il comportamento clinico intermedio tra la talassemia major, trasfusione dipendente, e la talassemia minor, asintomatica.

Il termine di talassemia intermedia viene infatti usato per definire quei soggetti che sono in grado di mantenere la propria emoglobina tra 7 e 10 g/dl e che hanno un accrescimento soddisfacente, senza o con occasionale terapia trasfusionale.

Le caratteristiche cliniche consistono in subittero, epato e/o splenomegalia, modica o discreta anemia, che si può aggravare in concomitanza di carenza di acido folico o vitamina B12 o di eventi stressanti. Non sono infrequenti, soprattutto nell'adulto, la calcolosi della colecisti e le ulcere malleolari. Spesso si può realizzare una condizione di ipersplenismo (con conseguente peggioramento dell'anemia) che costituisce un'indicazione alla splenectomia.

Il rischio di sovraccarico marziale è consistente, dato che i soggetti affet-

ti da talassemia intermedia hanno un aumento dell'assorbimento intestinale di ferro, anche se di solito si manifesta tardivamente (sui 40-50 anni).

PREVENZIONE E TERAPIA

Nelle parti del mondo ove l'incidenza è alta, il trattamento della talassemia grava notevolmente sui bilanci sanitari. Vi sono due modi per la prevenzione efficace delle varie forme di talassemia. Il primo prevede la consulenza genetica prospettica, vale a dire lo *screening* di tutta la popolazione in età scolare e l'informazione dei portatori relativamente ai rischi di un matrimonio con un altro soggetto portatore. Dal momento che questo approccio non sembra comunque applicabile in molte popolazioni, vi è un notevole interesse per lo sviluppo di programmi di diagnosi prenatale.

La diagnosi prenatale per la prevenzione della talassemia comporta lo *screening* di madri alla loro prima visita in gravidanza, lo *screening* dei padri nei casi la madre sia una portatrice di trait talassemico, la possibilità di una diagnosi prenatale sul feto che viene effettuata mediante analisi del DNA estratto dai villi coriali intorno alla decima settimana gravidanza.

La guarigione dalla malattia dipende da quante risorse finanziarie si riusciranno a concentrare in questo settore. Mentre è possibile conoscere se si è portatori sani della malattia con un semplice esame di sangue, non è ancora possibile guarire dalla stessa, anche se i progressi effettuati nella terapia convenzionale hanno incrementato di molto la sopravvivenza. La guarigione definitiva sia dei pazienti già nati sia di quelli che devono ancora nascere è l'ambizioso obiettivo delle tante associazioni che concentrano i loro sforzi nella raccolta dei fondi per aiutare la ricerca scientifica.

La talassemia è una malattia delle zone economicamente meno sviluppate (area del Mediterraneo, Sud-Est Asiatico); anche se la massiccia immigrazione dalle aree povere del pianeta verso i paesi più ricchi sta cambiando radicalmente la epidemiologia e l'incidenza dei disordini dell'emoglobina.

I pazienti talassemici costituiscono una minoranza rispetto ai soggetti con tumori o malattie cardiovascolari: tutto questo non favorisce l'interesse delle grosse compagnie farmaceutiche o di biotecnologie. Per tale motivo le talassemie sono da considerarsi delle malattie "orfane".

TERAPIA TRADIZIONALE

La terapia della talassemia major mira ad assicurare un conveniente livello di emoglobina mediante un congruo regime trasfusionale. Sono stati proposti diversi regimi trasfusionali, allo stato attuale quelli più usati si propongono di non far scendere il livello di emoglobina sotto i 9-9,5 g/dl, in modo da contenere il più possibile il carico trasfusionale, mantenendo nel contempo livelli accettabili di soppressione del midollo eritroide.

L'accumulo di ferro rimane nel talassemico, pur ben curato, il problema più grave. Per il trattamento si impegna la deferoxamina per via sottocutanea mediante infusione lenta (con appositi infusori a siringa, portatili).

Le dosi giornaliere di deferoxamina non vanno aumentate oltre i 70 mg/Kg, per la dimostrata tossicità del farmaco a livello renale, polmonare, retinico e del nervo acustico che può portare a cecità (in parte reversibile) e a grave ipoacusia. Alla terapia chelante va associata la vitamina C (100 mg/die per os), che è in grado di "rimuovere" il ferro dai depositi e renderlo disponibile ad essere chelato dalla deferoxamina.

L'esigenza di procedere a splenectomia precoce è attualmente eve-

nienza molto più rara che in passato perché i regimi ipertrasfusionali ritardano di molto l'insorgenza di splenomegalia e ipersplenismo.

Il trapianto di midollo osseo, in grado di offrire una terapia risolutiva, è oggi una realtà disponibile per molti pazienti (con fratello HLA-identico), con una percentuale di successo superiore al 90% nei pazienti giovani e senza disfunzione d'organo. Tra le terapie alternative vanno ricordati gli antiossidanti e l'uso di farmaci che incrementando la sintesi di catene gamma, fanno aumentare la produzione di HbF, "idrossiurea, butirrati, eritropoietina, emina".

Nella talassemia intermedia, in genere le trasfusioni non sono necessarie, se non in rapporto a marcate alterazioni ossee, ad esacerbazioni della sintomatologia o ad ipersplenismo. L'eventualità di somministrare terapia ferro-chelante deve essere valutata caso per caso in base ai depositi marziali nell'organismo.

La splenectomia va considerata nei casi in cui un ipersplenismo comporti la dipendenza dalle trasfusioni.

PROGETTO DI TERAPIA GENICA

Ha come finalità la messa a punto di un vettore adeguato 'utilizzo sia di vettori virali che di altro tipo' che correggendo il difetto genetico riesca a far esprimere il gene dell'emoglobina in maniera sufficiente per poter ridurre o abolire le trasfusioni nelle emoglobinopatie (talassemia o anemia mediterranea - drepanocitosi - talassodrepanocitosi - etc.).

PROGETTO DI TRAPIANTO IN UTERO

Il Karolinska Hospital di Stoccolma e l'Istituto di Patologia Generale dell'Università di Palermo, hanno evidenziato che uno dei principali ostacoli alla riuscita del trapianto in "utero" è determinato dalla presenza

di una risposta immune nel feto già dalla tredicesima settimana di gravidanza.

I passi successivi saranno quelli di valutare se una lieve terapia immunosoppressiva nella madre potrà modificare il tipo di risposta fetale alla inoculazione di midollo osseo di altro donatore.

CONSIDERAZIONI MEDICO LEGALI

Nelle tabelle indicative (D. M. 25 Luglio 1980) delle percentuali d'invalidità civile antecedenti l'approvazione delle nuove tabelle del D. Min. Sanità del 05.02.1992, al gruppo di infermità interessanti gli Organi emopoietici si assegnava una percentuale di invalidità del: 91% - 100% per le gravi malattie degli organi emopoietici e del sistema immunitario tali da provocare la totale o pressoché totale invalidità al lavoro.

Nelle nuove tabelle (D.M. 05.02.92) che hanno il merito rispetto alle precedenti di colmare in parte ad una carenza puntualità e precisione nelle definizioni nosologiche di molte infermità, al Morbo di Cooley viene riconosciuta una percentuale fissa di riduzione della capacità lavorativa del 90%.

Il riconoscimento di invalido civile non viene attribuito soltanto a persone in età lavorativa ma si estende anche ai minori (< 18 anni) e gli anziani (> 65 anni), ai quali le infermità non riducono la capacità di lavoro ma creano difficoltà a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età. Per i soggetti minori, che evidentemente hanno delle capacità lavorative ancora allo stato potenziale, andranno valutate le attività ludiche, sportive, ricreative, quelle relazionali con altri coetanei e naturalmente l'attività scolastica. L'indennità mensile di frequenza, potrà essere concessa nei casi più gravi di talassemia intermedia "necessità anche occasionale di terapia trasfusionale" e nella stragrande maggioranza dei casi di talassemia major. In rari

casi di gravissimi scompensi d'organo "determinati dall'accumulo di ferro" andrà valutato anche nei minori affetti da talassemia major la possibile concessione dell'indennità d'accompagnamento (art. 1 L. 18/80 modificato dalla L. 508/88). Per quanto attiene la valutazione medico legale ex art. 1-2 Legge 222/84 riguardante soggetti affetti da M. di Cooley, va ricordato che grazie ai moderni protocolli terapeutici volti tra l'altro, a prevenire l'accumulo di ferro, l'incidenza delle manifestazioni più gravi della beta talassemia major sono notevolmente diminuiti, e in ogni caso si manifestano in età più avanzata. Per cui, sono sempre più frequenti i casi di soggetti affetti da Morbo di Cooley che dopo aver iniziato un'attività lavorativa non necessariamente usurante, raggiunto il requisito contributivo e in rapporto ad una evoluzione peggiorativa della malattia, richiedano all'I.N.P.S. il riconoscimento della pensione d'inabilità o in subordine dell'assegno d'invalidità. In tutti questi casi andrà valutato che l'emosiderosi rimane nel talassemico, pur ben curato, il problema più grave. È evidente che nei casi più gravi in cui il sovraccarico di ferro ha determinato gravi patologie "scompenso cardiaco congestizio, aritmie, cirrosi epatica, diabete mellito insulino dipendente" spesso coesistenti tra loro, si dovrà valutare attentamente il possibile riconoscimento della assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa e l'eventuale accoglimento dell'indennità d'accompagnamento (Art. 5 Legge 12 giugno 1984, n. 222).

In tutti gli altri casi, in cui l'emosiderosi non ha ancora dato gravi manifestazioni cliniche va considerato che difficilmente un soggetto adulto affetto da talassemia major anche impegnato in attività lavorative leggere, non raggiunga una riduzione della capacità lavorativa in occupazioni confacenti alle sue attitudini superiori ai 2/3.

Per i soggetti affetti da talassemia intermedia andrà valutato il grado di anemia presentato (percentuale di emoglobina), la necessità o meno di una occasionale terapia trasfusionale, la presenza piuttosto frequente nell'adulto di ulcere malleolari, le eventuali alterazioni scheletriche. Soprattutto non va dimenticato che nei soggetti affetti da talassemia intermedia non è da trascurare il rischio di sovraccarico marziale, in quanto presentano verso i 40-50 anni un notevole aumento dell'assorbimento intestinale di ferro. In questi casi, in rapporto alla attività lavorativa eventualmente espletata e alle condizioni cliniche presentate, si valuterà al solo fine della concessione dell'assegno di invalidità, la riduzione della capacità lavorativa in occupazioni confacenti le sue attitudini.

Nella valutazione medico legale, tra le altre complicità legate alla terapia trasfusionale, andranno considerate le possibili trasmissioni di agenti infettivi (epatite B, epatite C, HIV, malaria, ecc.); il rischio diventa ogni giorno più basso grazie alle sempre più accurate misure di *screening* dei donatori, ma rimane pur sempre consistente, dato l'alto numero di trasfusioni che i pazienti ricevono nella loro vita.

RIASSUNTO

L'Autore percorre un lungo ed esaustivo viaggio nella storia, nella genetica, nella distribuzione geografica, nella fisiopatologia e nella clinica di un gruppo di emoglobinopatie molto diffuso nell'area del Mediterraneo "le beta talassemie".

Vengono analizzati con dovizie di particolari i progressi della terapia tradizionale con le favorevoli ripercussioni sulla qualità e sulla durata di vita dei soggetti talassemici.

Sono sempre meno frequenti i casi di bambini affetti da morbo

di Cooley che presentano un quadro clinico particolarmente severo: anemie severe, aumentata suscettibilità alle infezioni (che spesso rappresentavano una comune causa di morte), fratture spontanee conseguenti all'espansione midollare, enormi splenomegalie con leucopenia e piastrinopenia, formazioni di masse axtramidollari (che potevano causare gravi problemi neurologici).

Verso la fine della seconda decade di vita, se la morte non sopraggiungeva prima, comparivano i primi segni cardiologici di sovraccarico marziale; delle severe aritmie o uno scompenso cardiocircolatorio intrattabile rappresentavano frequentemente la causa di morte durante la terza decade di vita.

Rispetto a questo triste e un tempo ineluttabile percorso della malattia, l'autore guarda ai traguardi futuri e concentra la sua attenzione sulle nuove frontiere della terapia che si prefiggono "la meravigliosa idea" di guarire i malati già nati (potenziando la ricerca nel settore della terapia genica) e quelli che devono ancora nascere (rendendo possibile la continuazione della ricerca sul trapianto del midollo in utero).

Nel lavoro si avverte una forte attenzione sia nei confronti delle questioni finanziarie (per es. raccolta ed utilizzo di fondi per favorire la creazione di una compagnia di biotecnologia che si occupi di sviluppare la ricerca nel settore delle talassemie) sia per la sensibilizzazione dell'opinione pubblica per diffondere la conoscenza di queste patologie attraverso le scuole e l'associazionismo.

Tutti elementi che si dimostrano sempre più spesso armi essenziali nell'affrontare e sconfiggere le malattie più gravi e diffuse del nostro tempo.

L'Autore conclude con attente considerazioni sugli aspetti medico-legali di questo gruppo di pato-

logie, soprattutto ai fini del riconoscimento di prestazioni afferenti

l'invalidità civile e l'invalidità pensionabile ex Legge 222/84.

Bibliografia

- 1) Associazione per la ricerca "Piera Cutino" Onlus. Stampa a cura del Rotary Club di Alcamo (TP) 2110 Distretto Sicilia-Malta.
- 2) BAVDEKAR S.B., AHUJA P., VASWANI L.K., «Correlation of tomographic liver density with serum ferritin levels in mul with thalassemia major». Indian Pediatr. 1999, Apr. 7; 36(4): 383-385. No abs. Stract available.
- 3) BIANCO I., GRAZIANO B., CARBONI C.: «Genetic patterns in Thalassaemia intermedia (constitutional microcytic anemia)». Familial hematology and biosynthetic studies. Hum hered 27:257, 1977.
- 4) CHARACHE S., CLEGG J.B., WEATHERALL D.J.: «The negro variety of hereditary persistence of fetal haemoglobin is a mild form of thalassaemia». Br J Haematol 34:527, 1976.
- 5) COOLEY T.B., LEE P.: «A series of cases of splenomegaly in children with anemia and peculiar bone changes». Trans Am Pediatr Soc 37:29, 1925.
- 6) FAN S.T., LO C.M., LIU C.I., YONG B.H., CHAN J.K., NG I.O.: «Safety of donors in live donor liver transplantation using right lobe graft». Arch Surg. 2000 Mar; 135(3):336-40.
- 7) GERBASI M.: «Trattato di Pediatria». Volume Terzo, pag. 122-172.
- 8) KHAN S.N., RIAZZUDIN S., GALANELLO R.: «Identification of three rare beta-thalassaemia mutations». In the Pakistani p. Hemoglobin. 2000 Feb; 24(1):23-9.
- 9) KYRIACOU K., AL QUOUBAILI F., PAVLOU E., CHRISTOPOULOS G., IOANNOU P., KLEANTHOUS M.: «Molecular characterization of beta-thalassaemia in Syria». Hemoglobin. 2000 Feb; 24(1):1-13.
- 10) LINDEN J.V., WONG S.J., CHU F.K., SCHMID G.B., BIANCO C., «Transfusion-associated transmission of babesiosis in New York State». Transfusion. 2000 Mar; 40(3):285-28.
- 11) MAHESHWARI M., ARORA S., KABRA M., MENON P.S.: «Carrier screening and prenatal diagnosis of b-Thalassaemia». Indian Pediatr. 1999 Nov 7; 36(11):119-1125. No abstract available.
- 12) ORKIN S.H., GOFF S.C., HECHTMAN R.L.: «Mutation in an intervening sequence splice junction in man». Proc Natl Acad Sci USA 78:5041 1981.
- 13) ORKIN S.H., KAZAZIAN H.H., ANTONARAKIS S.E. et al.: «Abnormal RNA processing due to the exon mutation of beta globin gene». Nature 300:768, 1982.
- 14) OTTOLENGHI S., GIGLIONI B., COMI P., et al.: «Globin gene deletion in Hb Lepore disease». Nature 300:768, 1982.
- 15) RUND D., RACHMILEWITZ E.: «New trends in the treatment of betathalassaemia». Crit Rev Oncol Hematol. 2000 Feb; 33(2): 105/18.
- 16) VEITH R., GALANELLO R., PAPAYANNOPOULOU T. et al.: «Stimulation of F-cell production in patients with sickle-cell anemia treated with cytarabine or hydroxyurea». N Engl J Med 313/1571, 1985.
- 17) WEATHERALL D.J.: «Molecular biology at the bedside». Br Med J 292:1505, 1986.
- 18) WEATHERALL D.J.: «The regulation of the differential expression human globin genes during development». J Cell Sci 4:319, 1986.
- 19) Weatherall D.J. Clegg J.B.: «The alpha chain termination mutants and their relationship to the alfa thalassaemias». Phil Trans R Soc (Lond) 271:411, 1975.
- 20) WEATHERALL D.J., CLEGG J.B. and NAUGHTON M.A.: «Globin synthesis in thalassaemia: An in vitro study». Nature 208:1061, 1965.
- 21) WEATHERALL D.J., CLEGG J.B., NANAKON S., WASI P.: «The pattern of disordered haemoglobin synthesis in homozygous and Heterozygous beta thalassaemia». Br J Haematol 16:251, 1969.
- 22) WEATHERALL D.J., PRESSLEY L., WOOD W.G., et al.: «The molecular basis for mild forms of homozygous beta thalassaemia». Lancet 1:527, 1981.
- 23) WEATHERALL D.J., CARTNER R., CLEGG J.B., et al.: «A form of hereditary persistence of fetal haemoglobin characterised by uneven cellular distribution of haemoglobin F and the production of haemoglobins A and A₂ in homozygotes». Br J Haematol 29:205, 1975.
- 24) WOOD W.G., STAMATOYANNOPOULOS G., LIM G., NUTE P.E.: «F-cells in the adult: Normal values and levels in individuals with Hereditary and acquired elevations of Hb F». Blood 46:671, 1975.
- 25) WOOD W.G., WEATHERALL D.J., CLEGG J.B., et al.: «Heterocellular hereditary persistence of fetal haemoglobin (heterocellular HPFH) and its interaction with beta thalassaemia». BR J Haematol 36:461, 1977.
- 26) ZAGO M.A., WOOD W.G., CLEGG J.B.: «Genetic contro of F-cells in human adults». Blood 53:977, 1979.

CONSULENZA TECNICA

a cura di Matteo Pirrone*

A qualche anno di distanza dall'assunzione della responsabilità di questa Rubrica vogliamo sottolineare l'opportunità che la stessa assuma le caratteristiche di un punto d'incontro di esperienze diverse, dal quale far scaturire un dibattito proficuo per una crescita culturale reciproca. Per questo motivo invitiamo i nostri Lettori ad esprimere le proprie opinioni sui casi presentati e sui commenti formulati da chi scrive.

Con la concreta speranza che quanto prima tale scambio venga facilitato da mezzi più moderni di comunicazione, che lo sviluppo tecnologico ci metterà a disposizione.

La consulenza tecnica che in questo numero presentiamo è relativa a un appello di un assicurato contro una sentenza della Pretura di Catania che aveva rigettato, in quanto infondata, la domanda dallo stesso avanzata per il riconoscimento del diritto ai benefici economici ex-Legge 222/84.

Trattasi di tale M.E., di anni 53 all'atto della domanda amministrativa, riconosciuto in sede di processo di I grado affetto da "Esiti di interventi di laminectomia L5-S1 in soggetto con pregressa frattura del femore destro per infortu-

nio sul lavoro (INAIL 22%). Esiti di cheratite bilaterale senza significativa riduzione del visus. Ateromatosi dei tronchi sovra-aortici non emodinamicamente significativa". La conclusione del C.T.U. era stata di "non riduzione a meno di 1/3 della capacità lavorativa in occupazioni confacenti le attitudini del ricorrente".

A seguito dell'appello proposto dal ricorrente il Tribunale Civile di Catania - Sezione Appello Lavoro - disponeva una nuova C.T.U., affidata al Prof. Dott. F.L., Libero Docente di Semiotica Medica e Specialista in Malattie Cardio-Vascolari e in Medicina Legale.

Come si può evincere dalla lettura della Consulenza, il ricorrente in data 15.12.1997 veniva ricoverato presso una Divisione di Urologia e sottoposto ad intervento chirurgico di "tumorectomia vescicale" per una "neoplasia papillare a piccola base dietro lo sbocco ureterale di dx delle dimensioni di una mandorla". Veniva dimesso in data 22.12.1997 e nello stesso giorno era sottoposto a visita peritale dal Prof. F.L.. Questi, dopo avere sottoposto il ricorrente a vari accertamenti su richiesta dei Consulenti Tecnici delle Parti, conclude-

* Dirigente medico il Settore Contenzioso - D.G. INPS.

va per una riduzione a meno di 1/3 della capacità lavorativa a causa di un "complesso di affezioni di grado invalidante costituitosi durante la fase giudiziaria di II grado", sottolineando che in tale complesso invalidante rivestiva particolare importanza medico-legale la neoplasia vescicale.

Invitiamo i nostri Lettori a porre attenzione all'esiguità delle "Considerazioni Diagnostiche e Medico-Legali", che si limitano a una mera ricostruzione dei fatti e non danno alcuna motivazione del parere medico-legale formulato, dando per scontato che "il complesso di affezioni costituitosi è invalidante a causa della recente patologia neoplastica vescicale".

Va sottolineato che la neoplasia riscontrata era moderatamente differenziata, con un grado di malignità medio (G2-pTx). Aggiungasi che l'intervento operatorio aveva avuto carattere risolutivo, in quanto la massa tumorale era stata interamente asportata, e che all'esame istologico non erano state riscontrate tracce di muscolatura, il che ci dice che la neoplasia non aveva carattere invasivo, tanto che non erano stati descritti trattamenti post-chirurgici.

Per questo tipo di neoplasia la prognosi a 5 anni, dopo resezione endoscopica, è dell'80% di sopravvivenza. Inoltre, non erano stati descritti postumi invalidanti e i disturbi urinari erano stati riferiti nello stesso giorno delle dimissioni dall'Ospedale dopo l'intervento chirurgico.

Ad avviso dello scrivente l'unica conclusione logica di tale ragionamento non poteva che essere quello di "non invalidità", in quanto la capacità lavorativa dell'assicurato non era ridotta a meno di un terzo.

Tuttavia, in conseguenza di questa Consulenza d'Ufficio il Tribunale di Catania, accogliendo la domanda di appello del ricorrente, gli riconosceva il diritto alla corresponsione dell'assegno di invalidità, sottolineando che il giudizio del Consulente d'Ufficio era "fondato su argomentazioni logiche e tecniche immuni da vizi ed errori".

Prof. Dott. F.L.

**Libero Docente di Semiotica Medica
Specialista Malattie Cardio-Vascolari
Spec. Medicina Legale e Assicurazioni
CATANIA**

Il sottoscritto con ordinanza del Tribunale Civile di Catania Sezione Appello Lavoro, è stato nominato Consulente Tecnico di Ufficio nella causa civile promossa da M.E. c/ INPS, con il mandato di accertare: "Se, e da quando M.E. sia invalido per permanente riduzione a meno di un terzo della sua capacità di lavoro ai sensi dell'art. 1 della legge 12/06/1984 n. 222, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, a causa delle accertate infermità o di quelle sopravvenute o per sopravvenuti aggravamenti di quelle preesistenti, precisando in caso affermativo la data di insorgenza dello stato di invalidità".

Dopo il giuramento di rito prestato nell'Udienza Collegiale del 12.12.97, sono stati concessi allo scrivente gg. 90 di tempo, per il deposito della relazione scritta di consulenza.

Il sottoscritto ha tenuto tre sedute di consulenza tecnica nel proprio studio sito a Catania in Via... in data 22.12.97, 13.02 e 16.02.98.

Alle sedute hanno partecipato: il Dott. R.B. per il ricorrente ed il dott. G.F. per l'INPS.

Nel corso della prima seduta lo scrivente ha sottoposto il M. ad interrogatorio anamnestico e successivamente a visita medica generale.

Per meglio puntualizzare le condizioni di salute del ricorrente, i consulenti hanno ritenuto necessario farlo sottoporre ai seguenti accertamenti:

- xgrafia torace;
- visita cardiologica + ECG;
- ECG da sforzo al ciclo-ergometro;
- xgrafia colonna vertebrale tratto lombo-sacrale;
- visita neurologica;
- visita oculistica.

Nella seconda seduta sono stati consegnati gli accertamenti richiesti.

Nella terza seduta i consulenti, dopo averne preso visione, hanno discusso su

tutti gli aspetti diagnostici, valutativi e medico-legali del caso in esame.

Esame della documentazione processuale

Dal fascicolo dell'INPS risulta in sintesi quanto segue:

- M.E. nato nel 1941, in data 05.12.94 presentava istanza di pensione all'INPS sulla base di un certificato medico che lo dichiarava affetto da: "Spondiloartrosi alla colonna vertebrale dorsale e lombo-sacrale, discopatia fra L5 e S1, operato di ernia discale fra 4^a e 5^a lombare, bronchite cronica ostruttiva, postumi frattura femore destro e diabete mellito". (Mod. SS3 del 17.10.94).

- Veniva allegato accertamento per postumi di infortunio conclusosi in Collegiale il 24.10.94 con percentuale del 22% per: "Ipomiotrofia di cm. 1 alla coscia. Ginocchio ingrossato non dolente. Ipomiotrofia alla gamba di cm. 1. Limitati di oltre 1/4 i movimenti del ginocchio e per il coxofemorale".

- Veniva sottoposto a visita dall'INPS in data 21.12.94 e riconosciuto non invalido.

- Il M. non accettava tale giudizio e tramite il Patronato ITAL, proponeva ricorso. In data 03.05.95, sottoposto a visita collegiale risultava affetto da: "Lieve ipertensione arteriosa emodinamicamente compensata. Spondiloartrosi a scarsa incidenza funzionale. Esiti stabilizzati di frattura femore dx (INAIL 22%). Deficit visus in \hat{O} con visus corretto 6/10. Operaio asfaltista di anni 53 in b.c.g." Giudizio NON INVALIDO. (Mod. SSV. COLL. M.).

- L'assicurato non accettava tale decisione e proponeva ricorso giudiziario presso la Pretura del Lavoro di Catania.

- Il CTU di I grado, in data 30.07.96 sottoponeva a visita il M. e gli richiedeva i seguenti accertamenti: ECG, EMG, Eco Doppler dei vasi sopraaortici. Lo riscontrava affetto da: "Esiti di interventi di laminectomia L5-S1 in soggetto con pregressa frattura del femore destro per infortunio sul lavoro (INAIL 22%). Esiti di cheratite bilaterale senza significativa riduzione del visus. Ateromatosi dei tronchi sovra-aortici non emodinamicamente significativa. Tali patologie non riducono a meno di 1/3 la capacità lavorativa in occupazioni

confacenti le attitudini del ricorrente, ai sensi della legge n. 222 del 12.06.84".

- Avverso alla sentenza negativa di I grado, il M. proponeva ricorso presso la Sezione Appello Lavoro del Tribunale Civile di Catania, ritenendo, invece, di essere invalido pensionabile.

Nel fascicolo dell'INPS si trovano allegati i seguenti documenti sanitari:

- Esame della funzionalità respiratoria (P.O. "Ascoli-Tomaselli", 12.09.94): "Volumi polmonari dinamici ai limiti inferiori della norma. Modesta ostruzione a carico delle piccole vie aeree".

- Xgrafia torace+colonna in toto (USL 13.09.94): "Segni di spondilo-artrosi diffusi nei tratti dorsale e lombare; corpi vertebrali lievemente deformati per presenza di osteofiti ai margini".

- Esame elettromiografico (13.09.94):

Conclusioni: "Marcati segni di sofferenza muscolare neurogenica nei territori muscolari dipendenti da L5 ed S1 di sx, senza chiari segni di denervazione in atto".

- Visita oculistica (USL, 21.09.94): " \hat{O} : Cornea moderatamente succulenta per esiti di cheratite. Visus naturale = 6/10 con cl +0.50a180 = 9-10/10. \hat{O} = Fundus nei limiti della norma".

- Elettrocardiogramma (USL, 21.09.94): "Ritmo sinusale a freq. di 70/min.; alterazioni della ripolarizzazione su base vascolare in sede laterale".

- Relazione della USL sulle condizioni visive del M., in data 19.12.94.

- Elettrocardiogramma (INPS, 21.12.94): "Ecogramma nei limiti della norma".

Oltre alla documentazione agli atti dell'INPS si trovano i seguenti documenti sanitari:

- Certificato dell'USL del 02.12.93: "Artrosi lombare con lombosciatalgia. Pregresso intervento di ernia del disco e cicatrice nella regione laterale della coscia di circa 10 (dieci) cm. dovuto ad un pregresso intervento di osteosintesi di femore".

- Certificato del Dott. F.C. del 27.09.94: "Spondiloartrosi alla colonna dorsale e lombare con osteofitosi marginale, bronchite cronica ostruttiva, dispnea da sforzo, discopatia fra L5 ed S1".

- Verbale di visita della Commissione di Prima Istanza della USL del 24.01.95:

"Spondiloartrosi diffusa. Bronchite cronica. Diabete mellito insulino-dipendente. Disturbi di tipo ... Ernia del disco. Disturbi del visus in O.O. Grado di invalidità: 55%".

- Ricovero presso la Divisione III Medicina dal 03.05 al 17.05.96 con diagnosi di entrata: "Crisi ipertensive con vertigini". Diagnosi di uscita: "Ateromatosi carotidea con sindrome vertiginosa associata. Spondiloartrosi". Durante il ricovero è stato sottoposto a:

Visita angiologica: "Sindrome vertiginosa in soggetto con ateromatosi dei tronchi sopraaortici. Artrosi cervicale. Si consiglia approfondimento diagnostico con esame Eco-doppler dei TSA".

Esame Doppler dei vasi epiaortici: "Diffusa ridotta compliance della parete vascolare con segni doppler di sovraccarico interessante la biforcazione carotidea di sinistra e stenosi lieve della carotide interna dello stesso lato".

Eco-color-flow Mapping dei vasi epiaortici: "Ispessimento medio intimale diffuso. Rimaneggiamenti parietali sulla carotide interna destra che si presenta tortuosa nel suo tratto distale. Placca fibrosa 40% su biforcazione e origine della carotide interna sinistra".

- Visita oculistica ("O.V.E." di Catania, 08.06.95): "Esiti di cheratite erpetica".

- Ricovero presso l'Ospedale Civile Divisione di Oculistica dal 12.03 al 18.03.96 per: "OS leucoma superficiale".

- Ricovero presso il P.O. dal 21.05 al 23.05.96 per: "Vasculopatia cerebrale cronica".

- Esame elettromiografico (servizio di Neurofisiopatologia, Policlinico, 05.06.96): "Danno assonale dello SPE a sx".

- Lettera di dimissione relativa al ricovero in Day Hospital del 24.04.97 presso la Divisione di Cardiologia.

- ECG da sforzo al ciclo-ergometro (Istituto di Cardiologia Università di Catania, 13.05.97): "Il test massimale, positivo di ipertensione arteriosa, ha evidenziato segni probabili di sofferenza miocardica ischemica in atto".

- Ricovero presso il P.O. Divisione di Urologia dal 15.12 al 22.12.97 per "Neoplasia vescicale G2". Sottoposto a tumorectomia vescicale. L'esame endosco-

pico aveva evidenziato: "Neoplasia papillare a piccola base dietro lo sbocco ureterale di dx delle dimensioni di una mandorla". All'esame istologico: "Frammenti di carcinoma uroteliale papillare grado II, assenza di muscolatura parietale (PTX)".

Visita dell'assicurato

Dati anamnestici e rilievi clinici obiettivi

M.E. nato a Nicosia (EN) il 06.01.41. Riconosciuto su presentazione di Carta di Identità.

Attività lavorativa: bitumatore (asfaltista). In atto, viene utilizzato in mansioni leggere (magazziniere).

Anamnesi fisiologica: nato a termine da parto eutocico, ebbe latte materno e normali furono i primi atti fisiologici di vita vegetativa e di relazione. Scolarità licenza elementare. Servizio militare di leva regolare. Matrimonio a 23 anni. Tre figli viventi. Fuma venti sigarette al giorno. Astenio.

Anamnesi patologica: riferisce i comuni esantemi infantili. Nel 1984 ricovero per ernia del disco (operato). Nel 1986 ricovero per ernia del disco. Nel 1989 frattura femore dx (operato); per gli esiti fruisce di pensione INAIL (infortunio sul lavoro = 22%). Nel 1995 ricovero per cheratite in OS. Nel 1996 ricovero nella Divisione di Medicina per vasculopatia cerebrale cronica. Recente episodio di ematuria per papilloma vescicale, per cui dal 15.12 al 22.12.97 è stato degente nella Divisione di Urologia. In atto riferisce: dispnea da sforzo, dolori alla colonna vertebrale, dolori agli arti inferiori con parestesie, disturbi urinari (disuria, meturia, ematuria, etc.).

Esame obiettivo: soggetto di media taglia in buone condizioni di nutrizione e di sanguificazione. Altezza m. 1.60 - Peso kg. 71 - Perimetro toracico cm. 95 - Perimetro addominale cm. 94. Apparato linfoghiandolare indenne. Muscolatura normotrofica-tonica. Tiroide normale. Assenza di subittero nelle sclere.

Apparato cardiovascolare: aia cardiaca nei limiti della norma. Lieve parafronia dei toni. Pressione arteriosa: mx 130 mn 80. Arterie periferiche pulsanti su tutti i loro comuni punti di repere.

Apparato respiratorio: respiro lievemente aspro, diffuso, con espirazione prolungata senza rantoli né ronchi in atto.

Apparato digerente: dentatura conservata. Lingua detersa ed umida. Addome globoso, meteorico, trattabile ed indolente su tutti i quadranti. Organi ipocondriaci nei limiti.

Apparato genito-urinario: alla manovra di Glénard i reni risultano di forma e volume normali. La pressione sui punti ureterali non provoca risentimento doloroso.

Apparato osteo-articolare: cicatrice sull'apofisi spinosa da L1 a S1 (pregressa erniotomia). Limitazione funzionale di 1/3 della flessione del tronco, nonché dei movimenti di lateralità e torsione.

Sistema nervoso: iperreflessia rotulea a sx. Accenno a positività del segno di La-segue a sx. Dal punto di vista psichico si presenta lucido, bene orientato nel tempo, nello spazio e sulla propria persona.

Sensi specifici: *Visus:* v. visita specialistica. *Udito:* nell'ambito dell'idoneità sociale.

Considerazioni diagnostiche e medico-legali

Sulla base della documentazione sanitaria agli atti, dei riferimenti anamnestici, degli accertamenti specialistici, il sottoscritto ritiene di potere affermare che M.E. è affetto da: *Esiti di recente tumorectomia vescicale maligna. Spondiloartrosi diffusa ed esiti di laminectomia L5-S1 (con danno assonale persistente dello SPE, specie a dx). Esiti di frattura del femore dx. Esiti di cheratite in OQ.*

Nell'iter amministrativo dell'istanza di pensione e durante la fase giudiziaria di I grado, così come rilevato dal consulente medico-legale di parte dell'INPS nelle sue note inerenti l'appello proposto dal M. avverso la sentenza della Pretura Lavoro di Catania, il ricorrente non risultava affet-

to da un complesso biopatologico di tale entità da renderlo invalido al lavoro.

Durante la fase giudiziaria di II grado e precisamente nel Dicembre 1997, il M. si è ammalato di neoplasia maligna vescicale, per cui il 18.12.97 è stato sottoposto ad intervento endoscopico di tumorectomia.

Per gli esiti di quest'ultima affezione e per le altre patologie in diagnosi, durante l'attuale fase giudiziaria di II grado, si è costituito un complesso di affezioni di grado invalidante che ha ridotto a meno di 1/3 la capacità di lavoro nel ricorrente in attività confacenti alle sue attitudini.

Particolare importanza medico-legale, in tale complesso invalidante, riveste la più recente patologia (neoplasia maligna vescicale).

Si propone all'INPS revisione tra due anni.

Conclusioni

- Ai quesiti posti nell'Udienza Collegiale del 12.12.97, il sottoscritto ritiene di potere così rispondere:

- M.E. di anni 57, bitamatore (asfaltistica) in atto magazziniere, presenta: *Esiti di recente tumorectomia vescicale maligna. Spondiloartrosi diffusa ed esiti di laminectomia L5-S1 (con danno assonale persistente dello SPE, specie a dx). Esiti di frattura del femore dx. Esiti di cheratite in OQ.*

- Durante l'iter amministrativo e nella fase giudiziaria di I grado, il M. non presentava affezioni di grado invalidante pensionabili.

- Recentemente, il ricorrente si è ammalato di neoplasia maligna vescicale, per cui è stato sottoposto ad intervento chirurgico.

- Si è quindi costituito un complesso biopatologico che durante l'attuale fase giudiziaria di II grado ha ridotto a meno di 1/3 la capacità di lavoro del ricorrente in attività confacenti alle sue attitudini.

Norme redazionali per gli Autori

La “Rassegna di Medicina Legale Previdenziale”, di seguito denominata MP, pubblica lavori originali su argomenti di medicina legale e/o di discipline cliniche di interesse previdenziale.

L'invio del dattiloscritto sottintende che il lavoro non è già stato pubblicato e che, se accettato, non verrà pubblicato altrove né integralmente né parzialmente se non a condizione che ne venga citata la fonte.

La collaborazione è aperta a tutti.

I lavori esprimono contenutisticamente i personali convincimenti dei rispettivi Autori che assumono a carico la responsabilità piena di quanto affermato.

La Rivista, pertanto, non impegna in tal senso la sua responsabilità, pur riservandosi il diritto di non pubblicare quegli elaborati pervenuti che siano in palese contrasto con le linee strategiche perseguite dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale.

I lavori vengono sottoposti all'esame del Comitato di Redazione che, quindi, può accettarli, rifiutarli, accettarli con riserva e facoltà sia di suggerire agli Autori eventuali modifiche sia di apportarle autonomamente qualora esse non entrino nella sostanza del prodotto.

La Redazione della rivista correggerà d'ufficio le bozze in base all'originale pervenuto.

Gli originali - testo, grafici, fotografie, tabelle - non saranno restituiti, anche se non pubblicati.

I dattiloscritti devono pervenire - via posta - al seguente indirizzo:

Direttore Scientifico di MP - Maurizio Ceccarelli Morolli

Coordinamento Generale Medico Legale

Via Chopin, 49

00144 ROMA

La Redazione declina ogni responsabilità per eventuali smarrimenti del plico.

Gli Autori devono spedire l'elaborato in duplice copia e corredarlo, ove possibile, di relativo disk-file verificato con idoneo Viruscan e digitato in videoscrittura preferibilmente Windows-compatibile; inoltre, deve essere allega-

ta una lettera di autorizzazione alla pubblicazione dove sia specificato l'esatto recapito postale a cui si desidera ricevere eventuale corrispondenza.

La Rivista prevede attualmente:

Sezioni comunque presenti

- 1) editoriali
- 2) lavori scientifici originali
- 3) consulenze tecniche di parte e/o d'ufficio

Sezioni non costantemente presenti

- 1) posta per il Direttore Scientifico
- 2) comunicazioni, convegni/congressi e loro resoconti

DATTILOSCRITTI

I lavori devono essere dattiloscritti chiaramente; tutte le pagine, comprese quelle della bibliografia, devono essere progressivamente numerate. L'elaborato deve svolgersi su una media di circa 20-25 pagine, essendo tuttavia ammesse eccezioni.

TABELLE

Le tabelle, numerate progressivamente con numeri arabi, devono essere battute su fogli separati dal testo. La didascalia deve contenere le informazioni necessarie per interpretare la tabella stessa. Nel punto del testo dove si esplica il significato della tabella proposta, la parola "tabella" deve essere scritta per esteso e seguita dal numero d'ordine.

FIGURE E GRAFICI

Le figure e i grafici devono essere numerati progressivamente con numeri arabi. Per le sole figure, le rispettive didascalie devono essere stampate su fogli a parte.

Nel dattiloscritto deve essere indicato il posto loro destinato.

Eventuali grafici e fotografie - che possono essere pubblicati solo in bianco e nero - devono essere ben contrastati e stampati con le dizioni chiare e leggibili e contrassegnati con le indicazioni "alto" e "basso",

Nel punto del testo dove si esplica il significato della figura proposta, la parola "figura" deve essere scritta per esteso e seguita dal numero d'ordine.

RIASSUNTO

Il riassunto deve esporre in modo conciso (30 righe dattiloscritte circa), ma in modo sufficientemente illustrativo, il contenuto, i risultati e le conclusioni del lavoro.

BIBLIOGRAFIA

La correttezza e la completezza delle citazioni bibliografiche, che devono essere elencate in fogli a parte e non in calce alle pagine del lavoro, ricade sotto la responsabilità dell'Autore. La bibliografia, che deve comprendere i soli Autori citati nel testo, va numerata con numeri arabi e posta in ordine alfabetico.

Per ogni voce si devono riportare:

- il cognome e l'iniziale del nome degli Autori: si devono elencare tutti gli Autori se fino a quattro, mentre se in numero superiore vanno elencati solo i primi tre seguiti da: ...e coll.;

- il titolo originale dell'articolo;

- il titolo della Rivista;

- l'anno della pubblicazione;

- il numero del volume;

- il numero di pagine iniziale e finale.

Per pubblicazioni non periodiche, devono essere indicati il cognome e l'iniziale del nome degli Autori; il titolo; il luogo di pubblicazione; l'Editore; l'anno di pubblicazione.

Direttore: MASSIMO PACI - Direttore Responsabile: FABIO TRIZZINO

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE
INPS - Direzione Generale
Direzione Centrale Organizzazione
Area Sviluppo Immagine
Via Ciro il Grande, 21 - 00144 Roma-Eur
Tel. 06/59055125 - Fax 06/59055114

Fotocomposizione e Stampa
Stilgrafica s.r.l.
Via Ignazio Pettinengo, 31/33 - 00159 Roma - Tel. 06/43588200 (4 linee r.a.)

Autorizzazione Tribunale di Roma N. 39488 del 6 luglio 1998

Finito di stampare nel mese di aprile 2001

