
MIP



RASSEGNA DI

Medicina legale **Previdenziale**

La responsabilità professionale del medico previdenziale

Maria Grazia Cucurnia

L'indennità economica di malattia in Gran Bretagna: un modello applicabile in Italia?

Vincenzo Del Gaudio

Paolo Mondini

Carla Tessarin

Il sistema di indennizzo delle vittime di azioni criminali nel Regno Unito

Paolo Mondini

Stefano Jourdan

Marco Rossi

Il carcinoma della vescica: aspetti clinici e valutazione medico-legale

Salvo Di Fina

Consulenza tecnica

ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE
APRILE - MAGGIO - GIUGNO
2
2001

Anno XIV - 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

2

Anno XIV, II trimestre 2001

SOMMARIO

ARTICOLI

**La responsabilità professionale del medico
previdenziale**

Maria Grazia Cucurnia

3

**L'indennità economica di malattia in Gran Bretagna:
un modello applicabile in Italia?**

Vincenzo Del Gaudio

Paolo Mondini

Carla Tessarin

10

**Il sistema di indennizzo delle vittime di azioni
criminali nel Regno Unito**

Paolo Mondini *Stefano Jourdan*

Marco Rossi

19

**Il carcinoma della vescica: aspetti clinici
e valutazione medico-legale**

Salvo Di Fina

36

CONSULENZA TECNICA

47

La responsabilità professionale del medico previdenziale (*)

Maria Grazia CUCURNIA
Dirigente medico-legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Firenze

Il medico previdenziale rappresenta una figura professionale complessa che racchiude in sé molteplici aspetti.

È un medico e, come tale, ha una serie di doveri imposti dalla deontologia professionale, oltre a doveri morali non specificatamente previsti dal codice deontologico o altre leggi ma di fronte ai quali egli deve sentirsi responsabile (evitare abusi, scorrettezze, fatti disdicevoli).

È un medico funzionario, quindi con l'obbligo della diligenza e della lealtà nell'ottemperare ai doveri imposti dai regolamenti interni e l'osservanza del principio gerarchico connesso al rapporto di impiego (D.M. del Ministro della Funzione Pubblica del 31.3.94 pubblicato su G.U. 149 del 28.6.94).

È un pubblico ufficiale, quindi con i doveri giuridici che tale ruolo impone.

È un medico legale che ha la responsabilità di atti professionali imposti dal suo ruolo valutativo e che effettua prestazioni medico legali in rapporto di dipendenza con lo specifico compito di applicare leggi dello Stato.

Alla base di tutto questo vi è un principio fondamentale, ovvero che trattasi di figura che nell'esecuzione dell'atto professionale è libero e unico responsabile.

Questo è un concetto che già troviamo nella vecchia circ. INPS n. 3542 SN. del 28.03.69, ribadito dal DPR 285 del 01.03.88. Peraltro tale concetto trova il suo fondamento nell'art. 28 della sua costituzione ("I funzionari e i dipendenti dello Stato e degli Enti Pubblici sono direttamente responsabili, secondo le Leggi penali, civili e amministrative degli atti compiuti in violazione dei diritti").

Ogni volta che emette un giudizio egli si trova quindi a dover applicare le sue conoscenze tecniche alla specifica problematica medico legale che al momento si presenta e, così facendo, deve coniugare e conciliare le prime con doveri deontologici, giuridici e di ufficio. Aspetti peraltro che non devono essere visti isolatamente ma che si intrecciano l'uno con l'altro con lo scopo di ottenere il risultato che potremo definire misto, di carattere tecnico amministrativo.

(*) Relazione tenuta al Convegno Regionale della Società Toscana di Medicina Legale del 13 marzo 1999 sul tema "Responsabilità Professionale del Medico Legale".

Da queste premesse deriva quindi una serie di doveri deontologici, giuridici, amministrativi da cui discendono le rispettive forme di responsabilità: etico professionale, giuridica, amministrativa, forme che non sempre si presentano isolate ma che spesso vengono a convergere unitariamente sulla sua figura professionale.

Responsabilità etico professionale, connessa a problemi deontologici e doveri contemplati dal codice deontologico. L'inosservanza di certi doveri e le conseguenze di un comportamento illecito possono portare sia provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine sia da parte dell'Ente di appartenenza.

La problematica che può insorgere per le strette connessioni esistenti tra doveri deontologici e amministrativi è stata ben recepita dal codice deontologico che ha specificatamente previsto, nel cap. VI alcuni articoli che riguardano specificatamente il medico dipendente.

Articolo 69: "... il medico che presta la propria opera a rapporto di impiego ... è soggetto al potere disciplinare dell'Ordine anche in adempimento degli obblighi connessi al rapporto di impiego ... qualora si verifichi contrasto fra le norme deontologiche e quelle proprie dell'Ente Pubblico o privato per cui presta la propria attività professionale, deve chiedere l'intervento dell'Ordine onde siano salvaguardati i diritti propri dei cittadini. In attesa della composizione della vertenza egli deve assicurare il servizio, salvo i casi di grave violazione dei diritti e dei valori umani delle persone a lui affidate e della dignità, libertà e indipendenza della propria attività professionale".

Articolo 72, relativo all'eccesso di prestazioni: "il medico dipendente deve esigere da parte della struttura in cui opera garanzia affinché le modalità del suo impegno non incidano negativamente sulla qualità e equità

delle prestazioni nonché sul rispetto delle norme deontologiche. Il medico non deve assumere impegni professionali che comportino eccessi di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera professionale o la sicurezza del malato".

In tema di responsabilità deontologica citiamo anche l'art. 73 relativo al conflitto di interessi: "il medico dipendente non può in alcun modo adottare comportamenti che possano favorire direttamente o indirettamente attività libero professionali".

Pur se non specificatamente previsti nel titolo VI citiamo, in quanto di interesse sicuramente anche per il medico dipendente, l'art. 10 sulla tutela dei dati personali e della documentazione sanitaria e l'art. 11 relativo alle banche dati ("il medico non può collaborare alla costituzione di banche di dati sanitari ove non esistano garanzia di tutela della riservatezza, della sicurezza e della vita privata delle persone").

Responsabilità giuridica che classicamente si suddivide in responsabilità civile che insorge ogni volta che un comportamento illecito cagiona un danno che comporta un suo risarcimento e responsabilità penale quando il fatto che è conseguente alla violazione di un dovere professionale rappresenta un reato previsto dal codice penale o da leggi speciali, sempre che sia stato conseguente ad un comportamento antiggiuridico. Rientrano nell'ambito penale tutti i delitti contro la Pubblica Amministrazione (peculato, truffa, concussione, corruzione, interesse privato in atti di ufficio, omissione o rifiuto di atti di ufficio, interruzione di un pubblico servizio). Rientra in tale ambito la rivelazione del segreto di ufficio (art. 326 c.p.) che assorbe per il medico dipendente il più generico "rivelazione del segreto professionale" (art. 622 c.p.) del medico libero professionista: il falso ideologico, il falso materiale, la sicurezza dei dati sen-

sibili, questo alla luce della recente legge sulla privacy.

Riguarda il medico previdenziale la informativa di reato all'autorità giudiziaria. In tale ambito la figura di pubblico ufficiale prevale su quella di medico per cui il sanitario è tenuto a presentare denuncia (art. 361 c.p.) piuttosto il referto (art. 365 c.p.).

Responsabilità amministrativa insorge quando il medico viola norme di carattere amministrativo e doveri di ufficio che possono anche non integrare aspetti di responsabilità penale che costituiscono oggetto di sanzioni disciplinari. Sono previsti: censura, riduzione stipendio, sospensione qualifica, destituzione (normativa attualmente disciplinata da regolamento INPS 1990 e successive modifiche).

Accanto a questi aspetti che possiamo definire "classici", emerge per il medico di Istituto, proprio come facente parte integrante di una struttura amministrativa, una ulteriore forma di responsabilità di ufficio che può essere fonte di "conflitto" fra la sua figura di medico e quindi deontologicamente ed anche tecnicamente vincolata ad un certo tipo di comportamento, e le esigenze dell'Istituto. E mi spiego: la Legge 88/89 sul nuovo modello organizzativo dell'INPS e dell'INAIL ha introdotto per la pubblica amministrazione criteri di economicità e imprenditorialità mutuati dal privato.

Le scelte direzionali dell'Istituto sono oggi orientate a raggiungere l'obiettivo della qualità totale, sostituendo il concetto di logica del risultato a quella dell'adempimento.

Sono stati introdotti concetti di strategia, di flessibilità per migliorare la efficienza operativa e la efficacia. Abolita la parcellizzazione del lavoro, si vede l'azienda come un sistema che opera in una logica di processo per conseguire un risultato (prodotto) improntato al massimo della qualità.

In particolare, nel rispetto delle norme deontologiche che regolano

la professione medica e di quelle tecnico scientifiche, il principio ispiratore innovativo che è andato delineandosi si concretizza in una rivisitazione complessiva del ruolo svolto dal Dirigente Medico che viene a trovarsi integrato, oggi come non mai, in un contesto aziendale finalizzato al raggiungimento degli obiettivi dell'Ente.

Egli dovrà riuscire quindi a realizzare una armonizzazione e ad instaurare una compatibilità fra medico professionista e medico dirigente, come figura integrata nelle dinamiche organizzative che regolano l'istituto.

Quindi medici non più ancorati alle rigidità strutturali, gerarchica e mansionistica, ovvero medici che continuano con fissità a fornire una sola prestazione che, se pur corretta, rimane limitata ad un mero dovere istituzionale. Dovranno invece attivarsi nelle varie realtà per collaborare a pieno titolo i progetti individuali delle rispettive Direzioni Amministrative ed operare fattivamente e produttivamente al loro buon fine.

Quindi necessità di raggiungere certi obiettivi che coinvolgono il lavoro sia sotto il profilo quantitativo che temporale, criteri con cui non sempre i principi deontologici e la correttezza tecnico professionale coincidono.

Si tratta di una *responsabilità di risultato* che oggi, come si può evincere da quanto sopra detto circa l'organizzazione dell'Ente assume un'importanza rilevante.

Essa potrà avere risvolti disciplinari con richiami e sanzioni per il professionista che, senza valide motivazioni, non raggiunge risultati prospettati. Ma in caso di grave negligenze e comportamenti inescusabili si potranno avere forme di responsabilità più gravi - con risvolti civilistici - per le ripercussioni che il mancato raggiungimento di uno standard può avere su tutto il personale della Sede di appartenenza

qualora i premi di produttività dovessero non essere corrisposti a causa di queste gravi negligenze.

Nell'ambito organizzativo dei Centri Medico Legali, come oggi si chiamano gli Uffici Sanitari, esiste una responsabilità diretta del medico che esprime il suo giudizio. Nel caso di visite effettuate in equipe il responsabile del giudizio è il Sanitario che può far valere una qualifica superiore o, a parità di qualifica, una maggiore anzianità.

La responsabilità del Primario, oggi Dirigente di II livello, è sempre giuridicamente sussistente, sia che questi partecipi direttamente all'équipe in qualità di primo medico sia che lo faccia limitandosi alla vigilanza tecnico professionale che comunque gli compete (msg. 06885 del 25.01.94). La responsabilità della globale attività medico legale del Centro anche sotto il profilo della uniformità dei giudizi è quindi del Primario Coordinatore (msg. 16409 del 01.03.94), la cui posizione più che del tipo gerarchico piramidale è piuttosto di tipo trasversale con responsabilità non solo in termini organizzativi, bensì in termini di congruità e omogeneità dei giudizi formulati nell'ambito dell'équipe. Azione quindi di direzione, pianificazione, coordinamento, controllo, indirizzo formativo.

Entrando in merito più specificatamente a forme di responsabilità coinvolgenti il medico INPS la più rilevante appare essere quella connessa al giudizio medico legale.

Essa insorge in tutti i casi in cui un erronea concessione porta ad una indebita percezione e danno economico all'Ente e per il medico quando, con un giudizio errato ha indotto l'istituto a fornire una prestazione non dovuta.

Attualmente il recupero degli indebiti pensionistici è regolamentato dalla Legge 88/89 abrogativa dell'art. 80 del R.D. 1422/24 recepita poi dalla legge 412/91 anche per

quanto concerne il concetto estensivo di dolo dell'assicurato già formulato dal Consiglio di Amministrazione prima dell'89.

Art. 52 L. 88/89:

1) le pensioni a carico dell'assicurazione generale obbligatoria dell'invalidità, vecchiaia, superstiti dei lavoratori dipendenti... gestioni obbligatorie sostitutive... gestioni speciali... nonché la pensione sociale, possono essere in ogni momento rettificata dagli Enti o fondi erogatori, in caso di errore di qualsiasi natura commesso in sede di attribuzione, erogazione o reliquidazione della pensione.

2) Nel caso in cui, in conseguenza del provvedimento modificato, siano state riscosse rate di pensioni risultanti non dovute, non si fa luogo al recupero delle somme corrisposte, salvo che l'indebita percezione sia dovuta a dolo dell'interessato. Il mancato recupero delle somme predette può essere addebitato al funzionario responsabile soltanto in caso di dolo o colpa grave.

L'art. 55 della suddetta Legge si riferisce ad analoga situazione per l'INAIL.

Si fa rilevare che l'art. 52 della L. 88/89 recepisce il concetto della limitazione delle responsabilità al caso di dolo o colpa grave quale causa di errore nella attribuzione di un trattamento pensionistico, senza necessità di dover stabilire preventivamente la ricorrenza di una speciale difficoltà nella soluzione del problema tecnico. Si riconosce, implicitamente che la valutazione in tema di invalidità pensionabile costituisce sempre un problema tecnico di speciale difficoltà. Spontaneo viene il riferimento all'art. 2236 del c.c..

L'errore sarà innanzi tutto subordinato alla dimostrazione che all'epoca degli accertamenti medico legali le infermità denunciate erano inesistenti ovvero dalla dimostrazione di un manifesto e comprovato errore tecnico.

Non sarà imputabile al Medico una errata diagnosi, conseguentemente un'erronea valutazione, se lo stesso è stato tratto in inganno da falsa documentazione, documentazione alterata o/e sostituita, falsi accertamenti strumentali ecc.. Sempreché non emergano invece elementi di colpa per non avere esaminato con la dovuta diligenza tale documentazione o non essersi reso conto di aspetti contraddittori del complesso clinico strumentale.

Non rientrano nei casi di dolo dell'assicurazione la circostanza di dichiarazione alterate da aspetti poco collaborativi, atteggiamenti esagerati o anche francamente simulatori nei confronti dei quali il sanitario ha gli strumenti per valutare il caso nella sua giusta luce.

La causa dell'errore del medico sarà rilevante ai fini civili, penali e disciplinari quando vi è dolo o colpa grave.

Dolo del medico quando emerge la chiara volontà di avere falsificato gli elementi di giudizio.

Colpa grave quando il sanitario avrà tenuto un comportamento incurante delle regole tecniche e di esperienze proprie della disciplina medico legale che non possa trovare alcuna seria e apprezzabile giustificazione sul terreno della logica e delle conoscenze scientifiche.

Non devono certo rientrare in questo ambito quei margini di discrezionalità e opinabilità insiti inevitabilmente nella disciplina medico legale ma che non devono sconfinare in puro soggettivismo valutativo o interpretazioni assurdamente personalistiche che talvolta mascherano invece arbitri o deficienze tecniche inescusabili.

Da qui l'importanza della omogeneizzazione dei criteri e quindi di tutti quegli elementi che contribuiscono ad ottenere ciò (lavoro in equipe, Coordinamento Medico legale Generale che fornisce indirizzi e suggerisce protocolli valutativi,

aggiornamento professionale, corsi di formazione, attività di coordinamento del responsabile del Centro Medico Legale) elementi che, pur non mortificando l'autonomia professionale riducono il più possibile il margine di discrezionalità del medico. Questo anche a tutela dell'Ente che ha diritto a vedere applicata una legge in maniera uniforme e dell'assicurato stesso la cui prestazione non deve derivare da interpretazioni soggettive.

Se questo è l'aspetto più specifico del medico professionale ve ne sono altri che vogliamo rapidamente illustrare.

Uno è un aspetto generale che coinvolge ogni medico e al quale non deve certo venire meno il medico di Istituto, ancorché privo di funzione assistenziale terapeutica. *Nel soccorso di urgenza* il medico previdenziale è equiparato ad un qualsiasi sanitario che, indipendente dalla sua abituale attività, non può rifiutarsi di prestare soccorso e deve tempestivamente attivarsi per assicurare ogni specifica ed adeguata assistenza (cfr. anche art. 7 cod. deont.). Ne deriva una forma di responsabilità con ripercussioni sia in ambito penale che civile.

Responsabilità per il fatto degli ausiliari (art. 1228 c.c.) che può insorgere nell'ambito del Centro Medico Legale per la presenza di personale infermieristico che collabora con quello medico.

Un'altra forma di *responsabilità* si può verificare per *danno prodotto dalle apparecchiature* che il personale del Centro Medico Legale ha in custodia (art. 2051 c.c.), situazione che può verificarsi in quegli Uffici Sanitari ove viene svolta un'attività con apparecchiature specialistiche.

Da ricordare una forma di *responsabilità* nei confronti degli assicurati derivante dalla richiesta di *esami* potenzialmente dannosi o pericolosi. Il problema nell'ambito

dell'Istituto è più teorico che pratico in quanto gli accertamenti richiesti agli assicurati sono di carattere non invasivo. L'unico esame che potrebbe presentare, per quanto assai limitatamente, un rischio è la prova al cicloergometro.

Particolare riguardo dovrà essere posto nell'evitare accertamenti radiologici superflui soprattutto dopo la precisazione del D.L. 187 del 26.05.2000 nel quale sono abrogati gli articoli che prevedevano il consenso (aggiornamento della redazione).

Connesso alla richiesta di accertamenti specialistici può essere il *problema del consenso* che a tutt'oggi l'Istituto non ha ritenuto di dover acquisire per scritto. E questo ci pare giustificato dal fatto che non trattasi di accertamenti pericolosi, rischiosi o invasivi. L'art. 32 del Codice deontologico precisa che "il consenso deve essere espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge o nei casi in cui per la particolarità della prestazione diagnostico terapeutica o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione inequivoca della volontà del paziente".

Il consenso scritto tuttavia si impone, a nostro parere, per il test al cicloergometro quando l'esame viene effettuato all'interno del CML, ed è consigliabile, a nostro parere, acquisirlo anche in caso di sola richiesta per la sua effettuazione in strutture esterne.

Doveroso per il sanitario dell'Istituto illustrare all'assicurato la utilità e lo scopo dell'accertamento richiesto e le sue finalità che devono essere utili e necessarie al fine di poter pervenire ad un completo giudizio medico-legale. Questo soprattutto quando gli accertamenti esibiti dall'assicurato, per quanto attendibili e di recente esecuzione, siano magari sufficienti sotto il profilo clinico ma presentino elementi insufficienti per la valutazione funzio-

nale che rappresenta la base del giudizio medico-legale.

Nel contempo si tenga presente che il rifiuto dell'assicurato a sottostare a visite e/o esami deve essere motivato da giusta causa. Se questa non sussiste vi potrà essere rigetto o interruzione della sospensione.

Una forma di *responsabilità* può insorgere in caso di *patologia diagnosticata nel corso della visita* del medico di istituto o in occasione degli accertamenti specialistici cui si è fatto sottoporre l'assicurato. Corre l'obbligo, in questi casi, di comunicare all'assicurato, magari tramite il medico curante, le risultanze di tali accertamenti. Vero è che per accordi esistenti tra l'Istituto ed i Patronati vengono trasmessi a questi copia degli esami praticati presso l'Istituto, tuttavia è consigliabile, soprattutto quando trattasi di patologia rilevante, contattare direttamente il curante.

Responsabilità nell'ambito della L. 626/96 per quanto concerne il ruolo di medico competente ricoperto da medici di Istituto i quali, in possesso dei requisiti di legge richiesti per tale nomina, hanno dato la loro disponibilità a svolgere questo tipo di attività per i dipendenti dell'Istituto stesso.

Tutti questi aspetti della responsabilità professionale del medico previdenziale vengono ad inserirsi nel contesto di una responsabilità più ampia, senz'altro meno rilevante sotto il profilo giuridico, ma di fondamentale importanza nel contesto sociale in cui opera il sanitario.

Finora abbiamo fatto riferimento sempre al medico previdenziale come medico dell'invalidità pensionabile, ma si tenga presente che è vastissimo il campo in cui egli è chiamato ad emettere giudizi valutativi. Basti pensare alle prestazioni tubercolari, alla prevenzione della invalidità con la concessione di cure balneotermali, agli assegni del nucleo familiare, ai giudizi richiesti per quanto riguarda le azioni di surroga,

la incumulabilità della rendite INPS INAIL, giudizi sugli invalidi all'80%, sulla riacquistata capacità lavorativa per gli iscritti alle liste di disoccupazione, ai giudizi sul grave stato di salute per i trattamenti di fine rapporto, a tutta la gestione della indennità da malattia, tutte prestazioni che hanno come oggetto la gestione di un patrimonio economico collettivo.

Questa forma di responsabilità è appunto *la responsabilità sociale*, strettamente connessa ai rilevanti riflessi economici conseguenti agli atti professionali del medico previdenziale il quale si trova a gestire così una serie di interessi convergenti.

Interessi del singolo che fa richiesta di una prestazione, interessi dello Stato che nel concederla deve basarsi su una normativa di legge, interesse della collettività in quanto il patrimonio economico gestito è comune. Se da un lato il medico non dovrà ancorarsi a rigido fiscalismo, nel contempo non dovrà neppure indulgere in atteggiamenti di tipo assistenzialistico.

Solo un giusto equilibrio farà sì che il medico previdenziale possa essere garante di una equa attuazione di quei principi normativi che costituiscono parte integrante del sistema della sicurezza sociale ed una altrettanto equa distribuzione di questo patrimonio economico collettivo.

Per finire vogliamo riportare tre articoli contenuti nel recentissimo contratto, stipulato pochi giorni fa per il personale dipendente degli Enti Pubblici non economici. Nella sezione relativa ai professionisti e ai medici sono ribaditi i concetti di professionalità, autonomia e responsabilità del medico dipendente.

I professionisti svolgono la loro attività in conformità alle normative che disciplinano le rispettive professioni, rispondendone a norma di legge, secondo i singoli ordinamenti professionali con l'assunzione delle conseguenti responsabilità.

Il rigoroso rispetto delle norme deontologiche che promanano dai rispettivi ordini professionali costituisce un vincolo primario per ciascun professionista il quale si attiene altresì agli indirizzi del competente Coordinatore della specifica branca professionale, al fine di assicurare l'uniformità di indirizzi dell'attività professionale in relazione alle linee programmatiche e gestionali dell'amministrazione.

Corollario della personale responsabilità e della autonomia professionale è la sostanziale autonomia e unitarietà delle strutture professionali, all'interno delle quali il professionista esplica la sua opera, anche dal punto di vista organizzativo.

L'indennità economica di malattia in Gran Bretagna: un modello applicabile in Italia?

Vincenzo DEL GAUDIO
Dirigente medico-legale 1° livello
Sede INPS - Biella

Paolo MONDINI
Medico Chirurgo
Istituto di Medicina Legale
e delle Assicurazioni
Università degli Studi di Torino

Carla TESSARIN
Dirigente medico-legale 1° livello
Sede INPS - Biella

Nel Regno Unito un lavoratore dipendente che si ammali, e che sia per questo incapace di svolgere il proprio lavoro, ha diritto a dei benefici economici erogati dal Department of Social Security (DSS) attraverso le proprie Benefits Agencies (BA), sotto il controllo del Secretary of State for Social Security (un ministero adibito al Welfare State) che sceglie i Chief Executive delle BA.

I requisiti per accedere a tali benefici sono:

- età inferiore ai 65 anni;
- salario non inferiore alle 66 £ settimanali;
- attività lavorativa svolta per almeno 16 ore settimanali, per almeno 8 settimane (anche non consecutive) nelle 21 settimane precedenti l'inizio della malattia.

I benefici economici concessi sono due: la Statutory Sick Pay (SSP) e l'Incapacity Benefit (IB). La SSP viene erogata fino alla 28^a settimana di malattia, l'IB dalla 29^a in poi (salvo alcuni casi nei quali l'IB è concessa fin dall'inizio). Entrambe vengono pagate al lavoratore setti-

manalmente; l'SSP è anticipata dal datore di lavoro.

L'SSP, come avviene in Italia per l'indennità di malattia, non viene erogata per i primi tre giorni (Waiting Days, equivalenti al nostro periodo di carenza). Lo stato di incapacità lavorativa alle mansioni specifiche deve sempre essere attestato.

Questa attestazione può avvenire in due modi:

1) se il lavoratore ritiene che il suo stato di malattia duri meno di sette giorni (perché ad esempio soffre di una forma patogena cronica di cui conosce la diagnosi e le cure da effettuarsi e la probabile durata, come una rinite allergica) può produrre autocertificazione al proprio datore di lavoro, su apposito modulo, l'SC2 form, predisposto dal DSS e distribuito da questi, dal datore di lavoro stesso e dal General Practice (corrispondente al nostro medico di base).

Molti datori di lavoro non richiedono per questo periodo la compilazione del modulo, salvo poi accertarsi delle condizioni di salute del lavoratore quando più periodi di

Gli autori hanno contribuito in uguale misura alla composizione dell'articolo.

malattia inferiori a sette giorni superino in totale un certo lasso di tempo.

2) Se la malattia supera i sette giorni occorre il certificato medico su modello Med3 (che comunque può essere compilato anche per periodi inferiori ai sette giorni), nel quale deve essere riportata la prognosi, definita *Period of Incapacity for Work (PIW)*; questa non può essere inferiore a 4 giorni (conteggiando anche le domeniche e le festività pubbliche).

Da notare che se il sanitario ritiene che il paziente sarà in grado di riprendere il lavoro entro 14 giorni deve obbligatoriamente compilare il campo specifico ed indicare la data della ripresa lavorativa.

Per periodi superiori ai 14 giorni di prognosi, ma inferiori ai sei mesi, si deve compilare un altro campo ed indicare la data in cui il paziente potrebbe ritornare al lavoro o si ritenga necessaria una ulteriore visita per eventuale prosecuzione.

Nel certificato medico la diagnosi esatta può essere riportata solo con il consenso del paziente.

Se il paziente non vuole che questa sia riportata o il medico non lo ritiene opportuno per il bene del paziente (che magari ignora la malattia dalla quale è affetto), è possibile indicare una diagnosi vaga o di comodo, ma in questo caso il medico deve compilare anche il Med6, un modello che deve contenere la diagnosi esatta e che sarà spedito al *Benefits Agency Medical Examination Centre* (la sezione medica che controlla l'erogazione appropriata dei benefici).

Il datore di lavoro non riceve mai il certificato medico, ma solo la prognosi che gli è comunicata dal DSS; questi riceve il Med3 direttamente dal paziente o dal *General Practice*.

Dato che il Med3 è compilato di fronte al paziente e che quando questa operazione è terminata non è più

lecito apporre modifiche, risulta evidente la necessità di un modulo a parte per riportare eventualmente solo la diagnosi omessa precedentemente per i motivi contemplati dalla normativa.

Questo ulteriore documento trova la sua legittimazione nel fatto che quando il paziente richiede i benefici economici e le agevolazioni previsti dallo stato sociale al DSS il medico è dispensato dal segreto professionale.

Da notare che più *PIW* intervallati da non più di 8 settimane vengono fusi in un unico periodo indenizzabile. Accertati i *Qualifying Days (QD)*, ovvero i giorni nei quali, secondo contratto, il dipendente avrebbe dovuto lavorare, ma non ha fornito la prestazione per malattia, è possibile stabilire il periodo di titolarità del beneficio, o *Period of Entitlement (PE)*, che come si è detto, non può superare le 28 settimane.

L'SSP varia in relazione allo stipendio ed al tipo di contratto che il lavoratore possiede nel momento in cui si è ammalato; non è comunque inferiore alle 59.55 £ settimanali.

L'SSP fa riferimento alle mansioni specifiche per le quali il dipendente è stato assunto, e pertanto non decade il diritto ad essa se il lavoratore, durante il suo periodo, svolga delle occupazioni remunerate diverse, compatibili con il suo stato. Ad esempio, una persona assunta per guidare un camion per la distribuzione del latte, che riporti una frattura tibiale, può svolgere il lavoro di centralinista telefonico del Bingo al proprio domicilio senza perdere i benefici economici dell'SSP derivantigli dall'attività di lattaio.

L'SSP viene erogata solo in caso di malattie che vengano trattate con terapia domiciliare: il ricovero ospedaliero esclude la possibilità di richiedere l'SSP.

Il datore di lavoro può procedere ad accertamenti dello stato di inca-

pacità lavorativa conseguente a malattia, a sue spese, attraverso l'Inland Revenue (IR). Questo è un organo corrispondente al nostro Ufficio delle Imposte, avente inoltre funzione di controllo sui benefici del Welfare State. Nel caso dell'SSP esso effettua, mediante medici convenzionati, vere e proprie visite fiscali, nel corso delle quali viene redatta una relazione sulla capacità o meno del dipendente di svolgere le mansioni cui è adibito; tale relazione, priva di diagnosi, è poi trasmessa al datore di lavoro. Un aspetto singolare è rappresentato dall'importanza che viene attribuita alle cure, il cui mancato inizio in un lasso ragionevole di tempo costituisce giusta causa per l'interruzione dell'erogazione dell'SSP. Per ridurre al minimo le contestazioni in tal senso l'IR ha emanato una guida nella quale sono elencate una serie di malattie comuni ed il rispettivo tempo massimo in giorni per intraprendere una cura medica dal momento della diagnosi:

Anemia (esclusa quella in gravidanza)	4
Artrite	6
Asma	6
Bronchite	2
Cefalea, emicrania	1
Commozione cerebrale	1
Dipendenza da droga o alcol	6
Dismenorrea, metrorragia, PID	3
Distorsioni, stiramenti muscolari, contusioni	1
Emorragie	3
Ernia (intasata)	6
Ferite, abrasioni, ustioni, corpi estranei	1
Fratture degli arti inferiori	6
Fratture degli arti superiori	2
Gastroenterite, diarrea, vomito	1
Infiammazioni, tumefazioni	1
Malattie articolari (escluso artrite)	3
Malattie del rene e della vescica, cistiti	3
Malattie della bocca e dei denti	1
Malattie della pelle, dermatiti, eczema	2

Malattie della regione lombare o del rachide lombare (protrusione discale, ernia, spondilolisi, sciatica)	6
Malattie psichiatriche	3
Patologie post-partum	6
Raffreddore, corizza, influenza	1
Sintomi e/o diagnosi varie: anoressia, astenia, vertigini, insonnia, obesità, tachicardia - sintomi vari investigati ma non ancora diagnosticati	1
Ulcera peptica, gastrica, duodenale, corneale	2
Ulcera perforata	9
Ulcera varicosa	6

(l'apparente eccessiva lunghezza di lunghi tempi è in relazione al fatto che la malattia si considera gestita in regime domiciliare).

L'IR considera il certificato medico come la prova più importante dello stato di malattia, poiché il fenomeno della certificazione compiacente in Inghilterra è praticamente inesistente, in quanto le pene sono estremamente severe: il medico riconosciuto colpevole di falso in certificazione è espulso a vita dall'Ordine dei Medici e, quindi, non può più praticare la professione.

Se un lavoratore nel corso di un anno ha almeno 4 periodi di malattia inferiore ai 7 giorni, il datore di lavoro può richiedere la visita del medico di fabbrica per l'accertamento dell'idoneità lavorativa del dipendente; in caso di contenzioso interviene l'IR.

Quando il datore di lavoro non sia convinto dell'incapacità lavorativa del dipendente, può esprimerlo per iscritto ed interrompere l'SSP; in tal caso il lavoratore può presentare ricorso all'IR.

È importante rilevare l'importanza del consenso in queste visite: il lavoratore deve esprimerlo per iscritto in tutti i casi (dal suo medico per il certificato di malattia, in caso di visita del medico di fabbrica o del medico dell'IR); se si rifiuta il

datore di lavoro può solo adire la via giudiziaria.

Alla 23^a settimana di malattia, se vi è la supposizione che l'assenza si prolungherà oltre la 28^a settimana, il datore di lavoro spedisce al DDS il modulo per l'IB.

L'IB viene pagata dalla 29^a settimana, sulla scorta di un accertamento dell'incapacità lavorativa generica del soggetto tramite il test chiamato *All work test*. Fino alla 52^a settimana viene pagata la rata bassa (non inferiore comunque a 50.31 £); dalla 53^a settimana viene pagata la rata alta (corrispondente all'importo dell'SSP).

Se un lavoratore è soggetto a determinati trattamenti medici come la dialisi peritoneale, l'emodialisi, la plasmateresi, la chemioterapia, la radioterapia, la NPT per malattie gastrointestinali, ma continua a lavorare nei giorni intervallati, ha diritto fin dall'inizio all'IB (erogata calcolando solo i giorni di assenza per terapia).

La capacità lavorativa generica viene valutata utilizzando il già citato *All work test*, costituito da 14 items che indagano differenti abilità:

1. capacità di camminare su un piano orizzontale con un bastone o un altro aiuto che venga normalmente usato;
2. salire e scendere le scale;
3. sedersi su una sedia rigida con schienale senza l'aiuto delle braccia;
4. stare in piedi senza l'aiuto di un'altra persona o l'uso di un ausilio che non sia il bastone;
5. alzarsi da una sedia rigida con schienale senza l'aiuto delle braccia o di un'altra persona;
6. piegarsi ed inginocchiarsi;
7. destrezza manuale;
8. capacità di prendere e trasportare determinati oggetti usando la parte superiore del corpo e gli arti superiori;
9. arrivare a ... (indaga una serie di atti come arrivare alla tasca supe-

riore della giacca, mettersi il cappello, arrivare a infilarsi con arto superiore addotto ed esteso la giacca ...);

10. parlare;

11. udire con ausili o con altri aiuti che siano normalmente usati;

12. vedere alla luce del giorno o alla luce elettrica con occhiali od altri aiuti per la visione che siano normalmente usati;

13. continenza sfinterica;

14. rimanere coscienti senza avere crisi epilettiche o fenomeni simili anche durante il risveglio.

Ciascun item è suddiviso in vari livelli descrittivi della capacità di compierlo; ogni livello ha un valore scalare. Tali valori vengono sommati per ottenere il punteggio finale.

Il test viene richiesto dal DSS tramite il modello IB50 che riporta il test stesso. Questo può essere compilato autonomamente dal paziente che deve poi aggiungere la documentazione medica attestante la diagnosi della malattia dalla quale è affetto. Normalmente è però compilato da un medico di fiducia, (di solito il General Practice) ma in questo caso è allora necessario utilizzare il modello Med4 e quindi inviarlo al DSS locale.

La sezione medica del DSS può richiedere ulteriore documentazione sanitaria al General Practice, il quale è tenuto a fornirla.

Nel Med4 è obbligatorio specificare esattamente la diagnosi; anche in questo caso, se non si ritiene opportuno indicarla (perché il paziente non è a conoscenza di avere una malattia grave) si può declinare su una di comodo, salvo compilare poi il Med6 con quella esatta.

Il DSS può accettare la documentazione e provvedere all'erogazione dell'IB o disporre la visita del soggetto presso i medici convenzionati dei quali si serve per accertamenti medico legali. In questo caso il lavoratore deve recarsi nel luogo sta-

bilito per la visita, ma può porre a carico del DSS tutte le spese di viaggio, ed anche l'eventuale spesa per un accompagnatore.

Il test non viene applicato nei seguenti casi:

- soggetto che usufruisce dei benefici riservati ai grandi invalidi del lavoro e di guerra;

- soggetto con ragionevole aspettativa di vita inferiore ai 6 mesi;

- soggetto riconosciuto cieco, tetraplegico, in persistente stato vegetativo, demente o "paraplegico o affetto da movimenti involontari non controllabili o atassia che lo rendono funzionalmente simile a un paraplegico";

- soggetto presentante condizioni risultanti da un arresto o incompleto sviluppo fisico o del cervello, o danni gravi al cervello che portano a una grave disabilità dell'intelligenza e delle funzioni sociali;

- soggetto con gravi e progressive malattie neurologiche o muscolari;

- soggetto con attive e progressive poliartriti infiammatorie;

- soggetto con progressiva disabilità per disfunzione cardiorespiratoria che influisce sulla resistenza fisica;

- soggetto con paralisi dell'arto superiore, del tronco e dell'arto inferiore di una parte del corpo;

- soggetto con disabilità del cervello o del sistema nervoso che causa deficit gravi ed irreversibili motori, sensoriali ed intellettivi;

- soggetti con AIDS che sia manifesto con perdita di peso, CD4<500, febbre, sudorazione notturna, infezioni opportunistiche, tumori;

- soggetti con gravi malattie mentali.

La concessione dell'IB per un lungo periodo è preludio alla valutazione per il riconoscimento di un'invalidità permanente.

In Italia la tutela economica della malattia si è evoluta nel tempo, fino a raggiungere le modalità di

gestione attualmente vigenti nel 1980, con l'emanazione della legge n. 33.

In un periodo antecedente la promulgazione della Costituzione la gestione dei contributi inerenti l'assicurazione contro l'invalidità e la vecchiaia era affidata (in base alla Legge 350/1898) alla Cassa Nazionale di Previdenza per l'invalidità e la vecchiaia degli operai, che sarebbe stata poi organizzata nell'attuale Istituto Nazionale della Previdenza Sociale nel 1939, con il D.L. 636, convertito nella L. 1272. La tutela della malattia era affidata ad una serie di Enti (le c.d. "casce mutue"), ciascuno specifico per un determinato settore lavorativo, ed il rischio assicurato era quello definito dall'art. 3 del contratto collettivo di lavoro del 1939, cioè la "malattia tale da costringere il lavoratore ad astenersi dal lavoro".

Nel 1947, con l'entrata in vigore della Costituzione, lo Stato stabilì una norma previsionale di assistenza ai cittadini della Repubblica in caso di malattia (art. 38: "... I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia ..."). In base a quanto disposto dall'art. 2110 del Codice Civile, poi, fu stabilito che al lavoratore ammalato fosse corrisposta "... la retribuzione o un'indennità nella misura e per il tempo determinati dalle leggi speciali, dalle norme corporative, dagli usi o secondo equità".

Nel 1977 i vari Enti deputati alla tutela della malattia, in previsione dell'istituendo S.S.N., furono posti in liquidazione, e la gestione completa della tutela economica della malattia e della maternità fu attribuita all'INPS (art. 74 della L. 833/1978).

Con la L. 33/1980 (conversione del D.L. 663/1979) la materia fu definitivamente regolamentata, e, salvo alcune parziali modifiche intro-

dotte successivamente, è tuttora vigente.

L'art. 2 della L. 33 stabilisce che il diritto all'indennità sorge in caso di "infermità comportante incapacità lavorativa", cioè di una patologia che abbia come effetto sul lavoratore la temporanea perdita di svolgere il lavoro di cui è capace (inabilità temporanea specifica). L'indennità viene anticipata dal datore di lavoro per conto dell'INPS nei seguenti casi:

- operai dell'industria e dell'artigianato e categorie assimilate, compresi i lavoratori a domicilio;
- operai ed impiegati del commercio;
- dipendenti delle aziende di credito, delle compagnie di assicurazione e dei servizi tributari appaltati.

L'INPS corrisponde direttamente l'indennità, invece, nei seguenti casi:

- lavoratori agricoli, esclusi dirigenti ed impiegati;
- lavoratori assunti a tempo determinato per i lavori stagionali;
- disoccupati e sospesi dal lavoro che non usufruiscono del trattamento di Cassa Integrazione;
- lavoratori a tempo determinato ai quali l'indennità non viene pagata dal datore di lavoro.

Il lavoratore ammalato ha diritto alla conservazione del posto per tutto il periodo della malattia, purché esso non superi il c.d. periodo di comporto, stabilito dai contratti collettivi di lavoro (in genere di 180 giorni), ed alla corresponsione dell'indennità di malattia da parte dell'INPS per un periodo massimo di 180 giorni nell'anno solare.

Il lavoratore deve giustificare l'assenza per malattia mediante certificazione medica che viene redatta dal curante su appositi modelli (OPM 1) in duplice copia, una contenente la diagnosi, l'altra no (che vengono rispettivamente definite certificato di diagnosi ed attestazio-

ne di inizio e di durata presunta di malattia). Sempre in base all'art. 2 della L. 33/1980 (secondo la modifica introdotta dall'art. 15 della L. 155/1981), il lavoratore deve, entro due giorni dal relativo rilascio, recapitare o trasmettere, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento (riguardo a questa seconda ipotesi, la Suprema Corte non ha ravvisato in ciò un onere per il lavoratore, per cui sono ritenuti validi anche certificati spediti con posta normale, purché il timbro postale faccia fede dell'avvenuto invio entro i limiti temporali previsti), il certificato all'INPS e l'attestazione al datore di lavoro. Il ritardo nell'inoltro del certificato viene sanzionato con la decadenza dell'indennità economica per i giorni di ritardo.

Il lavoratore deve anche rendere nota, all'INPS ed al datore di lavoro, la dimora presso la quale può essere reperito per le visite di controllo richieste dal datore di lavoro o dall'INPS. Tali visite, in base all'art. 5 della L. 300/1970 (Statuto dei lavoratori), possono essere effettuate "soltanto attraverso i servizi ispettivi degli istituti previdenziali competenti". I servizi ispettivi furono inizialmente individuati nei medici dei servizi sanitari indicati dalle regioni (art. 2 della L. 33/1980); successivamente furono istituite anche delle liste speciali (D.L. 463/1983, convertito con modificazioni nella L. 638/1983) di medici di controllo, la cui costituzione, in base al D.M. del 15.07.1986, fu affidata alle sedi provinciali dell'INPS.

L'obbligo di reperibilità, per il dipendente, consiste nel consentire al medico di controllo l'accesso alla dimora indicata e l'effettuazione della visita, nell'ambito delle fasce orarie di reperibilità, comprese fra le 10 e le 12 e fra le 17 e le 19 di tutti i giorni, compresi i domenicali ed i festivi. L'assenza del lavoratore senza giustificato motivo com-

porta la perdita del diritto all'indennità per i primi 10 giorni di malattia; una seconda assenza ingiustificata nel corso della stessa malattia comporta la riduzione al 50% dell'indennità per la successiva durata (esclusi i periodi di ricovero ospedaliero); una terza assenza ingiustificata comporta, infine, la decadenza dall'intero trattamento economico.

Il lavoratore assente, inoltre, e colui che abbia contestato il parere del medico di controllo deve recarsi, il primo giorno utile dopo la visita domiciliare, presso la Sede INPS competente territorialmente per essere sottoposto a visita ambulatoriale dal Dirigente Medico Legale preposto a ciò. Nel caso dei contestatori, in base all'interpretazione da parte dell'INPS dell'art. 6 del D.M. 15.07.1986, resa nota con messaggio 12696 del 18.04.1992, la visita ambulatoriale costituisce anche espletamento del ricorso amministrativo ed il parere del medico di Sede inappellabile, rimanendo al lavoratore solo la possibilità di ricorso giudiziario.

Il modello inglese di tutela economica della temporanea incapacità lavorativa appare particolarmente strutturato ed efficiente, offrendo una copertura economica al lavoratore temporalmente estesa ben oltre i 180 giorni previsti dalle normative italiane, i quali possono risultare insufficienti in molti casi a garantire il ripristino della capacità lavorativa dell'operaio, esponendolo al licenziamento per superato periodo di comporta. Ciò appare particolarmente vessante per il lavoratore, soprattutto se si prendono in considerazione particolari patologie e le terapie ad esse necessarie (valga per tutte la chemioterapia antitumorale), che possono protrarsi ben oltre i sei mesi, senza poi incidere in misura rilevante sulla residua capacità lavorativa del soggetto.

Considerando che il mercato lavorativo inglese è caratterizzato da un meccanismo di flessibilità scarsamente presente in Italia (anche se le recenti norme sul lavoro aprono scenari prima inaspettati), si può considerare l'IB una tutela forse superflua, laddove un'analoga provvidenza sarebbe utile nel nostro Stato, nel quale solo un'anacronistica forma di tutela antituberculosa consente che il periodo di comporta superi i sei mesi (nella massima parte dei casi ridondanti ai fini della guarigione e/o stabilizzazione del processo specifico).

Aspetto particolarmente interessante, ai fini della garanzia dell'imparzialità del giudizio valutativo sull'incapacità lavorativa specifica, è la dicotomia esistente tra Ente erogatore (il DSS) ed Ente accertatore (l'IR).

Il settore medico del DSS ha una funzione accertativa interna, una sorta di controllo di qualità per non disperdere risorse (ogni DSS ha un bilancio e questo deve essere giustificato di fronte al Secretary of State for Social Security).

L'IR è invece un vero organo di controllo *super partes* sulla adeguatezza delle decisioni mediche prese, che può essere invocato sia dal lavoratore malato che dal datore di lavoro.

In Italia, come è noto, l'art. 5 della L. 300/70 individua nei "servizi ispettivi degli istituti previdenziali competenti" i soggetti autorizzati alla verifica dello stato di malattia comportante incapacità temporanea al lavoro. Inizialmente rappresentati solo dai medici dei servizi di medicina legale del SSN (ex art. 2 L. 663/79), sono stati successivamente riconosciuti anche nei medici convenzionati delle liste speciali ex art. 5 D.L. 463/83, costituite presso le sedi provinciali dell'INPS. Le normative italiane consentono, quindi, al datore di lavoro, di scegliere tra due Enti il servizio al quale affidare

la verifica dello stato di incapacità lavorativa, non precludendogli la possibilità di richiedere, per lo stesso periodo di malattia, due o più visite successive ora all'uno, ora all'altro Ente, con la conseguente possibilità di valutazioni diverse, addirittura antitetiche, a distanza di un giorno. Già la giurisprudenza ha notato tale discrepanza, che potrebbe divenire fonte di incertezza sullo stato di diritto, e si è espressa, giudicando non sanzionabile il lavoratore assente in occasione di seconda visita di controllo sullo stesso periodo di malattia, quando una prima visita ne avesse confermato lo stato di malattia temporaneamente inabilitante. Apparirebbe, pertanto, auspicabile, *de iure condendo*, che anche in Italia un unico Soggetto si occupasse della verifica della malattia; tale Soggetto potrebbe anche essere estraneo (ai fini della garanzia di imparzialità nell'effettuazione della visita di controllo) ai due Enti attualmente autorizzati dalle normative.

Altro aspetto interessante del modello inglese è la puntualizzazione della necessità delle cure, le quali diventano prerogativa per la concessione del beneficio economico di malattia. In Italia, ove la definizione legale della malattia indennizzabile è limitata alla "infermità comportante incapacità lavorativa", mancando riferimento alcuno all'aspetto terapeutico, la materia è più nebulosa, e non sono rari i casi nei quali il medico di base certifica lunghi periodi di malattia suggerendo solo il "riposo". Tuttavia, le definizioni medico-legali di malattia attribuiscono all'intervento terapeutico dignità di elemento necessario alla qualificazione di malattia indennizzabile di una patologia. Sarebbe quindi auspicabile che tale concetto venisse normato; considerando anche i nuovi concetti di continuità assistenziale si potrebbe trovare una intesa con le parti sociali per costi-

tuire una tabella dei tempi massimi per intraprendere la cura medica anche in Italia, tenendo conto che con l'avvento della CEE le differenze di gestione dell'assistenza sanitaria nei Paesi dell'Unione Europea dovranno essere superate, anche per permettere la reale circolazione dei cittadini membri, particolarmente a fini lavorativi.

Ultimo aspetto che si considera, e forse anche il più singolare, è la possibilità, per il lavoratore inglese, di autocertificare lo stato di malattia per i primi sette giorni. La normativa italiana in merito lo esclude esplicitamente, e si ritiene che per ora non vada cambiata, a meno che non si forniscano adeguati strumenti di tutela del datore di lavoro.

Bisogna infatti specificare che l'IR può, se interpellato, valutare la pertinenza dell'autocertificazione, e in caso di esito negativo si ha giusta causa per il licenziamento del dipendente.

Inoltre qualsiasi abuso è segnalato ai DSS e alla banca dati dell'IR, costituendo evidenza negativa in caso di successive richieste di benefici economici.

In definitiva, si ritiene che il modello italiano di gestione della temporanea incapacità lavorativa per malattia, pur funzionando abbastanza bene, sia perfezionabile, e che alcune indicazioni provenienti dal modello inglese vadano debitamente considerate a tal fine.

RIASSUNTO

Gli Autori con il presente lavoro trattano esaurientemente della gestione dell'indennità economica di malattia in Gran Bretagna, ponendo particolarmente l'accento sulle modalità di produzione del certificato di inabilità temporanea al lavoro, di controllo dello stato di malattia e di accertamento della capacità lavorativa me-

dian­te tests speci­fici. Successiva­mente tali aspet­ti ven­gono com­pa­ra­ti con i cor­rispet­ti­vi della nor­ma­ti­va vi­gen­te in Ita­lia, esi­ma­nan­do cri­ti­ca­men­te le con­di­zio­ni sus­cet­ti­bili di in­no­va­zio­ni e perfe-

zio­nan­ti. Ven­gono, quin­di, pro­poste delle ipo­tesi di modi­fica delle at­tu­ali nor­me sulla scorta di quei pun­ti del mo­del­lo in­glese che appaio­no più in­ter­es­san­ti ed adat­ta­bili alla si­tu­a­zio­ne ita­li­ana.

Bibliografia

- 1) GERIN C., ANTONIOTTI F., MERLI S.: «*Medicina Legale e delle Assicurazioni*». S.E.U. 1991.
- 2) GIUSTI G.: «*Trattato di Medicina Legale e Scienze Affini*». CEDAM 1998.
- 3) «*Incapacity Benefits Handbook for Medical Services Doctors*» DDS ed. 1999.
- 4) MACCHIARELLI L., FEOLA T.: «*Medicina Legale*». Minerva Medica ed. 1995.
- 5) OGUS A.I., BARENDT E.M., WIKELY N.: «*The Law of Social Security*». Academic Textbook on Social Security Law 1999.
- 6) PATRIZI R.: «*Aspetti medico-legali della valutazione nell'incapacità lavorativa da malattia*». Atti del Convegno Nazionale di Medicina Legale, L'Aquila 1987.
- 7) «*Social Security Contributions and Benefits Act*» 1992.
- 8) «*Social Security (Incapacity for Work) (General) Regs*» 1995.
- 9) «*Social Security (Incapacity Benefits) (Transitional) Regs*» 1995.

Il sistema di indennizzo delle vittime di azioni criminali nel Regno Unito

Paolo MONDINI
Istituto di Medicina Legale
e delle Assicurazioni
Università di Torino

Stefano JOURDAN
Primario medico-legale A.S.L. 1
Torino

Marco ROSSI
Consultant Pathologist Walton Centre
for Neurology e Neurosurgery
Liverpool UK

Nel 1964 in Inghilterra, su richiesta scritta del Parlamento, fu istituito un risarcimento, che seguiva le regole della common law, per le vittime di crimini violenti che avessero riportato lesioni personali (The Criminal Injuries Compensation Scheme, chiamato ora the Old Scheme).

Fu creato un organo apposito per la gestione di questo risarcimento; tale organo è il Criminal Injuries Compensation Board (abbreviato nei documenti ufficiali come the Board); tra i suoi compiti è compreso quello di stilare un Annual Reports of the Criminal Injuries Compensation Board (abbreviato come CICB).

L'assetto normativo fu raggiunto dopo accese discussioni; molti parlamentari si opposero alla legge in quanto temevano che la sua copertura finanziaria avrebbe portato a una nuova tassa che sarebbe stata mal accolta dagli elettori.

Furono soprattutto alcuni parlamentari che difesero con diverse argomentazioni il razionale di tale legge.

In primis fu fatto notare che per molte disabilità, come per le malattie congenite, per gli infortuni e le malattie professionali, per le disabilità avute a causa di eventi bellici, o per malattie acquisite che comportavano la perdita del posto di lavoro, si aveva una copertura sociale con lo scopo di aiutare questi soggetti.

Solo chi era stato vittima di un crimine non era tutelato sotto questo aspetto, e quindi c'era una discriminazione di fondo.

Inoltre lo Stato ha il dovere di proteggere i suoi cittadini, e quando fallisce in questo suo compito, è giusto che risarcisca la vittima.

Molti studi sugli eventi criminali avevano evidenziato che questi avvengono di preferenza in zone ove l'illuminazione pubblica è insufficiente, o erano stati favoriti da omissioni di vigilanza della polizia, quando non addirittura era la stessa polizia che aveva sottovalutato una serie di eventi sentinella.

È interessante che proprio per questa ultima causa, molte sentenze hanno condannato ad un risarci-

mento danni, secondo la common law, le forze dell'ordine.

La scelta di utilizzare le regole della common law nell'Old Scheme fu molto discussa prima di essere accettata.

Infatti all'inizio vi erano due opzioni: una era quella che proponeva di seguire l'industrial injury scheme (IIS), che aveva il vantaggio di essere codificato e già utilizzato da molto tempo, quindi eventuali dispute sui risarcimenti potevano essere risolte ispirandosi a tutta la legislazione e alle sentenze in proposito (per maggiori delucidazioni sull'argomento si rimanda al nostro articolo in bibliografia).

La seconda opzione era quella di seguire la common law, con l'inconveniente di essere in un periodo storico in cui nei tribunali vigeva l'anarchia assoluta riguardo al risarcimento del danno alla persona.

Ma la common law fu giudicata l'unica in grado di coprire tutte le patologie che potevano derivare dai crimini (per esempio la violenza sessuale non era contemplata nell'IIS).

È interessante notare che questa scelta portò ad un'accelerazione dei lavori del Working Party (gruppo di lavoro incaricato di stilare linee guida nel risarcimento del danno alla persona).

Questo incominciò, prima in maniera ufficiosa, a dare indirizzi di valutazione del danno, fino al 1992, anno in cui fu pubblicata la prima edizione del Guidelines for the Assessment of General Damages in Personal Injury Cases, che viene ora utilizzata nei tribunali inglesi come punto di riferimento nel risarcimento del danno alla persona.

L'Old Scheme fu inteso all'inizio come legge provvisoria, in attesa di una revisione generale della normativa sui crimini, che doveva comprendere anche una soddisfazione economica alle vittime.

Ma nel The Criminal Justice Act 1988, ritenendo che l'Old Scheme fosse ben utilizzato, si confermò che bisognava far riferimento ad esso nei casi in cui lo Stato doveva risarcire le vittime.

Il 1° aprile 1994 il governo cambiò i parametri di valutazione del danno psico fisico: dalle regole della common law si passò ad un elenco di 186 lesioni, ciascuna delle quali definita nel suo valore monetario.

Il 12 dicembre 1995 fu emanato il testo di legge rielaborato, con allegata la tabellazione del valore delle lesioni, sotto il nome di Criminal Injuries Compensation Act 1995 (New Scheme).

Il termine compensation può essere tradotto sia come risarcimento che come indennizzo.

In questo lavoro si è usato il termine *risarcimento* per riferirsi all'Old, in quanto collegato al sistema per il risarcimento del danno biologico da responsabilità civile nel Regno Unito, e il termine di *indennizzo* per il New, più vicino al nostro concetto di indennizzo in considerazione dei valori prestabiliti per legge e dei rigidi limiti di applicazione.

L'esigenza di definire il valore monetario delle lesioni derivò dai costi crescenti dell'Old Scheme.

Nella common law si arrivò col tempo a stabilire un valore minimo e uno massimo per i vari danni e tale impostazione è stata mantenuta anche nelle Guidelines; nei risarcimenti per le vittime dei crimini succedeva che era sempre il valore massimo che veniva attribuito, anche quando il danno poteva rientrare nel valore minimo.

Inoltre, seguendo sempre le regole della common law, si aveva anche un rimborso sia delle spese mediche (che venivano effettuate in costose cliniche private sapendo che poi sarebbero state rimborsate, ed anzi era la stessa clinica che presentava direttamente il conto al Board su de-

lega del paziente), sia della perdita del guadagno presente e futuro a causa della lesione (una specie di risarcimento per lucro cessante da disabilità permanente specifica).

Il tutto era poi aumentato calcolando i tassi di inflazione.

Per tutte queste ragioni si decise di interrompere il legame tra la common law e la compensazione delle vittime dei crimini, stabilendo a priori le tariffe da pagare e passando così da un sistema risarcitorio ad uno indennitario.

L'utilizzo di tariffe fisse ha anche lo scopo di rendere più veloci i pagamenti, in quanto elimina tutta la fase di discussione su quanto vale una lesione.

È inoltre possibile dare delle priorità: infatti il Board considera più importante rispondere per primi ai casi in cui si ha il decesso di una persona (ove sono gli aventi diritto a chiedere i danni) e ai casi in cui i danni sono a carico dei bambini.

I ritardi nella chiusura della pratica al momento attuale si hanno in maggior parte per tre ragioni:

1) quando si reputa necessario avere ulteriori informazioni (dalla polizia, dai medici, dai testimoni del fatto criminoso);

2) quando il danno è complesso e non è facile stilare una prognosi adeguata o quantificare i postumi al momento della valutazione;

3) da inefficienza burocratica del Board.

Su questo ultimo punto bisogna ricordare che il personale del Board è andato aumentando in questi ultimi anni, e quindi si è posto il problema di un training adeguato per chi lavora entro questa struttura. Lo stesso Board utilizza medici valutatori che hanno dovuto apprendere un tipo di valutazione che con il New Scheme è diventata molto precisa, togliendo molto della soggettività che è invece concessa in altri campi (si ricorda che le tabelle di valutazione vigenti per legge in Inghilterra

sono solo indicative, e il medico può scostarsi dai valori in esse contenute se lo ritiene opportuno).

Infine tutti gli uffici del Board sono stati trasferiti nel 1990 da Londra a Glasgow con tutti gli inconvenienti che si accompagnano in questi casi.

La stessa modulistica e impostazione delle pratiche ha subito un profondo mutamento per adattarsi alla informatizzazione, e ciò ha portato ad ulteriori disguidi.

Nel 1979 ci fu un profondo mutamento nell'Old Scheme, che è stato ripreso anche nel New.

Nel CICB del 1978 si discusse dell'esigenza di poter, in alcuni casi, rivedere il giudizio emesso, e correggere l'eventuale importo monetario erogato.

Questo perché a volte ci si trovava di fronte a dei peggioramenti, collegati alla lesione iniziale, che non erano stati calcolati o previsti al momento della chiusura della pratica.

Nell'Old Scheme fu messo come limite che fossero passati almeno tre anni dalla chiusura della pratica, per poterla riprendere in considerazione.

Nel New questo lasso temporale è stato portato a due anni; inoltre è stata aggiunta la possibilità da parte del Board di riconsiderare autonomamente le decisioni prese.

Questo significa che può a suo giudizio cambiare una decisione già presa, purché non ancora notificata all'interessato.

Il pagamento dell'indennizzo avviene in un'unica soluzione e si è voluta negare di proposito la possibilità di assegnare rendite mensili per evitare che il richiedente si ritiri dalla vita produttiva.

Esistono però due importanti eccezioni.

Se il richiedente è affetto da patologia psichiatrica, o l'esito del danno è a livello psichiatrico, e quindi il soggetto è incapace di autogestirsi

(secondo le regole del Mental Health Act 1983), il denaro è gestito dalla Bank of Scotland nell'interesse e secondo i bisogni dell'interessato.

Anche nei casi di abuso sui minori, quando questi sono compiuti dalla famiglia, o i genitori non sono ritenuti idonei ad agire nell'interesse del bambino, il denaro dell'indennizzo è gestito sempre dalla stessa banca nell'interesse del minore.

In questi casi il Board compie uno stretto controllo sull'uso che viene fatto del denaro.

Tutti gli indennizzi sono considerati esentasse, anche se è stato solo con l'Income and Corporation Taxes Act 1988 che lo si è stabilito per legge.

Al Board compete il pagamento della parcella medica con cui chiede a uno o più specialisti di sua fiducia a uno o più specialisti di sua fiducia un parere sulle lesioni riportate.

Il richiedente può presentare una relazione medica (report) fatta da un suo medico di fiducia ed eventuale documentazione fotografica, che sono rimborsati al paziente con una cifra forfettaria.

L'Old Scheme prevedeva che il richiedente potesse entro tre mesi dalla notificazione della decisione sul risarcimento richiedere di essere ascoltato direttamente dal Board, la cui commissione era composta da tre membri; tale procedura aveva il nome di Reconsideration.

Questo portò ad un carico di lavoro notevole, ed ad un intasamento delle commissioni preposte all'udienza.

Nel 1990 si decise di limitare questa possibilità solo in casi particolari: in pratica si divise la possibilità di giudicare sui documenti che potevano essere presentati in un secondo tempo dal richiedente, da quella in cui era necessario ascoltare direttamente l'interessato.

Se il giudizio sugli atti non era ancora soddisfacente, l'interessato poteva ricorrere all'audizione, ma

questa poteva essere negata se giudicata inutile in quanto i documenti presentati erano esaustivi.

Inoltre si suggerì al Board che due esaminatori erano sufficienti per discutere del caso; questa indicazione fu solo in parte seguita, in quanto per i casi complessi (che erano la maggior parte tra quelli che chiedevano l'audizione) si continuò ad avere tre membri in commissione.

Se dopo tale giudizio il richiedente non era ancora soddisfatto del risultato doveva ricorrere alla procedura della Review, che veniva effettuata dal Board con tre membri (dal 1990 fu suggerito anche qui di usarne solo due, ma anche in questo caso per le pratiche complesse si continuò a ricorrere a tre membri).

Il New Scheme ha in parte modificato queste procedure, ma si è anche più aperto all'ascolto delle ragioni dei richiedenti, in quanto le tariffe fisse offrono meno margini di manovra.

Infatti se mentre prima uno si lamentava del rimborso parziale delle spese mediche, ci poteva essere un compenso aumentando la valutazione monetaria del danno (considerando anche gli effetti sulla vita lavorativa presente o futura) e quindi un accordo si riusciva a raggiungere con buona soddisfazione delle parti.

Con la tabellazione fissa ciò non è più possibile, quindi anche la possibilità di rivedere le decisioni è stata in parte modificata.

Il New Scheme prevede come prima azione da intraprendere, se un richiedente non è soddisfatto del risultato ottenuto, di compilare un modulo prestampato e di spedirlo allo stesso ente entro 90 giorni dalla data in cui è stata comunicata la decisione del Board.

La review non può essere richiesta, e quindi bisogna chiedere un appeal (appello), in cinque casi, che sono elencati dalla legge.

Il primo è quando sono passati più di due anni dalla data in cui si è

verificato il fatto criminoso, e non è stata fatta domanda di risarcimento; infatti solo nell'interesse della giustizia e in particolari circostanze (che non sono definite dalla legge) la commissione di appello può concedere tempi più lunghi.

Il secondo quando la commissione non ha riaperto il caso nonostante vi sia stata una documentazione del cambiamento delle condizioni mediche della vittima, o quando questa sia morta in seguito a causa delle lesioni riportate.

Oppure quando sono trascorsi più di due anni dalla data in cui vi era stata la decisione finale sul caso.

Nei casi sopra indicati l'appello sarà deciso solo sugli atti, analizzando i nuovi documenti presentati.

Nei restanti tre casi sottostanti l'appello delle essere fatto ascoltando il richiedente.

Questi sono quando c'è stato già un pagamento, ed ora le condizioni cliniche sono peggiorate e quindi si rientrerebbe in un'altra classe di lesione; quando una decisione già comunicata è stata riconsiderata d'ufficio e presa quindi una nuova risoluzione; quando il richiedente ha già ricevuto un indennizzo (ad esempio dal processo civile per danni) e il Board ha preso una decisione diversa a proposito della valutazione dello stesso danno.

L'appello è d'obbligo nei casi sopra elencati, facoltativo se la review non soddisfa ancora il richiedente.

L'onere di provare le proprie richieste spetta a questi, che può farsi assistere da una persona di sua fiducia o da un legale.

Il Board nell'appello orale può contro interrogare eventuali testimoni a favore del richiedente, e può portare motivazioni e testimoni contro le pretese di questo (in particolare ascolta gli ufficiali di polizia che sono intervenuti sulla scena del crimine, o i suoi medici).

L'appello, contrariamente all'Old Scheme che aveva un tempo limite

di 30 minuti in quanto gli esaminatori conoscevano bene la pratica per averla studiata prima con i loro avvocati, non ha un tempo prefissato, e la seduta può anche essere aggiornata.

Importante è sottolineare che le sedute sono a camera chiusa, e tutti i dati sono confidenziali, e c'è il veto da parte della stampa di riportare i nomi degli interessati (anche se in casi clamorosi si è potuto facilmente intuire chi erano gli interessati).

IL NEW SCHEME

Si esaminerà ora in particolare il New Scheme.

Le *criminal injuries* sono lesioni fisiche o mentali riportate in Gran Bretagna attribuibili a un crimine violento (incluso l'incendio doloso e l'avvelenamento) o le lesioni provocate a terzi da un soggetto che ha oltrepassato abusivamente la strada ferrata (le rotaie del treno o della metropolitana) o le lesioni che possono essere arrecate a chi aiuta la polizia nel suo lavoro.

Il territorio di competenza comprende oltre alla Gran Bretagna, anche le navi e gli aeromobili con la bandiera inglese, le installazioni militari estere gestite sempre dalla Gran Bretagna, ed anche i fari che rientrano nella sua giurisdizione.

Ultimamente è stato inserito anche il tratto di tunnel sotto la Manica di gestione inglese.

Gli assicurati, secondo l'interpretazione del Board, sono oltre i cittadini inglesi, anche gli stranieri che soggiornano sul territorio sopra riportato.

Erano precedentemente sorte questioni su questo punto, in quanto una interpretazione restrittiva del governo voleva l'applicazione solo ai cittadini inglesi.

Un caso particolare, avvenuto in Francia, portò però ad una interpretazione più ampia del Board.

In Francia esiste una legge simile alla Criminal Injuries Compensation Scheme, che è la Commission d'indemnisation des victimes d'infraction.

Un cittadino inglese aveva subito delle lesioni per un fatto criminale avvenuto sul territorio francese (in particolare una aggressione in una discoteca), e aveva chiesto alla Francia l'indennizzo secondo la procedura di legge di questo paese.

Ma la Francia gliela aveva rifiutata affermando che non essendo cittadino francese non ne aveva diritto.

Allora c'è stato un ricorso alla Corte di Giustizia della Comunità Europea, che ha stabilito che tutti i cittadini CEE hanno diritto ad usufruire dei benefici di legge dei paesi ove soggiornano.

Quindi la Francia fu costretta a pagare l'indennizzo dovuto.

Anche chi ha precedenti penali ed è vittima di un crimine ha diritto alla richiesta di indennizzo, ma se questo gli viene concesso la cifra viene decurtata di una percentuale (che va da 0 a 100%).

Tale percentuale è stabilita da una tabella, ed è in relazione alle condanne subite.

L'interpretazione del termine "crimine violento" è fondamentale in quanto da diritto oppure no all'indennizzo.

La definizione di tale termine viene ricavata dalle leggi penali (chiamate Criminal) ed in particolare dal Criminal Justice Act 1988, dall'Explosive Substances Act 1883, dal Person Act 1861, dal Criminal Damage Act del 1971 e dal Sexual Offences Act 1994.

L'interpretazione è fondamentale ed infatti molte domande sono state respinte perché non rientravano nella definizione di crimine violento.

Ad esempio fu respinta la richiesta dei familiari di un poliziotto che prima aveva riportato gravi lesioni e poi era deceduto, a causa di una esplosione di gas, provocata da una

persona che si era suicidata con questo mezzo.

Le motivazioni furono che il suicida non aveva commesso un crimine violento e che le lesioni del poliziotto non erano causate da un crimine violento, ma da un fatto accidentale.

Altri esempi significativi sono quello di un agente penitenziario che si provocò una lombagia nello spostare un detenuto pesante che faceva resistenza passiva (lasciandosi trasportare a peso morto). Anche qui l'indennizzo fu negato perché non sussistevano i presupposti.

Infine si ricorda il caso di una infermiera che si ustionò nel tentativo di spegnere un incendio provocato da un paziente psichiatrico; anche in questa occasione non fu riconosciuto l'evento criminale.

È curioso ricordare che le lesioni riportate per un attacco da parte di un cane vengono considerate crimine e pertanto indennizzate.

Non sono considerate crimine indennizzabile dallo Scheme invece eventuali lesioni riportate per interventi medici e chirurgici eseguiti da abusivi (persone non laureate) se tali interventi sono stati eseguiti con il consenso dell'interessato (anche se il paziente non sapeva che chi praticava non era un vero medico).

Non sono crimini neanche le lesioni riportate durante rapporti sessuali sado-masochistici fra persone consenzienti.

Ma è considerato un crimine se un marito provoca lesioni alla moglie per avere un rapporto sessuale contro il volere di questa, e quindi si ha indennizzo.

Se un soggetto riporta lesioni durante un arresto di polizia o nel soggiorno in una prigione, rientra tra i crimini solo se a tale soggetto viene riconosciuto che è vittima di un errore giudiziario, e quindi ha anche questa forma di indennizzo.

È interessante notare come una situazione estremamente particolare

sia prevista dallo Scheme: quella dei lavoratori delle strade ferrate (railway).

Se un lavoratore di questo servizio riporta lesioni perché qualcuno ha tentato di suicidarsi o si è suicidato utilizzando la strada ferrata, ha diritto all'indennizzo.

La richiesta avviene per la maggior parte dei casi per lesioni psichiche che i guidatori subiscono nel vedere persone che per suicidarsi si buttano o contro il treno o sulle rotaie.

Altre lesioni indennizzate sono quelle riportate dai cittadini che aiutano le forze di polizia nel loro lavoro (ad esempio nella cattura di un criminale in fuga) o durante scontri tra polizia e dimostranti (ovviamente il cittadino deve essere uno spettatore ignaro e non un partecipante alla dimostrazione).

Tra le eventualità riconosciute dal Board c'è anche quella delle lesioni riportate dal personale sanitario che fornisce la prima assistenza durante manifestazioni violente, o nei casi di crimini violenti ove è necessaria l'assistenza medica (come gli attentati).

Gli incidenti del traffico non sono compresi nello Scheme, tranne i casi particolari (come quello di chi ha subito un tentato omicidio con un investimento volontario e non colposo).

LE LESIONI TABELLATE

L'importo monetario degli indennizzi è diviso in 25 livelli a ciascuno dei quali corrisponde una cifra differente.

Vi è quindi una elencazione di 186 lesioni, descritte sia in termini medici sia con un linguaggio accessibile a tutti (ad esempio il femore è specificato come l'osso della coscia).

Se la lesione rientra nella descrizione bisogna fare riferimento a questa ed alla sua valutazione.

Per le lesioni non tabellate, come nel caso di malattie infettive acquisite per violenza sessuale o per essere stati tagliati o punti da strumenti infetti (come gli aghi), si ricorre a una valutazione della malattia e si cerca di inquadrarla nei livelli a disposizione secondo le regole generali di questi (durata e gravità).

Tali casi sono piuttosto frequenti, infatti il Board negli ultimi anni ha avuto un aumento di richieste di indennizzo da parte di poliziotti che nel perquisire un sospettato si sono punti con siringhe che questi avevano in tasca.

Se interviene un'infezione, si considererà la durata della malattia che ne consegue alla voce *Condizione o malattia riconosciuta a livello medico (non psichiatrica o psicologica)* e si inquadrerà il livello in base alla durata dei sintomi.

Il concetto di malattia è in questo caso assai simile al nostro in ambito penale e consiste in una alterazione dello stato di salute che richieda cure, assistenza o riguardi.

In caso di puntura con ago sospetto infetto, se chi si è punto avrà una sintomatologia ansiosa nel periodo finestra, in cui non si può ancora stabilire se è stato infettato oppure no, questi disturbi saranno considerati come *Disabilità per ansietà mentale temporanea* e saranno valutati a seconda della gravità dei sintomi (si rimanda alla tabella allegata per le voci specifiche).

Per le lesioni multiple sono già previste e tabellate alcune voci specifiche che raggruppano più lesioni o menomazioni, e quindi, in questi casi, si deve fare riferimento diretto alla tabella.

Quando invece non vi è una specifica voce che raggruppi diverse lesioni o menomazioni coesistenti o concorrenti, ciascuna di esse viene individuata fra quelle singolarmente tabellate e poi si sommano gli importi, tenendo presente che non si

può mai superare la cifra totale di 500.000 sterline.

Non si procede invece ad una valutazione globale per le lesioni multiple, come invece avviene per la Work Compensation Injury nel Regno Unito o per il Danno Biologico in Italia sia in campo civile che di indennizzo INAIL.

Questo perché il New, rispetto all'Old, è una tutela fissa e tabellata e quindi bisogna rigidamente attenersi.

Si può quasi considerare il New come una assicurazione, fatta dallo stato inglese, contro il rischio che i suoi cittadini siano sottoposti a fatti criminosi.

Quando tali fatti avvengono i cittadini sono indennizzati dallo stato inglese.

Esistono delle lesioni definite minori che sono descritte con un piccolo elenco solo di esempio.

In questo elenco sono comprese le escoriazioni, tagli, lacerazioni che non lasciano cicatrici visibili o importanti.

Le contusioni, le lesioni dei tessuti molli che non lasciano nessuna disabilità, la contusione dell'orbita oculare (blach eye), l'epistassi, la perdita dei capelli perché strappati, la perdita di una o più unghie.

Per rientrare nell'indennizzo (del livello 1) vi devono essere evidenti reliquati dopo sei settimane dall'incidente, e devono essere state necessarie almeno due visite mediche entro tale periodo.

In caso di più lesioni minori, la seconda viene indennizzata con un aumento del 10%, mentre le altre con aumento del 5% ciascuna.

Infine vi è una specificazione del termine shock o shock nervoso.

Questo si può riferire sia ad una manifestazione puramente psichica (come l'ansietà, l'insonnia, ecc.) oppure può essere accompagnato da patologia fisica come alopecia, asma, eczema, enuresi e psoriasi.

Potrà essere considerata anche la disabilità derivante da uno

shock che si ripercuote sulle prestazioni lavorative o scolastiche, le relazioni sociali e le disfunzioni sessuali.

Il richiedente può farsi fare una relazione medica da un qualsiasi specialista di sua fiducia (anche se poi si tende a scegliere lo specialista dell'organo che è stato coinvolto), che è una sintesi delle condizioni mediche passate e presenti, con una prognosi sulla probabilità dell'evoluzione della lesione.

La richiesta può essere avanzata al Board anche senza questa relazione, ma solo presentando la documentazione clinica rilasciata dal medico o dalle strutture di cura.

Il Board farà eseguire una valutazione da un medico di sua fiducia, che deve essere per legge specialista nella materia trattata solo per gli indennizzi delle patologie mentali (quindi lo psichiatra).

Ciascuna lesione va valutata e descritta separatamente, e poi si fa la somma aritmetica di quanto valgono le lesioni per arrivare alla cifra finale.

Accanto alla valutazione del danno psicofisico, il richiedente può chiedere anche il rimborso delle spese mediche.

Queste sono rimborsate se ritenute "ragionevoli", e tale termine si riferisce alla common law.

In questa vi è un elenco, il Damages for Personal Injury: Medical, Nursing and Other Expenses Consultation Paper No. 144 London HMSO 1996, che è preso come punto di riferimento.

Inoltre sono prese in considerazione particolari spese mediche come quelle per la long term care, per ausili e protesi, per modifiche alla abitazione, al luogo di lavoro, alla autovettura.

Anche se il New Scheme con la tabellazione ha lo scopo di limitare tutte queste spese aggiuntive, in realtà nei casi gravi il Board può concederle.

Vi è un particolare punto nel New Scheme in cui si danno indicazioni per il calcolo di un eventuale perdita del guadagno causata dalle lesioni.

Questa però è rimborsabile solo dalla 28^a settimana, in quanto prima c'è la copertura sociale della Statutory Sick Pay (anche se non tutte le categorie ne possono beneficiare).

Il calcolo è fatto con una tabella che riporta il tempo di perdita di guadagno previsto (da 5 a 40 anni); quindi per le lesioni permanenti (come le amputazioni) bisogna anche fare un calcolo della aspettativa di vita. In un'altra colonna è indicata una percentuale che va moltiplicata per la cifra dell'indennizzo ottenuta.

Per evitare di avere cifre esorbitanti (come era accaduto nel Old Scheme) si è messo il limite massimo alla cifra di 500.000 sterline, in cui sono comprese tutte le spese sopra ricordate.

Il decesso di chi è stato vittima di un crimine violento è regolato in due modi differenti.

Se il soggetto muore subito o entro le prime 28 settimane, per le lesioni riportate, il New paga le spese funerarie più un indennizzo ai parenti secondo il loro grado di parentela e il numero dei richiedenti.

Se muore dopo le 28 settimane, i parenti possono richiedere in aggiunta anche la perdita della capacità di guadagno del deceduto per il tempo in cui è sopravvissuto (quando ovviamente questi lavorava).

In caso di dipendenza economica dal deceduto vi è un ulteriore metodo per il calcolo dell'indennizzo (che è competenza del Board).

Contrariamente a quanto accade nel resto della tutela sociale inglese, nel New il concetto di malattia e di danno biologico (personal injury) non sono disgiunti, ma interconnessi.

Analizzando la tabella con le sue voci si nota come la lesione è frequentemente accompagnata dal periodo di malattia (espressa anche come

durata del ricovero), e quanto questo incida sull'aumento del livello.

Lo scopo dello schema è stato quello di comprendere il maggior numero di casi, inserendo anche voci generiche per far rientrare situazioni cliniche e di disabilità non contemplate.

Il tutto per diminuire al massimo il contenzioso, vero supplizio dell'Old, e per permettere anche un risarcimento veloce.

Inoltre il gran numero di voci fa sì che il danneggiato, leggendo la cartella clinica o il report del suo medico, possa individualmente richiedere la compensation, senza utilizzare legali, che molte volte hanno l'interesse a cercare il conflitto nelle aule del tribunale.

Si riporta ora la tabellazione del New Scheme.

Il criminal injuries compensation scheme è suddiviso in 25 livelli di compensazione o meglio di indirizzo.

Si elencano ora i livelli con il rispettivo importo:

livello 1	1000
livello 2	1250
livello 3	1500
livello 4	1750
livello 5	2000
livello 6	2500
livello 7	3000
livello 8	3500
livello 9	4000
livello 10	5000
livello 11	6000
livello 12	7500
livello 13	10000
livello 14	12500
livello 15	15000
livello 16	17500
livello 17	20000
livello 18	25000
livello 19	30000
livello 20	40000
livello 21	50000
livello 22	75000
livello 23	100000
livello 24	175000
livello 25	250000

La descrizione delle lesioni riportate è la seguente:

Funzione del corpo: emiplegia (paralisi di un lato del corpo) lev 21

Funzione del corpo: paraplegia (paralisi di entrambi gli arti inferiori) lev 24

Funzioni del corpo: tetraplegia (paralisi di tutti gli arti) lev 25

Danno cerebrale: danno moderato delle funzioni sociali e/o intellettuali lev 15

Danno cerebrale: danno serio delle funzioni sociali e/o intellettuali lev 20

Danno cerebrale: estremamente serio e permanente (senza controllo effettivo delle funzioni) lev 25

Ustioni: multiple di primo grado che coprono almeno il 25% del corpo (per altre ustioni vedi le parti individuali del corpo) lev 19

Epilessia: esacerbazione seria di una precedente condizione lev 10

Epilessia: totalmente controllata lev 12

Epilessia: parzialmente controllata lev 14

Epilessia: incontrollabile lev 20

Morte: per un soggetto che richiede indennizzo lev 13

Morte: per più soggetti che richiedono indennizzo lev 10

Testa: ustione minore lev 3

Testa: ustione moderata lev 9

Testa: ustione grave lev 13

Testa: orecchio: frattura mastoide lev 1

Testa: orecchio: temporanea parziale sordità che dura da 6 a 13 settimane lev 1

Testa: orecchio: temporanea parziale sordità che dura più di 13 settimane lev 3

Testa: orecchio: parziale sordità (un orecchio) (rimane una percezione del suono socialmente utile) lev 8

Testa: orecchio: parziale sordità (entrambe le orecchie) (con necessità di aiuto o protesizzazione per l'ascolto) lev 12

Testa: orecchio: totale sordità (un orecchio) lev 15

Testa: orecchio: totale sordità (due orecchie) lev 20

Testa: orecchio: parziale perdita di un orecchio (o di entrambe) lev 9

Testa: orecchio: perdita di un orecchio lev 13

Testa: orecchio: perdita di entrambe le orecchie lev 16

Testa: orecchio: perforazione della membrana del timpano lev 4

Testa: orecchio: acufeni (rumori disturbanti nell'orecchio) che durano da 6 a 13 settimane lev 1

Testa: orecchio: acufeni che durano più di 13 settimane lev 7

Testa: orecchio: acufeni permanenti (moderati) lev 12

Testa: orecchio: acufeni permanenti (molto seri) lev 15

Testa: occhio: frattura blow out dell'orbita lev 7

Testa: occhio: offuscamento o doppia visione che dura da 6 a 13 settimane lev 1

Testa: occhio: offuscamento o doppia visione che dura più di 13 settimane lev 4

Testa: occhio: offuscamento o doppia visione permanente lev 12

Testa: occhio: cataratta in un occhio (che richiede operazione) lev 7

Testa: occhio: cataratta in entrambi gli occhi (che richiede operazione) lev 12

Testa: occhio: cataratta in un occhio (permanente o inoperabile) lev 12

Testa: occhio: cataratta in entrambi gli occhi (permanente o inoperabile) lev 16

Testa: occhio: abrasione corneale lev 5

Testa: occhio: danno all'iride risultante in ipoema (sangue in camera oculare) lev 6

Testa: occhio: danno all'iride di entrambi gli occhi risultante in ipoema (sangue in camera oculare) lev 11

Testa: occhio: distacco di retina lev 10

Testa: occhio: distacco di retina bilaterale lev 14

Testa: occhio: degenerazione del nervo ottico lev 5

Testa: occhio: degenerazione dei nervi ottici lev 10

Testa: occhio: dislocazione del cristallino lev 10

Testa: occhio: dislocazione dei cristallini lev 14

Testa: occhio: glaucoma lev 6

Testa: occhio: residuo di corpi fluttuanti lev 10

Testa: occhio: recessione dell'occhio per trauma lev 6

Testa: occhio: perdita di un occhio lev 18

Testa: occhio: perdita di entrambi gli occhi lev 23

Testa: occhio: cecità da un occhio lev 17

Testa: occhio: cecità da entrambi gli occhi lev 22

Testa: occhio: parziale perdita della visione 6/9 lev 12

Testa: occhio: parziale perdita della visione 6/12 lev 13

Testa: occhio: parziale perdita della visione 6/24 lev 14

Testa: occhio: parziale perdita della visione 6/36 lev 15

Testa: occhio: parziale perdita della visione 6/60 lev 16

Testa: faccia: ustione minore lev 5

Testa: faccia: ustione moderata lev 10

Testa: faccia: ustione grave lev 18

Testa: faccia: cicatrice: minore sfigurazione lev 3

Testa: faccia: cicatrice: significativa sfigurazione lev 8

Testa: faccia: seria sfigurazione lev 12

Testa: faccia: dislocazione della mascella lev 5

Testa: faccia: permanente clicking temporo mandibolare lev 10

Testa: faccia: frattura malare e/o zigomatica - zigomo lev 5

Testa: faccia: frattura mandibola e/o mascella - osso mascellare lev 7

Testa: faccia: multiple fratture della faccia lev 13

Testa: faccia: temporaneo intorpidimento/perdita della sensibilità che dura da 6 a 13 settimane lev 1

Testa: faccia: temporaneo intorpidimento/perdita della sensibilità (che dura da più di 13 settimane) in attesa di recupero lev 3

Testa: faccia: permanente intorpidimento/perdita della sensibilità lev 9

Testa: naso: deviazione del setto nasale lev 1

Testa: naso: deviazione del setto nasale che richiede settoplastica lev 5

Testa: naso: frattura non scomposta delle ossa nasali lev 1

Testa: naso: frattura scomposta delle ossa nasali lev 3

Testa: naso: frattura scomposta delle ossa nasali che richiede riduzione manuale lev 5

Testa: naso: frattura scomposta delle ossa nasali che richiede rino-plastica lev 5

Testa: naso: frattura scomposta delle ossa nasali che richiede turbinectomia lev 5

Testa: naso: parziale perdita (meno del 10%) lev 9

Testa: naso: perdita dell'olfatto e/o gusto (parziale) lev 10

Testa: naso: perdita dell'olfatto o del gusto lev 13

Testa: naso: perdita dell'olfatto e del gusto lev 15

Testa: cicatrice: visibile, disfiguramento minimo lev 3

Testa: cicatrice: disfiguramento significativo lev 7

Testa: cicatrice: disfiguramento serio lev 10

Testa: cranio: assetto danneggiato permanentemente lev 12

Testa: cranio: concussione (che dura almeno una settimana) lev 3

Testa: cranio: semplice frattura (senza operazione) lev 6

Testa: cranio: frattura depressa (senza operazione) lev 9

Testa: cranio: frattura depressa (che richiede operazione) lev 11

Testa: cranio: ematoma subdurale trattato conservativamente lev 9

Testa: cranio: ematoma subdurale che richiede evacuazione lev 12

Testa: cranio: emorragia cerebrale (con ricovero) lev 9

Testa: cranio: emorragia cerebrale (con residuo di minor danno delle funzioni sociali e intellettuali) lev 12

Testa: cranio: stroke (con ricovero) lev 10

Testa: denti: frattura/scheggiatura

di un dente/i che richiede trattamento lev 1

Testa: denti: scheggiatura frontale dei denti che richiede corona protesica lev 1

Testa: denti: frattura dente/i che richiede corona protesica lev 1

Testa: denti: frattura dente/i che richiede apicectomia (chirurgia della gengiva che arriva fino alla radice o resezione della radice) lev 5

Testa: denti: danno al dente/i che richiede un trattamento del canale lev 1

Testa: denti: perdita della corona lev 2

Testa: denti: perdita di un dente frontale lev 3

Testa: denti: perdita di due o tre denti frontali lev 5

Testa: denti: perdita di quattro o più denti frontali lev 7

Testa: denti: perdita di un dente che non sia frontale lev 1

Testa: denti: perdita di due o più denti che non siano frontali lev 3

Testa: denti: indebolimento di denti che richiedono trattamento lev 1

Testa: lingua: problemi nel linguaggio: lievi lev 5

Testa: lingua: problemi nel linguaggio: moderati lev 10

Testa: lingua: problemi nel linguaggio: seri lev 13

Testa: lingua: problemi nel linguaggio: severi lev 16

Testa: lingua: perdita del linguaggio: permanente lev 19

Testa: lingua: perdita della lingua lev 20

Arti inferiori: ustioni minori lev 3

Arti inferiori: ustioni moderate lev 9

Arti inferiori: ustioni gravi lev 13

Arti inferiori: frattura della caviglia (con ricovero) lev 7

Arti inferiori: frattura della caviglia (con disabilità permanente) lev 10

Arti inferiori: frattura delle caviglie (con ricovero) lev 12

Arti inferiori: frattura delle caviglie (con disabilità permanente) lev 13

Arti inferiori: frattura del femore (con ricovero) lev 7

Arti inferiori: frattura del femore (con disabilità permanente) lev 10

Arti inferiori: frattura del femore di entrambi gli arti (con ricovero) lev 12

Arti inferiori: frattura del femore di entrambi gli arti (con disabilità permanente) lev 13

Arti inferiori: frattura della fibula (con ricovero) lev 7

Arti inferiori: frattura della fibula (con disabilità permanente) lev 10

Arti inferiori: frattura della fibula di entrambe le gambe (con ricovero) lev 12

Arti inferiori: frattura della fibula di entrambe le gambe (con disabilità permanente) lev 13

Arti inferiori: frattura dell'alluce lev 6

Arti inferiori: frattura dell'alluce di entrambi i piedi lev 10

Arti inferiori: frattura delle falangi - dita lev 3

Arti inferiori: frattura del calcagno (con ricovero) lev 6

Arti inferiori: frattura del calcagno (con disabilità permanente) lev 10

Arti inferiori: frattura del calcagno di entrambi i piedi (con ricovero) lev 10

Arti inferiori: frattura del calcagno di entrambi i piedi (con disabilità permanente) lev 13

Arti inferiori: frattura della rotula (con ricovero) lev 12

Arti inferiori: frattura della rotula (con disabilità permanente) lev 13

Arti inferiori: frattura della rotula di entrambe le gambe (con ricovero) lev 15

Arti inferiori: frattura della rotula di entrambe le gambe (con disabilità permanente) lev 17

Arti inferiori: lussazione della rotula di entrambe le gambe (con ricovero) lev 5

Arti inferiori: lussazione della rotula di entrambe le gambe (con disabilità protratta) lev 16

Arti inferiori: artroscopia (diagnostica o riparativa) senza frattura lev 5

Arti inferiori: frattura osso metatarsale (con ricovero) lev 6

Arti inferiori: frattura osso metatarsale (con disabilità permanente) lev 12

Arti inferiori: frattura osso metatarsale di entrambi i piedi (con ricovero) lev 10

Arti inferiori: frattura osso metatarsale di entrambi i piedi (con disabilità permanente) lev 15

Arti inferiori: frattura delle ossa tarsali (con ricovero) lev 6

Arti inferiori: frattura delle ossa tarsali (con disabilità permanente) lev 12

Arti inferiori: frattura delle ossa tarsali di entrambi i piedi (con ricovero) lev 10

Arti inferiori: frattura delle ossa tarsali di entrambi i piedi (con disabilità permanente) lev 15

Arti inferiori: frattura della tibia (con ricovero) lev 7

Arti inferiori: frattura della tibia (con disabilità permanente) lev 10

Arti inferiori: frattura della tibia di entrambe le gambe (con ricovero) lev 12

Arti inferiori: frattura della tibia di entrambe le gambe (con disabilità permanente) lev 13

Arti inferiori: paralisi di una gamba lev 18

Arti inferiori: perdita della gamba sotto al ginocchio lev 19

Arti inferiori: perdita della gamba sopra al ginocchio lev 20

Arti inferiori: perdita di entrambe le gambe lev 23

Arti inferiori: minimo danno al tendine(i)/legamento(i) (con ricovero) lev 1

Arti inferiori: minimo danno al tendine(i)/legamento(i) (con disabilità permanente) lev 7

Arti inferiori: moderato danno al tendine(i)/legamento(i) (con ricovero) lev 5

Arti inferiori: moderato danno al tendine(i)/legamento(i) (con disabilità permanente) lev 10

Arti inferiori: grave danno al tendine(i)/legamento(i) (con ricovero) lev 7

Arti inferiori: grave danno al tendine(i)/legamento(i) (con disabilità permanente) lev 12

Arti inferiori: cicatrice: minimo sfiguramento lev 2

Arti inferiori: cicatrice: significativo sfiguramento lev 4

Arti inferiori: cicatrice: grave sfiguramento lev 10

Arti inferiori: distorsione caviglia - disabilità per almeno 6-13 settimane lev 1

Arti inferiori: distorsione caviglia - disabilità per più di 13 settimane lev 6

Arti inferiori: distorsione caviglia - entrambi i piedi - disabilità per almeno 6-13 settimane lev 5

Arti inferiori: distorsione caviglia - entrambi i piedi - disabilità per più di 13 settimane lev 8

Condizione o malattia riconosciuta a livello medico (non psichiatrica o psicologica).

Un disordine con significativa disabilità dove i sintomi e la disabilità persistano per più di 6 settimane dall'incidente o dalla data di inizio.

Che durano da 6 a 13 settimane lev 1

Che durano fino a 28 settimane lev 9

Che durano oltre 28 settimane, ma non sono permanenti lev 12

Disabilità permanente lev 17

Lesioni minori multiple: vedi note lev 1

Collo: ustione: minore lev 3

Collo: ustione: moderata lev 9

Collo: ustione: grave lev 13

Collo: cicatrice: minor sfiguramento lev 3

Collo: cicatrice: significativo sfiguramento lev 7

Collo: cicatrice: serio sfiguramento lev 9

Collo: distorsione del collo - disabilità per 6-13 settimane lev 1

Collo: distorsione del collo - disabilità per più di 13 settimane lev 4

Collo: distorsione del collo - disabilità grave ma non permanente lev 10

Collo: distorsione del collo - disabilità grave e permanente lev 13

Collo: colpo di frusta: effetti che durano da 6 a 13 settimane lev 1

Collo: colpo di frusta: effetti che durano più di 13 settimane lev 4

Collo: colpo di frusta: disabilità seria ma non permanente lev 10

Collo: colpo di frusta: disabilità seria e permanente lev 13

Abuso fisico su un bambino (ove singole lesioni non sono altrimenti qualificabili).

Abuso minore: unica o più aggressioni che vanno oltre le ordinarie punizioni e risultano in escoriazioni, segni, capelli strappati, etc. lev 1

Abuso grave: assalti fisici ripetuti risultanti in un accumulo di ferite cicatrizzate, bruciature o scottature, ma senza un apprezzabile sfiguramento lev 5

Abuso molto grave: comportamento standardizzato o violenza sistematica contro il bambino risultante in uno sfiguramento minore lev 7

Comportamento persistente o abuso grave per un periodo eccedente i 3 anni lev 11

Abuso sessuale del bambino (non altrimenti risarcibile come violenza sessuale)

Abusi isolati minori: senza atti di penetrazione degli orifizi lev 1

Comportamento di abuso serio - ripetitivo, senza atti di penetrazione degli orifizi lev 5

Comportamento di abuso grave - ripetitivo, con atti di penetrazione degli orifizi ma senza penetrazione del pene, e/o contatti genitali orali lev 7

Comportamento di abuso grave per un periodo superiore ai 3 anni lev 11

Ripetuti rapporti non consensuali vaginali e/o anali per un periodo che arriva fino a 3 anni lev 13

Ripetuti rapporti non consensuali vaginali e/o anali per un periodo che eccede i 3 anni lev 16

Violenza sessuale (un singolo atto - vittima di ogni età).

Violenza sessuale minore: contatto fisico sopra gli abiti senza penetrazione lev 1

Violenza sessuale seria: contatto fisico sotto gli abiti senza penetrazione lev 5

Violenza sessuale grave: la violenza arriva a penetrazione digitale, ma non del pene, e/o contatti orali genitali lev 7

Rapporti non consensuali vaginali o anali lev 12

Rapporti non consensuali vaginali o anali ripetuti lev 13

Rapporti non consensuali vaginali o anali con altre serie lesioni sul corpo lev 16

Shock (vedi note).

Disabilità per ansietà mentale temporanea, verificata da un medico lev 1

Disabilità per disordine mentale, confermata da una diagnosi psichiatrica che:

- dura fino a 28 settimane lev 6;
- che dura oltre 28 settimane fino a un anno lev 9;
- che dura più di un anno ma non è permanente lev 12.

Disabilità per disordine mentale permanente confermato da una prognosi psichiatrica lev 17

Dorso: frattura di una vertebra (con ricovero) lev 6

Dorso: frattura di una vertebra (con disabilità protrattata) lev 10

Dorso: frattura di più vertebre (con ricovero) lev 9

Dorso: frattura di più vertebre (con disabilità protratta) lev 12

Dorso: prolusso del disco intervertebrale con disabilità seria ma non permanente lev 10

Dorso: prolusso del disco intervertebrale con disabilità seria permanente lev 12

Dorso: rottura del disco intervertebrale che richiede rimozione chirurgica lev 13

Dorso: lombalgia della schiena con disabilità da 6 a 13 settimane lev 1

Dorso: lombalgia della schiena con disabilità per più di 13 settimane lev 6

Dorso: lombalgia della schiena con seria disabilità ma non permanente lev 10

Dorso: lombalgia della schiena con seria disabilità permanente lev 12
 Torace: ustione minore lev 3
 Torace: ustione moderata lev 9
 Torace: ustione grave lev 13
 Torace: lesione che richiede un intervento drenante a un polmone lev 7
 Torace: lesione che richiede un intervento drenante ad entrambi i polmoni lev 11
 Torace: collasso di un polmone lev 8
 Torace: collasso di entrambi i polmoni lev 12
 Torace: danno con permanente disabilità ai polmoni per inalazione di fumo lev 10
 Addome: perdita della milza lev 9
 Addome: danno ai testicoli lev 4
 Addome: lussazione di un'anca (con ricovero) lev 4
 Addome: lussazione di un'anca (con disabilità protratta) lev 12
 Addome: frattura di un'anca lev 12
 Torace lussazione della scapola (con ricovero) lev 4
 Torace lussazione della scapola (con disabilità protratta) lev 12
 Torace: frattura di una costa lev 1
 Torace: frattura di due o più coste lev 3
 Torace: frattura della clavicola lev 5
 Torace: frattura delle due clavicole lev 10
 Bacino: frattura del coccige lev 6
 Bacino: frattura del bacino lev 12
 Dorso: frattura della scapola lev 6
 Dorso: frattura bilaterale della scapola lev 11
 Torace: frattura dello sterno lev 6
 Torace: cicatrice: minore sfiguramento lev 2
 Torace: cicatrice: significativo sfiguramento lev 6
 Torace: cicatrice: grave sfiguramento lev 10
 Arti superiori: ustione: minore lev 3
 Arti superiori: ustione: moderata lev 9
 Arti superiori: ustione: grave lev 13
 Arti superiori: lussazione frattura gomito (con ricovero) lev 7

Arti superiori: lussazione frattura gomito (con disabilità protratta) lev 12
 Arti superiori: lussazione frattura di entrambi i gomiti (con ricovero) lev 12
 Arti superiori: frattura lussazione di entrambi i gomiti (con disabilità protratta) lev 13
 Arti superiori: lussazione di una o più dita di una mano (con ricovero) lev 2
 Arti superiori: lussazione di una o più dita di una mano (con disabilità protratta) lev 6
 Arti superiori: lussazione di una o più dita di entrambe le mani (con disabilità protratta) lev 12
 Arti superiori: frattura di una o più dita di una mano (con ricovero) lev 3
 Arti superiori: frattura di una o più dita di una mano (con disabilità protratta) lev 8
 Arti superiori: frattura di una o più dita di entrambe le mani (con ricovero) lev 9
 Arti superiori: frattura di una o più dita di entrambe le mani (con disabilità protratta) lev 12
 Arti superiori: frattura di una mano (con ricovero) lev 5
 Arti superiori: frattura di una mano (con disabilità protratta) lev 10
 Arti superiori: frattura di entrambe le mani (con ricovero) lev 8
 Arti superiori: frattura di entrambe le mani (con disabilità protratta) lev 12
 Arti superiori: frattura dell'omero (con ricovero) lev 7
 Arti superiori: frattura dell'omero (con disabilità protratta) lev 10
 Arti superiori: frattura dell'omero bilaterale (con ricovero) lev 12
 Arti superiori: frattura dell'omero bilaterale (con disabilità protratta) lev 13
 Arti superiori: frattura del radio (con ricovero) lev 7
 Arti superiori: frattura del radio (con disabilità protratta) lev 10
 Arti superiori: frattura bilaterale del radio (con ricovero) lev 12
 Arti superiori: frattura bilaterale del radio (con disabilità protratta) lev 13

Arti superiori: frattura dell'ulna (con ricovero) lev 7

Arti superiori: frattura dell'ulna (con disabilità protratta) lev 10

Arti superiori: frattura bilaterale dell'ulna (con ricovero) lev 12

Arti superiori: frattura bilaterale dell'ulna (con disabilità protratta) lev 13

Arti superiori: frattura del polso - inclusa la frattura dello scafoide (con ricovero) lev 7

Arti superiori: frattura del polso - inclusa la frattura dello scafoide (con disabilità protratta) lev 11

Arti superiori: fratture di entrambi i polsi - inclusa la frattura dello scafoide (con ricovero) lev 11

Arti superiori: fratture di entrambi i polsi - inclusa la frattura dello scafoide (con disabilità protratta) lev 13

Arti superiori: frattura del polso tipo Colles (con ricovero) lev 9

Arti superiori: frattura del polso tipo Colles (con disabilità protratta) lev 12

Arti superiori: frattura di entrambi i polsi tipo Colles (con ricovero) lev 12

Arti superiori: frattura di entrambi i polsi tipo Colles (con disabilità protratta) lev 13

Arti superiori: parziale perdita di un dito (che non sia il pollice o l'indice) (una articolazione) lev 6

Arti superiori: parziale perdita del pollice o dito indice (una articolazione) lev 9

Arti superiori: perdita di un dito che non sia l'indice lev 10

Arti superiori: perdita del dito indice lev 12

Arti superiori: perdita di due o più dita lev 13

Arti superiori: perdita del pollice lev 15

Arti superiori: perdita di una mano lev 20

Arti superiori: perdita di entrambe le mani lev 23

Arti superiori: perdita di un braccio lev 20

Arti superiori: perdita di entrambe le braccia lev 23

Arti superiori: paralisi di un arto superiore lev 19

Arti superiori: paralisi di entrambi gli arti superiori lev 22

Arti superiori: permanente e serio deficit di presa monolaterale lev 12

Arti superiori: permanente e serio deficit di presa bilaterale lev 15

Arti superiori: cicatrice: sfiguramento minore lev 2

Arti superiori: cicatrice: sfiguramento significativo lev 6

Arti superiori: cicatrice: sfiguramento grave lev 9

Arti superiori: lieve danno tendineo e legamentoso (con ricovero) lev 1

Arti superiori: lieve danno tendineo e legamentoso (con disabilità protratta) lev 7

Arti superiori: moderato danno tendineo e legamentoso (con ricovero) lev 5

Arti superiori: moderato danno tendineo e legamentoso (con disabilità protratta) lev 10

Arti superiori: grave danno tendineo e legamentoso (con ricovero) lev 7

Arti superiori: grave danno tendineo e legamentoso (con disabilità protratta) lev 12

Arti superiori: distorsione polso - disabilità per 6-13 settimane lev 1

Arti superiori: distorsione polso - disabilità per più di 13 settimane lev 3

Arti superiori: distorsione di entrambi i polsi - disabilità per 6-13 settimane lev 5

Arti superiori: distorsione di entrambi i polsi - disabilità per più di 13 settimane lev 7

NOTE ALLA TARIFFAZIONE

Le lesioni multiple minori saranno valutate solo se il richiedente ha riportato almeno tre lesioni, fra quelle di esempio che sono elencate di seguito, e almeno una di queste deve essere ancora obiettivabile sei settimane dopo l'incidente.

Queste lesioni devono aver richiesto almeno due visite dal medico di

base entro sei settimane dal giorno delle lesioni stesse.

Esempi di lesioni:

- graffiature, tagli, lacerazioni senza cicatrici permanenti;
- escoriazioni gravi ed estese;
- grave lesione dei tessuti molli senza permanente disabilità;
- occhio nero;
- epistassi;
- canizie per strappo di capelli;
- perdita di una o più unghie.

Lo shock o il trauma psichico comprende condizioni correlate ad una serie di manifestazioni, come la depressione minore, e altri quadri che includono come sintomi:

- sintomi psichici: ansietà, tensione, insonnia, irritabilità, insicurezza, agorafobia, senso di colpa;
- sintomi fisici: alopecia, asma, eczema, enuresi, psoriasi. La disabilità in questo contesto sarà correlata alla diminuzione delle prestazioni lavorative o scolastiche, ed alle difficoltà nel campo delle relazioni sociali e della disfunzione sessuale.

RIASSUNTO

In questo articolo si espongono i concetti giuridici e medico-legali che stanno alla base della evoluzione legislativa della Criminal Injuries Compensation. Tale forma di indennizzo, pur essendo autonoma, si affianca in Inghilterra alla Works Injuries Compensation nei casi in cui sia presente anche un fatto illecito. È importante sottolineare che anche in altri paesi europei c'è una legislazione che affronta tale problema (ad esempio in Francia, Spagna e Germania) e che quindi con l'unificazione legislativa dell'Europa l'Italia dovrà trovare una via per adattarsi anche su questo piano. Nell'articolo vengono tradotte tutte le voci di danno con la loro valutazione monetaria, e viene spiegato come si svolge la procedura per la richiesta del riconoscimento di tale beneficio, con una serie di casi pratici reali di esempio.

Bibliografia

- 1) «*Guide to the Criminal Injuries Compensation Scheme*», issue number on 4/96, Glasgow Criminal Injuries Compensation Authority.
- 2) «*Guide to Applicants for Loss of Earnings and Special Expense*», issue number one 4/96, Glasgow Criminal Injuries Compensation Authority.
- 3) MIERS D.: «*State Compensation for Criminal Injuries*», Black stone Press Limited, 1997.
- 4) MONDINI P., JOURDAN S., ROSSI M.: «*Il sistema assicurativo pubblico per gli infortuni e le malattie professionali in Inghilterra e nel Galles*», Riv. Inf. Mal. Prof., 2000; 1/2: 109-121.
- 5) «*The Criminal Injuries Compensation Scheme made by the Secretary of State*» on 12 December 1995.
- 6) «*The non statutory Criminal Injuries Compensation Scheme which came into operation*» on 1 February 1990 and earlier versions.

Il carcinoma della vescica: aspetti clinici e valutazione medico-legale

Salvo DI FINA

Dirigente medico-legale 1° livello

Sede INPS - Enna

INTRODUZIONE

La valutazione medico-legale delle neoplasie maligne, specie in ambito assicurativo, ha da sempre comportato notevoli difficoltà pratiche. L'estrema variabilità di decorso, l'incertezza della prognosi, l'eterogeneità dei postumi, la frequente carenza di dati statistico-epidemiologici aggiornati, la risposta individuale alla terapia e, forse, la difficoltà del valutatore di estraniarsi da considerazioni umanitarie e sociali, sono elementi che hanno impedito, in sede medico-legale, l'elaborazione di tabelle valutative che facessero specifico riferimento ad ogni singola forma neoplastica. Ci si è limitati a generici postulati e a voci omnicomprehensive, talché l'unico punto di riferimento è rappresentato dalle indicazioni relative alle singole menomazioni d'organo. Tutto ciò, almeno nell'ambito dell'invalidità pensionabile, ha condotto ad un'evidente disomogeneità di giudizi medico-legali.

Scopo del presente lavoro è di fornire delle indicazioni valutative

circa un tumore, il carcinoma vescicale, il cui riscontro nell'attività medico-legale INPS non è inconsueto.

ASPETTI EPIDEMIOLOGICI ED ISTOLOGICI

Il carcinoma vescicale è la quarta causa più frequente di tumore nell'uomo dopo quello del polmone, colon-retto e prostata, costituendo il 10% di tutti i casi di cancro. Nella donna è l'ottava causa più frequente di neoplasie e rappresenta il 4% di tutti i tumori di cui può essere affetto il sesso femminile. Il rapporto maschi/ femmine è di 3:1. Può colpire individui di qualsiasi età, ma l'incidenza maggiore si ha fra la 5^a e la 7^a decade di vita (13), (28), (34).

Tra i fattori di rischio ricordiamo brevemente: il tabagismo, l'esposizione ai coloranti di anilina, l'abuso di fenacetina, la cistite da *Schistosoma haematobium* (diffuso in Africa).

I tumori epiteliali della vescica rappresentano il 98% dei casi e tra questi il più diffuso (90%) è il carcinoma a cellule transizionali; se-

guono il carcinoma epidermoidale (6-7%), l'adenocarcinoma (2%) e il carcinoma anaplastico (22), (23).

Fondamentale ai fini prognostici e terapeutici è il GRADING: grado di anaplasia degli elementi neoplastici (Tabella 1).

DIAGNOSTICA E STADIAZIONE

Il sintomo di esordio più frequente è l'ematuria asintomatica, presente nel 85% dei casi, seguita da disturbi irritativi (25%), lombalgia da ureterodronefrosi (5%) e ritenzione acuta di urine (2-3%). Il carcinoma vescicale tende più ad avere diffusione locale, coinvolgendo anche strutture anatomiche contigue, che a dare metastasi a distanza per via linfatica ed ematica. Le metastasi interessano in ordine di frequenza: linfonodi loco-regionali (88%), fegato (38%), polmone (36%), ossa (27%) (11).

Le indagini diagnostiche fondamentali comprendono:

- Citologia urinaria: consente la ricerca di cellule neoplastiche nel sedimento di urine emesse spontaneamente o su liquido di lavaggio vescicale (washing).

- Ecografia vescicale sovrapubica e renale: costituisce l'esame di primo impiego, ben tollerato e di agevole esecuzione.

- Cistoscopia esplorativa: consente di effettuare biopsie di tutte le neoformazioni e delle pareti vescicali (mapping).

- BTA test e NMP-22: identificano nelle urine proteine (o antigeni) prodotte dalle cellule neoplastiche.

- TUR vescicale stadiante: consiste nella resezione endoscopica della neoformazione. Nelle forme superficiali costituisce atto terapeutico, nelle forme infiltranti atto biopatico e di debulking.

- TC addome-pelvi con mdc: rivela l'interessamento linfonodale e l'eventuale presenza di metastasi a distanza.

- Rx Torace, Scintigrafia ossea, Urografia, Ecografia prostatica trans-rettale, Renoscintigrafia, Risonanza magnetica.

Attualmente sono utilizzati due sistemi di stadiazione: il TNM (5° edizione 1997) e AJCC (American Joint Committee on Cancer) Stage grouping (32) (Tabella 2).

È possibile pertanto suddividere le neoplasie vescicali in forme superficiali che rappresentano circa il 70% (50% Ta, 40% T1, 10% Tis) e forme infiltranti (T2 - T3 - T4) che rappresentano l'ulteriore 30% di casi.

Le forme superficiali, che come vedremo sono trattabili con terapia conservativa, hanno tuttavia una spiccata tendenza a recidivare e a progredire verso stadi più avanzati. I fattori di rischio che favoriscono le recidive e la progressione verso forme invasive sono i seguenti: stadio, grado, diametro > 3 cm, multifocalità, precoce comparsa di recidive, presenza di Tis associato, DNA ploidia, espressione della proteina p53 (30). Secondo recenti

TABELLA 1 - Bladder Tumour Grading WHO (1973)

G0 : lesione papillare con un sottile asse fibrovascolare coperta da normale mucosa (configura il "papilloma puro", forma estremamente rara)

G1 : ben differenziati

G2 : moderatamente differenziati

G3 : scarsamente differenziati

TABELLA 2 - Staging dei carcinomi vescicali

CLASSIFICAZIONE TNM (5ª Edizione 1997)

Tumore primario (T):

TX : il tumore non può essere documentato

T0 : nessuna evidenza di malattia

Ta : carcinoma papillare non invasivo

Tis : carcinoma in situ : "flat tumor"

T1 : tumore che ha invaso il tessuto connettivo subepiteliale

T2 : tumore che ha invaso il muscolo

T2a : tumore che ha invaso lo strato muscolare superficiale (meno della metà)

T2b : tumore che ha invaso lo strato muscolare profondo (più della metà)

T3 : tumore che ha invaso i tessuti perivescicali

T3a : invasione microscopica

T3b : invasione macroscopica (massa extravescicale)

T4 : tumore che invade i seguenti visceri : prostata, utero, vagina, parete pelvica e parete addominale

T4a : tumore che invade la prostata, l'utero, la vagina

T4b : tumore che invade la parte pelvica, la parete addominale

N.B.:

Il suffisso "m" può essere associato al T per indicare la multifocalità della lesione.

Il suffisso "is" può essere associato al T per indicare la concomitante presenza di carcinoma in situ.

Il suffisso "r" può essere associato al T per indicare una lesione recidiva

Regione linfonodale (N):

Nx : non possono essere documentate lesioni linfonodali

N0 : nessuna lesione linfonodale

N1 metastasi di un singolo linfonodo di dimensioni inferiori ai 2 cm

N2 : metastasi di un singolo linfonodo di dimensioni superiori ai 2 cm, ma non superiori ai 5 cm; lesioni linfonodali multiple: nessuna di dimensioni superiore ai 5 cm

N3 : metastasi linfonodali di dimensioni superiori a 5 cm

Metastasi a distanza (M):

Mx : non possono essere documentate lesioni metastatiche

M0 : assenza di metastasi

M1 : metastasi a distanza

AJCC stage groupings

Stage 0a : Ta N0 M0

Stage 0is : Tis N0 M0

Stage I : T1 N0 M0

Stage II : T2a N0 M0, T2b N0 M0

Stage III : T3a N0 M0, T3b N0 M0, T4 N0 M0

Stage IV : T4b N0 M0, any T N1 M0, any T N2 M0, any T N3 M0, any T any N M1

statistiche la frequenza di recidive dopo terapia conservativa (TUR) si aggira intorno al 60-70% dei casi, mentre si assiste ad una progressione della malattia nel 15% dei casi (8), (27).

Una menzione particolare merita il Tis (Carcinoma in situ): peculiare tipo di carcinoma uroteliale, per lo più asintomatico, formato da epitelio transizionale scarsamente diffe-

renziato che non supera la lamina propria e tende a diffondersi a "tappeto" sulla mucosa vescicale; spesso non è visibile ad occhio nudo ed è caratterizzato da un'alta incidenza di recidive e spiccata tendenza a progredire verso forme invasive (14).

TERAPIA

L'indicazione terapeutica dipende ovviamente dal grading della lesione neoplastica, dal suo grado di diffusione locale, dall'eventuale presenza di metastasi a distanza e dalle condizioni generali del paziente.

I trattamenti chirurgici comprendono:

- TURV (resezione endoscopica vescicale trans-uretrale);
- cistectomia parziale;
- cistectomia totale seguita da interventi di derivazione urinaria, esterna o interna.

In associazione od in alternativa alla chirurgia trovano applicazione:

- chemioprolifassi (con mitomicina, adriamicina ecc.) o immunoprolifassi (con BCG) per via endovescicale;
- chemioterapia adiuvante e neoadiuvante;
- radioterapia.

La terapia dei carcinomi superficiali prevede la TUR seguita da instillazioni vescicali di BCG o chemioterapici (15). In particolare il BCG endovescicale (è il vaccino utilizzato per la prevenzione della tbc: agirebbe riducendo l'instabilità biologica vescicale mediante un meccanismo di tipo immunitario) si è dimostrato in grado di ridurre le recidive del 50% e la progressione della malattia (16), (17). Il trattamento del Tis prevede, almeno in prima istanza, la sola immunoterapia con BCG (9).

I carcinomi infiltranti vengono generalmente trattati con cistectomia radicale; radio e chemioterapia sono spesso integranti del tratta-

mento (24), (25), (26), (29). In particolare negli stadi T2 e T3a la cistectomia ha significato curativo; nelle forme più avanzate (T4; N+; M+) ha in genere finalità palliativa o di salvataggio (31). La cistectomia parziale rimane per lo più limitata a quelle lesioni T2 in cui il tumore è in sede cupolare.

La "Cistectomia radicale" è un intervento altamente demolitivo che prevede nell'uomo l'asportazione in blocco di vescica, prostata, vescicole seminali e linfonodi satelliti (provoca quasi sempre impotenza coeundi per lesione dei nervi cavernosi: la tecnica "nerve-sparing" può in taluni casi risparmiare la funzione sessuale); nella donna vengono asportati la vescica, l'utero, gli annessi e talora anche l'uretra, nonché i linfonodi pelvici bilateralmente. Alla cistectomia va associata una derivazione urinaria esterna od interna. Quelle esterne sono derivazioni non continenti (ureterocutaneostomia, condotto ileale ecc.) in cui l'urina defluisce in sacchetti. Le interne, continenti, comprendono le neo-vesciche ortotopiche ed eterotopiche. Le prime, più fisiologiche e confezionabili quando sia possibile conservare l'uretra, prevedono la costruzione di un serbatoio (tratto di ileo o colon isolati) che viene collocato nello scavo pelvico e anastomizzato con gli ureteri e l'uretra: lo svuotamento è controllabile volontariamente con l'uso del torchio addominale. Le neo-vesciche eterotopiche prevedono la costituzione di un serbatoio, di per sé continente (tratto di intestino), che viene abboccato alla cute della parete addominale e svuotato periodicamente con autocateterismo (2).

Tra le complicanze di questi interventi ricordiamo: la stenosi della stomia, l'incontinenza e ritenzione urinaria, le pielonefriti, l'insufficienza renale, la stress relaxation.

Per completezza riportiamo che, data l'alta frequenza di recidive e di

progressione della malattia, è indispensabile sottoporre tutti i soggetti trattati ad un assiduo controllo a distanza: periodicità trimestrale per due anni e poi ogni sei mesi per almeno altri tre anni. Il follow up prevede: cistoscopia esplorativa, citologia urinaria, ecografia vescicale, TC addome-pelvi.

Per una disamina più approfondita delle opzioni terapeutiche per stadi, si rimanda alla Tabella 3.

PROGnosi

La conoscenza della prognosi è fondamentale per un ponderato giudizio medico-legale.

- I tumori *superficiali*, trattati con TUR seguita da instillazioni endovescicali, hanno in genere una prognosi eccellente: sopravvivenza a 5 anni pari a 85-95%.

- Per i tumori *infiltranti*, i dati riportati in letteratura sono sensibilmente discordanti, forse in relazione a scarsa omogeneità delle statistiche (4), (18), (21), (31), (33).

È comunque possibile estrapolare i seguenti tassi di sopravvivenza a 5 anni in pazienti trattati:

- Stadio T2 N0 M0: 60-70%
- Stadio T3 N0 M0: 30-60%
- Stadio T4 N0 M0 o any T N+ M0: 10-30%
- Any T any N M1: ≤ 6%.

CRITERI DI VALUTAZIONE DELLE NEOPLASIE MALIGNHE

La valutazione della malattia oncologica si fonda su tre discordanti orientamenti (6):

1) Considerare invalidi tutti i soggetti affetti da tumore maligno per un periodo di 5 anni dal trattamento: è la fase a maggior rischio di recidiva.

2) Fondare il giudizio esclusivamente sulla menomazione biologico-funzionale sussistente al momento dell'accertamento medico-legale.

3) Includere nella valutazione il criterio prognostico *quoad vitam*.

La prima posizione non è condivisibile, perché porrebbe sullo stesso piano condizioni patologiche molto diverse fra loro: tumori allo stato iniziale, completamente curabili e guaribili, con forme avanzate ad esito certamente infausto.

La seconda, pur se formalmente corretta, appare troppo "restrittiva": si porrebbe a considerare non invalido un soggetto affetto da microcitoma polmonare sol perché, al momento della stima peritale, le sue condizioni psico-fisiche risulterebbero compatibili con lo svolgimento di attività lavorative confacenti alle attitudini.

Riteniamo pertanto, in accordo con vari altri AA. (3), (5), (7), (10), (12), (20), più "equilibrato" il terzo orientamento.

In sintesi la valutazione dei tumori maligni dovrebbe fondarsi sui seguenti tre criteri:

a) Danno d'organo ed eventuali menomazioni psichiche tumore-correlati.

b) Effetti tossici della terapia.

c) Prognosi del tumore *quoad vitam*.

Comprendiamo che il criterio prognostico è difficilmente conciliabile con quello biologico: un soggetto affetto da tumore a prognosi infausta potrebbe essere portatore di menomazioni psico-fisiche soltanto lievi. Si tratta pur sempre di un "compromesso valutativo", che riteniamo tuttavia necessario per non cadere negli assurdi valutativi accennati in precedenza.

Dobbiamo tuttavia chiarire il concetto di prognosi utilizzabile per fini valutativi.

Sul piano prognostico si distinguono (1):

- neoplasie a prognosi favorevole;
- neoplasie a prognosi sfavorevole;
- neoplasie a prognosi incerta (sono le più frequenti).

Il termine "prognosi sfavorevole" è tuttavia vago ed aspecifico: vi so-

TABELLA 3 - Sintesi dei trattamenti terapeutici per stadi

Forme superficiali	
1 - Stadio Ta-T1 G1-2 T1 G3 primitivo e/o monofocale	
Terapia	1) TUR vescicale 2) cistectomia parziale in casi selezionati
Trattamenti associati:	1) Chemio-profilassi endovescicale 2) Immuno-profilassi endovescicale
2 - Stadio T1 G1-2 multifocale e/o plurirecidivo T1 G3 recidivo	
Terapia	1) Cistectomia radicale 2) Radioterapia
3 - Carcinoma in situ focale (basso rischio) diffuso (alto rischio)	1) BCG endovescicale 1) BCG endovescicale + rivalutazione a 3 mesi 2) Cistectomia immediata
Forme infiltranti	
1 - Stadio T2-T3-T4a N0 M0	
Terapia	1) Cistectomia radicale
Trattamenti associati	a) Radioterapia pre-operatoria b) Chemioterapia neoadiuvante c) Radioterapia su malattia residua d) Chemioterapia adiuvante in alto rischio (pT3b-T4 ed N+)
	2) Preservazione della vescica: a) TURV + Chemioterapia b) Chemioterapia + cistectomia parziale c) TURV + trattamento associato radio-chemioterapico
	Trattamenti associati: - Cistectomia di salvataggio nei casi non-responsivi
Forme localmente avanzate e/o N+	
1 - Stadio T4b N0- N+ M0	
Terapia:	1) Radioterapia 2) Chemioterapia
Trattamenti associati:	- cistectomia di salvataggio o palliativa (in casi selezionati)
Forme metastatiche e recidive dopo cistectomia	
	- terapia palliativa - radio e/o chemioterapia - derivazione urinaria

no tumori (es. carcinoma prostatico non operabile) che, pur avendo una prognosi sfavorevole, sono curabili e consentono delle lunghe sopravvivenze con buona qualità di vita. Inoltre in ambito oncologico la prognosi dei tumori è oramai espressa in termini di sopravvivenza globale, sopravvivenza ad un certo numero di anni, intervallo libero da malattia, risposta obiettiva o completa al trattamento, qualità della vita. Riteniamo pertanto che i criteri prognostici utilizzabili in ambito medico-legale debbano fare riferimento ai tassi medi di sopravvivenza a 5 anni dal trattamento.

Sulla scorta del solo criterio prognostico potremmo considerare:

1) Invalidi: i soggetti con probabilità di sopravvivenza a 5 anni inferiore al 50%

2) Inabili: quelli con probabilità inferiore al 15%.

È chiaro che le visite di revisione, trascorso il termine di cinque o più anni, dovrebbero condurre ad una rivalutazione del caso. Nel senso che la mancanza di segni di recidiva locale e/o metastasi, il persistente e permanente miglioramento delle condizioni psico-fisiche, l'eventuale riadattamento lavorativo in attività confacenti, potranno certamente giustificare la revoca o rettifica della prestazione.

Viceversa, nel caso di un soggetto operato per un tumore maligno con alta probabilità di sopravvivenza a 5 anni (esempio tipico: esiti di mastectomia per Ca mammario stadio T1 o T2 N0 M0), in assenza di rilevanti menomazioni psico-fisiche permanenti dopo il completamento della chemioterapia adiuvante, il giudizio medico-legale dovrebbe essere di "non invalidità" sin dal primo accertamento. In tali casi non è infrequente, per nostra esperienza, che il medico INPS formuli un giudizio di invalidità con revisione a breve scadenza (1-2 anni).

PROPOSTA VALUTATIVA NEL CARCINOMA VESCICALE

Il carcinoma della vescica fornisce, secondo chi scrive, un eccellente esempio della possibile integrazione fra criteri biologico (danno d'organo) e prognostico.

Le forme superficiali (Ta, T1 e Tis), per quanto innanzi riportato, non giustificano il riconoscimento di uno stato di invalidità permanente.

Più complessa la valutazione delle forme infiltranti (T2, T3, T4). In questi casi si fa ricorso alla cistectomia radicale che, come abbiamo visto, costituisce un intervento altamente demolitivo ed in grado di incidere profondamente sulla qualità della vita. Per queste forme potremmo fare riferimento alle voci comprese nelle tabelle relative all'invalidità civile e al danno biologico INAIL: ci limitiamo a queste perché, benché riferite ad ambiti relativamente diversi, sono le uniche che nel nostro paese abbiano carattere di ufficialità (Tabelle 4 e 5).

In entrambi gli ambiti, la voce "Cistectomia" fa riferimento alla cistectomia "semplice" e non a quella "radicale", che viene praticata nei casi di carcinoma vescicale. Quest'ultima, come innanzi descritto, prevede nell'uomo l'asportazione della vescica, prostata, vescicole seminali, con conseguente impotenza coeundi; nella donna, oltre la vescica, si asportano l'utero, gli annessi e spesso anche l'uretra.

Pertanto la "Cistectomia radicale", in invalidità civile, dovrebbe rientrare in una fascia percentuale che va dal 71 al 80%; come danno biologico dovrebbe valutarsi fino a 50%. Tali percentuali andrebbero però aumentate in rapporto alla prognosi relativa allo stadio della malattia: uno stadio IV, secondo AJCC, andrebbe rispettivamente valutato 100% e 80%.

Premesso che i per i soggetti urostomizzati non sussiste una specifica limitazione alle attività lavorative e ricreative, se non la generica racco-

TABELLA 4 - Decreto Ministeriale 5 febbraio 1992.
Approvazione della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti

<i>Patologia neoplastica</i>		
cod. 9322	Neoplasie a prognosi favorevole con modesta compromissione funzionale	11%
cod. 9323	Neoplasie a prognosi favorevole con grave compromissione funzionale	70%
cod. 9325	Neoplasie a prognosi infausta o probabilmente sfavorevole nonostante asportazione chirurgica	100%
<i>Apparato urinario</i>		
cod. 6202	Cistectomia con derivazione nel sigma	41-50%
cod. 8202	Cistostomia con catetere a permanenza	61-70%
cod. 8208	Cistectomia con derivazione esterna o con neovescica e scarso controllo sfinterico	51-60%

mandazione di evitare bruschi e violenti sforzi potenzialmente responsabili di prolasso erniario stomale, riteniamo di poter formulare la seguente proposta valutativa utilizzabile nell'ambito dell'invalidità pensionabile.

Stadio T2 N0 M0 - Come già rilevato, la maggioranza di questi soggetti vengono sottoposti a cistectomia radicale e godono di una prognosi discreta (sopravvivenza a 5 anni pari al 60-70%). In questo caso è il "criterio biologico" (esito di cistectomia) ad avere maggiore rilevanza ai fini valutativi. Consideriamo "invalidi" i soggetti addetti a lavori medio-pesanti; "non invalidi" quelli adibiti a lavori sedentari, se non presenti complicanze urosettiche.

Stadio T3 N0 M0 - In questo caso s'impone la cistectomia radicale e la sopravvivenza a 5 anni varia dal 30 al 60%. Entrambi i criteri, biologico e prognostico, inducono a ritenere questi soggetti "invalidi"; in

questo caso il tipo d'attività lavorativa ha scarsa rilevanza.

Stadio T4 N0 M0 o any T N+ M0 - Sono pazienti difficilmente curabili, la cistectomia ha significato palliativo o di salvataggio, la prognosi è pessima. Prevale senz'altro il criterio prognostico, in base al quale tali soggetti sono da ritenersi "inabili" nella maggioranza dei casi.

Stadio any T any N M1 o Recidive dopo cistectomia - La sopravvivenza a 5 anni è più l'eccezione che la regola. Sono individui con indice di Karnofsky in genere pari o inferiore al valore di 50 e necessitano spesso d'assistenza continua.

Nella Tabella 6 viene riassunta la nostra proposta di valutazione.

RIASSUNTO

L'estrema variabilità delle forme neoplastiche, l'incertezza della

TABELLA 5 - Supplemento ordinario n. 9 Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale Decreto Ministeriale 12 luglio 2000. Approvazione di "Tabella delle menomazioni"; "Tabella indennizzo danno biologico"; "Tabella dei coefficienti", relative al danno biologico ai fini della tutela dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (Gazzetta n. 172 del 25-7-2000)

131	Neoplasie maligne che si giovano di trattamento medico e/o chirurgico locale, radicale	Fino a 10
132	Recidive di neoplasia maligna che si giovano di trattamento medico e/o chirurgico locale, radicale	Fino a 16
133	Neoplasie maligne che si giovano di trattamento medico e/o chirurgico ai fini di una prognosi quoad vitam superiore a 5 anni, a seconda della persistenza e dell'entità di segni e sintomi minori di malattia, comprensivi degli effetti collaterali della terapia	Fino a 30
134	Neoplasie maligne che non si giovano di trattamento medico e/o chirurgico ai fini di una prognosi quoad vitam superiore a 5 anni; i pazienti richiedono speciali cure ed assistenza, sono sostanzialmente abili allo svolgimento delle necessità primarie ed agli atti del vivere comune	Fino a 60
135	Neoplasie maligne che non si giovano di trattamento medico e/o chirurgico ai fini di una prognosi quoad vitam superiore a 5 anni, il supporto terapeutico ed assistenziale è necessario e continuo, il soggetto è severamente disabile, è indicata l'ospedalizzazione	Fino a 80
135	Neoplasie maligne con metastasi plurime diffuse e severa compromissione dello stato generale con necessità di ospedalizzazione ovvero di presidi domiciliari equivalenti, sebbene la morte non sia imminente	> 80
137	Cachessia neoplastica	100
367	Cistectomia definitiva, a seconda dell'efficacia del trattamento chirurgico	Fino a 25

TABELLA 6 - Proposta di valutazione dei carcinomi vescicali

<p>CARCINOMA SUPERFICIALE</p> <p>Stadi Ta-T1 e Tis NON INVALIDITA'</p>
<p>CARCINOMA INFILTRANTE</p> <p>Stadio T2 N0 M0 (trattato con Cistectomia radicale) INVALIDITÀ se addetti a lavori medio-pesanti NON INVALIDITÀ se addetti a lavori sedentari, in assenza di complicanze urosettiche</p> <p>Stadio T3 N0 M0 INVALIDITÀ (il tipo di attività lavorativa ha scarsa rilevanza)</p> <p>Stadio T4 N0 M0 Stadio any T N+ M0 INABILITÀ</p> <p>Stadio any T any N M1 Recidive post-cistectomia INABILITÀ + eventuale Assegno mensile per l'assistenza personale e continuativa</p>

prognosi, l'eterogeneità dei postumi e la risposta individuale alla terapia, hanno rappresentato un ostacolo difficilmente sormontabile ai fini della valutazione medico-legale. La conseguente mancanza di consolidati riferimenti tabellari ha di fatto prodotto un'estrema disomogeneità di giudizi.

Partendo da questi presupposti, l'Autore affronta le problematiche relative ai carcinomi della vescica: tumori la cui frequenza è in netto aumento negli ultimi anni.

Puntualizzati gli aspetti clinici più rilevanti, indispensabili ad un pon-

derato giudizio medico-legale, vengono esaminati i tre prevalenti indirizzi in tema di neoplasie maligne: considerare invalidi tutti i soggetti affetti da tumore maligno per un periodo di 5 anni dal trattamento, stimare soltanto il danno biologico in atto, includere nella valutazione il criterio prognostico *quoad vitam*.

Infine, dopo aver evidenziato l'importanza del "criterio prognostico *quoad vitam*", viene formulata una proposta di valutazione, utilizzabile in invalidità pensionabile, riferita ai vari stadi d'evoluzione dei carcinomi vescicali.

Bibliografia

- 1) BAROCELLI A.P., MAESTRONI F., CARDONE A., et al: «*La Valutazione della patologia neoplastica in invalidità civile*», Atti del Convegno Nazionale «La tutela dell'invalidità. Aspetti Giuridici e Medico Legali». Roccaraso, 16-18 giugno 1994.
- 2) BELVISI P., CONTI G., GIANNEO E., COMERI G.: «*Le derivazioni urinarie dopo cistectomia*». *Medicina Generale* 1991; 7: 22-30.
- 3) BONANNI L., CARDUCCI A.L., TENTI L.: «*Inabilità: contributo clinico-statistico e proposta di protocollo valutativo della patologia prevalente (neoplasie)*». *Rass. Med. Leg. Prev.* 1994; 1: 57-66.

- 4) BRENDLER C.B., STEINBERG G.D., MARSHALL F.F., et al.: «*Local recurrence and survival following nerve-sparing radical cystoprostatectomy*». Journal of Urology 1990; 144(5): 1137-1141.
- 5) BUCCELLI C., MONTESARCHIO V., BIANCO A.R.: «*La valutazione dell'invalidità da neoplasie maligne trattate, in tema di previdenza e assistenza sociale*», Atti del Convegno Nazionale di Medicina Legale «Problemi attuali in tema di previdenza e assistenza sociale». Castiglione della Pescaia (GR), 13-15 maggio 1993.
- 6) CHILELLI M., CIPRARI A.: «*La valutazione della patologia neoplastica, con particolare riguardo al carcinoma del colon retto, in tema di invalidità pensionabile INPS. Un problema dibattuto e ancora irrisolto a oltre 15 anni dall'entrata in vigore della legge n.222/84*». Rass. Med. Leg. Prev. 2000; 1: 41-54.
- 7) CHILELLI M., RONCELLA A.: «*Tumori della tiroide: valutazione medico-legale*». Rass. Med. Leg. Prev. 1995; 4: 53-66.
- 8) DE BERARDINIS E., VON HELAND M., ZARRELLI G., et al.: «*Neoplasie primitive della vescica pT1G3. Recidive e progressioni. 10 anni di follow-up*». Urologia 1995; 1:47-50.
- 9) DE JAGER R., GUINAN P., LAMM D., et al.: «*Long-term complete remission in bladder carcinoma in situ with intravesical TICE bacillus Calmette Guerin: overview analysis of six phase II clinical trials*». Urology 1991; 38(6): 507-513.
- 10) DE LUCIA O.: «*Neoplasie maligne: valutazione medico-legale in ambito previdenziale. I Linfomi*». Rass. Med. Leg. Prev. 1995; 2: 28-46.
- 11) DELL'ORTO P., SEVESO M., TAVERNA G.L.: «*Neoplasie vescicali*». La Rivista del Medico Pratico 1994; 485: 7-24.
- 12) DI BERNARDINO V., DATTOLA A., CHILELLI M.G., et al.: «*Tumori del testicolo: incidenza e valutazione medico-legale nelle sedi INPS di Monza e Lodi. Proposta di protocollo valutativo*». Rass. Med. Leg. Prev. 1997; 2: 50-60.
- 13) FAIR W.R., FUKS Z.Y., SCHER H.I.: «*Cancer of the bladder*», in Devita VT, Hellman S, Rosenberg SA (eds): *Cancer: Principles and Practices of Oncology*, 1993; 1052-1072. Philadelphia, JB Lippincott.
- 14) FRIEDEL G.H., SOLOWAY M.S., HILGAR A.G., et al.: «*Summary of workshop on carcinoma in situ of the bladder*». J. Urol. 1986; 136:1047-1048.
- 15) HENEYH N.M., AHMED S., FLANAGAN M.J.: «*Superficial bladder cancer: Progression and recurrence*». J. Urol. 1983; 130:1083-1086.
- 16) HERR H.W., WARTINGER D.D., FAUR W.R., et al.: «*Bacillus Calmette-Guerin therapy for superficial bladder cancer: a 10-year followup*». Journal of Urology 1992; 147(4): 1020-1023.
- 17) HERR H.W.: «*The value of second transurethral resection in evaluating patients with bladder tumors*». Journal of Urology 1999; 162 (1): 74-76.
- 18) HOLMANG S., HEDELIN H., ANDERSTROM C., et al.: «*The relationship among multiple recurrences, progression and prognosis of patients with stages TA and T1 transitional cell cancer of the bladder followed for at least 20 years*». Journal of Urology 1995; 153(6): 1823-1827.
- 19) HUDSON M.A., HERR H.W.: «*Carcinoma in situ of the bladder*». Journal of Urology 1995; 153(3, Part 1): 564-572.
- 20) IACOVELLI G., REDAELLI A., DE LUCIA O.: «*Neoplasie maligne: criteri generali di impostazione valutativa nell'ambito della medicina previdenziale. Il carcinoma mammario*». Rass. Med. Leg. Prev. 1991; 3/4: 3-20.
- 21) LAMM D.L., BRENT A., BLUMENSTEIN P.: «*Bladder Cancer*». Cancer J. Clin. 1996; 46 (2):93-112.
- 22) MOSTOFI F.A., SOBIN L.H., TORLONI M.: «*Histological typing of urinary bladder tumor*», in International Histological Classification of Tumor, No. 10. Geneva, World Health Organization, 1973.
- 23) MOSTOFI F.A., DAVIS C.J., SESTERHENN I.A.: «*Pathology of tumors of the urinary tract*». In: Skinner DG, Lieskovsky G, Eds.: *Diagnosis and Management of Genitourinary Cancer*. Philadelphia, WB Saunders, 1988; 83-117.
- 24) OLSSON C.A.: «*Management of invasive carcinoma of the bladder*». In: deKernion JB, Paulson DF, Eds.: *Genitourinary Cancer Management*. Philadelphia: Lea and Febiger, 1987; 59-94.
- 25) RAGHAVAN D., HUBEN R.: «*Management of bladder cancer. Current Problems in Cancer* » 1995; 19(1): 1-64.
- 26) SCHER H., HERR H., STERNBERG C., et al.: «*Neo-adjuvant chemotherapy for invasive bladder cancer: experience with the M-VAC regimen*». British Journal of Urology 1989; 64(3): 250-256.
- 27) SERRETTA V., PIAZZA S., PAVONE C., et al.: «*Results of conservative treatment (Transurethral resection plus intravesical chemotherapy) in patients with primary T1G3 transitional cell carcinoma of the bladder*». Urology 1996; 47: 647.
- 28) SILVERMAN D.T., HARTGE P., MORRISON A.S., et al.: «*Epidemiology of bladder cancer*». Hematol Oncol Clin North Am 1992; 6: 1-30.
- 29) SKINNER D.G., DANIELS J.R., RUSSELL C.A., et al.: «*The role of adjuvant chemotherapy following cystectomy for invasive bladder cancer: a prospective comparative trial*». Journal of Urology 1991; 145(3): 459-467.
- 30) STEIN J.P., GROSSFELD G.D., GINSBERG D.A., et al.: «*Prognostic markers in bladder cancer: a contemporary review of the literature*». Journal of Urology 1998; 160 (3 pt 1): 645-659.
- 31) THRASHER J.B., CRAWFORD E.D.: «*Current management of invasive and metastatic transitional cell carcinoma of the bladder*». Journal of Urology 1993; 149(5): 957-972.
- 32) «*Urinary bladder*». In: American Joint Committee on Cancer: *AJCC Cancer Staging Manual*. Philadelphia, Pa: Lippincott-Raven Publishers, 5th ed., 1997; 241-246.
- 33) VIEWEG J., GSCHWEND J.E., HERR H.W., et al.: «*The impact of primary stage on survival in patients with lymph node positive bladder cancer*». Journal of Urology 1999; 161(1): 72-76.
- 34) WINGO P.A., TONG T., BOLDEN S.: «*Cancer statistics*», 1995. CA J Clin 1995; 45: 8-30.

CONSULENZA TECNICA

a cura di Cristina Catalano*

Il caso che proponiamo tratta di un soggetto di 52 anni, che dall'età di 24 anni, per 12 anni, fino al 1984 ha svolto l'attività di operaio in una falegnameria e dal 1984 a tutt'oggi svolge l'attività di agente di commercio nel settore legnami, lo stesso ha presentato domanda di invalidità presso INPS in data 15.09.1999.

In seguito ad un incidente stradale avvenuto nel 1973, risulta che il periziando, ha riportato "frattura-lussazione d'anca destra", trattata chirurgicamente nel luglio 1999 con intervento di artroprotesi cementata.

In seguito la storia clinica dell'interessato ha evidenziato il pieno successo chirurgico: si deve quindi supporre un miglioramento della patologia articolare post-traumatica.

La protesi risulta correttamente posizionata e non è stata fatta alcuna ipotesi di reintervento, tale da evidenziare che il soggetto non sia più in grado di svolgere l'attività lavorativa.

In data 27.09.99 i medici INPS effettuano la prima visita all'assicurato, ed esprimono la diagnosi di "esito di intervento di artroprotesi cementata anca destra..." con il giudizio di "non invalidità".

Alla visita collegiale effettuata in data 23.03.00 il sanitario dell'INPS ha confermato la diagnosi e la valutazione medico-

legale della prima visita, con il parere concorde del medico di patronato.

Successivamente l'assicurato ha proposto ricorso giudiziario presso il Tribunale di Orvieto ed il C.T.U. ha concluso la sua relazione con un giudizio di invalidità dall'epoca della domanda.

Un primo rilievo è da formulare su tale giudizio visto che alla visita collegiale anche il medico di patronato era concorde con il medico INPS sia sulla diagnosi sia sulla valutazione medico-legale.

Ebbene, l'assicurato che ha svolto la sua attività lavorativa di agente di commercio, intrapresa nel 1984, con dei postumi traumatici precostituiti, secondo il C.T.U. sarebbe diventato invalido nel momento in cui ha effettuato una valida correzione chirurgica!

La modesta radicolopatia L5-S1 non sposta i termini del problema.

Va inoltre rilevato che la valutazione medico-legale fatta dall'ENASARCO in base alla legge 12/73, menzionata nella consulenza tecnica dal C.T.U. non può essere presa in considerazione in quanto fa chiaro ed esplicito riferimento (art. 14) alla capacità di guadagno e non già a quella di lavoro in attività confacenti alle attitudini (L. 222/84).

* Coordinatore Centrale Area Contenzioso.

È interessante notare come ancora oggi, alcuni C.T.U. facciano riferimento a parametri non aderenti alle norme valutative dell'invalidità pensionabile INPS.

Per ultimo va sottolineato che l'obiettività a carico dell'apparato osteoarticolare è stata correttamente evidenziata dai medici INPS e che è stata fatta una corretta valutazione della sua incidenza sull'attività lavorativa, in piena aderenza con le previsioni di legge.

In conclusione, appare necessaria ed opportuna la resistenza in giudizio proposta da parte dei colleghi della sede in questione.

Tribunale di Orvieto - Sezione lavoro

Il giorno 1 marzo 2001 la S.V. III.ma dava incarico al sottoscritto Dr. G.B. specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni, di sottoporre ad accertamenti medico-legali il Sig. C.

Lo scopo dell'indagine era indicato nei seguenti quesiti: esaminato il fascicolo d'ufficio ed i fascicoli di parte, sottoposto a visita medico-legale, effettuato ogni accertamento ritenuto opportuno, dica il C.T.U.:

a) da quali infermità sia affetto il C. attualmente, precisando ove possibile l'epoca d'insorgenza delle stesse e chiarendo se le patologie riscontrate presentino o meno i caratteri dell'irreversibilità;

b) quale sia attualmente ed alla data delle visite mediche (11.01.2000 e 23.03.2000) e della domanda (15.09.1999) in concreto la percentuale di riduzione permanente della capacità lavorativa derivante dalle infermità accertate in occupazioni confacenti alle sue attitudini (agente di commercio ed esercenti attività commerciali);

c) in caso di divergenza con le valutazioni della Commissione Medica dell'INPS, quali siano le ragioni alle quali attribuire la differente valutazione;

d) quant'altro ritenuto utile ai fini di giustizia.

I DATI DELLA DOCUMENTAZIONE IN ATTI

Risulta in atti che in data 15.09.1999 il Sig. C. inoltrò domanda di assegno d'in-

validità ai sensi dell'art. 2 Legge 222/84 alla sede INPS di Terni.

L'Istituto rigettò la domanda sostenendo che, sulla base della visita medica effettuata, *"non sono risultate infermità tali da determinare una permanente riduzione a meno di un terzo della sua capacità di lavoro in mansioni confacenti alle sue attitudini"*.

Avverso tale determinazione il C. propose ricorso in sede amministrativa, senza tuttavia ottenere quanto richiesto, ed infine adì dunque le vie legali avanti il Tribunale di Orvieto.

I DATI DELLA DOCUMENTAZIONE MEDICA DI INTERESSE

1. Cartella clinica degli Istituti Ortopedici di B. relativa a ricovero dal 21.12.1973 al 04.02.1974 per *"frattura-lussazione d'anca a destra"*;

2. Cartella clinica della Divisione di Ortopedia & Traumatologia dell'Ospedale di O. relativa a ricovero dal 28.06 al 10.07.1999 per *"grave coxartrosi destra post-traumatica - intervento di artroprotesi cementata"*;

3. Relazione medica INPS redatta dalla D.ssa D.C. in data 27.09.1999 su modello "SS4/M": *"...ESAME OBIETTIVO: arti: alterazioni morfologiche: arto destro più corto di 2 cm. ...deficit movimenti articolari: elevazione dell'anca limitata a destra di circa 1/4, abduzione e adduzione limitate di circa 1/3, zoppia di fuga... spianamento della lordosi lombare... sintesi diagnostica: esiti di intervento di artroprotesi cementata anca destra, non ancora stabilizzato... a causa del difetto fisico o mentale riscontrati, la capacità di lavoro dell'assicurato, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, non è ridotta in misura superiore ai 2/3... pertanto l'Assicurato è da ritenere ai sensi di legge non invalido..."*;

4. Referto di esame Rx della colonna lombosacrale e bacino del 30.10.1999: *"modesta scoliosi complessa cervico-dorso-lombare e riduzione della lordosi cervicale e lombare, associata a manifestazioni spondilistiche, più evidenti a livello dorsale inferiore e lombare, con sofferenza discale C6-C7 ed L5-S1. Ernie intraspon-*

giose di Schmorl a livello L3 ed L4. Retrospondilolistesi di L2. Protesi d'anca destra e segni di coxartrosi sinistra; normali le articolazioni sacroiliache. Iniziale calcificazione ateromasica delle pareti dell'aorta addominale";

5. Certificato medico (allegato alla domanda di pensione indirizzata all'ENASARCO) a firma Dr. R. del 07.12.1999;

6. Certificato medico Dr. E.D.F. del 11.01.2000;

7. Verbale di visita medica collegiale INPS del 23.03.2000 a firma Dr. G.K. e L. De S. "...**VARIAZIONI DELL'ESAME OBIETTIVO:**... osteoarticolare: modesto deficit funzionale dei movimenti dell'anca destra; spinalgia pressoria cervico-lombare... ...**GIUDIZIO MEDICO LEGALE CONCLUSIVO:** non invalido...";

8. Nota prot. 1534659/726697 della Fondazione ENASARCO del 22.06.2000: "...si comunica che i Sanitari della Fondazione ENASARCO Le hanno riconosciuto un'invalidità permanente parziale pari al 70%...";

9. Certificato specialistico ortopedico Dr. I.C. del 11.12.2000;

10. Referto di esame Rx della colonna lombosacrale e bacino del 06.12.2000: "scomparsa antalgica della lordosi lombare, spondilosi e riduzione in ampiezza dello spazio intersomatico L5. Ernie intraspondigiose di Schmorl a livello L3 ed L4. Artroprotesi d'anca destra, ben posizionata; calcificazioni delle parti molli periarticolari omolaterali. Segni di coxartrosi sinistra";

11. Referto di esame T.C. colonna lombosacrale del 06.12.2000: "In L5-S1 il disco intersomatico è parzialmente degenerato con il fenomeno del vacuum e moderatamente protruso in sede postero-mediana";

12. Referto di esame elettromiografico degli arti inferiori del 26.03.2001: "...riduzione dei PUM da radicolopatia L5-S1 lombare bilaterale".

I DATI DELL'ANAMNESI E DELL'ESAME OBIETTIVO

La visita medica è stata effettuata il giorno 23 marzo 2001, alla presenza del Dr. F.R. per il ricorrente e del Dr. A. per l'INPS.

Il Sig. C. è stato identificato mediante carta d'identità.

GENERALITÀ

C.F. nato ad O. il 05.12.1949.

ANAMNESI FAMILIARE

Nulla di rilevante ai fini dell'indagine attuale.

ANAMNESI FISIOLOGICA

Nata a termine da parto eutocico, allattamento materno. Normale lo sviluppo psicofisico. Abitudini alimentari e di vita regolari. Alcolici ai pasti. Soggetto destrimane.

ANAMNESI LAVORATIVA

Inizia l'attività lavorativa all'età di 24 anni come operaio in una falegnameria; svolge tale attività sino al 1984, quando intraprese attività di agente di commercio, sempre nel settore legnami.

Non riferisce invalidità di riconosciuta natura professionale.

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA

Nel 1973, a seguito di incidente stradale, frattura-lussazione dell'anca destra. Dall'epoca disturbi osteoarticolari all'anca destra progressivamente ingravescenti, con zoppia, estesi successivamente al ginocchio omolaterale, all'anca ed al ginocchio controlaterali ed alla colonna vertebrale dorsolombare.

Null'altro di rilevante.

ESAME OBIETTIVO

Condizioni generali: soggetto di sesso maschile di età apparente corrispondente a quella anagrafica; discrete condizioni generali; destrimane. Altezza cm 176; peso kg 97.

Facies: composita.

Mucose: normoirrorate.

Cute ed annessi: normotrofica, normoelastica, annessi normorappresentati nelle sedi di elezione.

Psiche: non evidenza di elementi a carattere patologico; si esprime con linguaggio e mimica adeguati al livello di cultura; eutimico, normale l'attenzione spontanea e quella conativa, così come la facoltà critiche e di giudizio.

Capo: mobile; l'estensione e la rotoclinazione nei due lati del rachide cervicale risultano limitate in misura di circa 1/4; pupille in asse, isocicliche, isocoriche, normoreagenti alla luce ed all'accomodazione; lingua trofica, lievemente impaniata.

Collo: normoconformato per sesso ed età; tiroide non palpabile.

Apparato linfoghiandolare: apparentemente indenne quello superficiale.

Torace: normoconformato; emitoraci normoespansibili simmetricamente; suono plessico chiaro; F.V.T. normotrasnesso; M.V. fisiologico, aspro alle basi.

Cuore: itto non visibile, non palpabile; aia cardiaca nei limiti, pause libere; azione cardiaca ritmica; frequenza 72/min.; pressione arteriosa in clinostatismo: 135/80.

Addome: piano; trattabile; non dolente alla palpazione superficiale e profonda; cicatrice ombelicale normointroflessa; non reticoli venosi evidenti; fegato debordante di circa 1 cm dall'arco costale, di consistenza lievemente aumentata; milza non palpabile.

Apparato genitourinario: manovra di Giordano negativa bilateralmente; lievemente dolente la palpazione del punto pieloureterale destro.

Apparato locomotore ed osteoarticolare: *Rachide dorsolombare:* intensa spinalgia diffusa; articularità ridotta per circa 1/3 in flessione anteriore e nei movimenti di lateralità; Laségue positiva a 80° a destra; *cingolo scapolare:* dolore palpatorio al tendine del capo lungo del bicipite, dx>sn; limitazione ai gradi estremi dei movimenti di abduzione, intra- ed extra-rotazione a destra; *gomiti:* n.d.r.; *polsi:* n.d.r.; *mani:* modesti dimorfismi diffusi delle piccole articolazioni delle dita, con funzione prensile validamente conservata bilateralmente; *anche:* marcata limitazione funzionale dell'anca destra (oltre 1/2) in tutti i movimenti, ed in particolare dell'abduzione e dei movimenti rotatori; limi-

tazione complessivamente valutabile in misura compresa tra 1/3 ed 1/4 a sinistra; *ginocchia:* aumento di volume dell'articolazione, scrosci articolari e riferita dolenzia ai gradi estremi della flessione a destra; *caviglie:* n.d.r.; *piedi:* alluce valgo di 1° grado a destra; appianamento della v.l.i. a destra rispetto al controlato, con asimmetria dei fisiologici calli da carico. All'arto inferiore destro è inoltre osservabile un atteggiamento in extrarotazione antalgica ed una vistosa ipotrofia muscolare alla coscia (il cui perimetro misura 3,5 cm in meno rispetto al controlato) ed alla gamba (meno 1,5 cm); l'arto nel suo insieme è accorciato rispetto al controlaterale di circa 2,5 cm. La *deambulazione* avviene con vistosa zoppia di caduta a destra.

Esame neurologico: nulla ai nervi cranici; motilità segmentaria nella norma; diadococinesia nella norma; lieve dismetria frénage alla prova indice-naso a destra; buona coordinazione motoria; prova di Romberg negativa.

CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI

Sulla base dei dati precedenti esposti è possibile rispondere ai quesiti proposti nei seguenti termini: C.F. agente di commercio di anni 52, presenta attualmente esiti di intervento di artroprotesi all'anca destra con limitazione funzionale in misura superiore ad 1/2 ed atteggiamento in extrarotazione dell'arto, coxartrosi sinistra con limitazione funzionale in misura compresa tra 1/3 ed 1/4, spondiloartrosi cervicale, dorsale e lombosacrale con discopatie multiple e limitazione funzionale di circa 1/3 e fenomeni di compressione EMG-accertati della radice nervosa L5-S1.

In riferimento alla previsione normativa di cui all'art. 1 Legge 222/84, va rilevato come il quadro artropatico presenti effettiva significatività sotto il profilo medico-legale.

In particolare i disturbi articolari all'anca destra, con rilevanti ripercussioni deambulatorie, interferiscono significativamente con la possibilità di prestazione d'opera da parte del Sig. C. nelle mansioni svolte (agente di commercio nel settore falegnameria), che implicano deam-

bulazione in ampi magazzini; analoghe considerazioni valgono per i continui ed inevitabili spostamenti in auto rispetto alla patologia articolare delle anche e soprattutto della colonna vertebrale dorsolombare; le patologie succitate, in sintesi, riducono di fatto le potenzialità lavorative, e pertanto, allo stato attuale, tenendo conto dell'età e delle precedenti esperienze lavorative (e quindi del range delle mansioni confacenti al soggetto), si ritiene che **sussista una riduzione della capacità lavorativa in misura superiore ai 2/3 previsti dall'art. 2 Legge 222/84 in occupazioni confacenti alle attitudini**. Una indiretta conferma è ricavabile dal fatto che i Sanitari che visitarono il ricorrente nel 2000 per la Fondazione ENASARCO ritennero sussistente un quadro invalidante produttivo di un'invalidità permanente lavorativa pari al 70%.

Dall'esame della documentazione sopra riportata si evince infine che tale condizione menomativa era presente, presumibilmente con analoga valenza invalidante, anche all'epoca della presentazione dell'istanza amministrativa di assegno d'invalidità.

Non ricorrono le condizioni di cui all'art. 1 Legge 222/84.

RISPOSTA AI QUESITI

a) *"Da quali infermità sia affetto il C. attualmente, precisando ove possibile l'epoca d'insorgenza delle stesse e chiarendo se le patologie riscontrate presentino o meno i caratteri dell'irreversibilità": esiti di intervento di artroprotesi all'anca destra con limitazione funzionale in misura superiore ad 1/2 ed atteggiamento in extrarotazione dell'arto, coxartrosi*

sinistra con limitazione funzionale in misura compresa tra 1/3 ed 1/4, spondiloartrosi cervicale, dorsale e lombosacrale con discopatie multiple e limitazione funzionale di circa 1/3 e fenomeni di compressione EMG-accertati dalla radice nervosa L5-S1; la artroprotesi fu posizionata nel settembre 1999; le altre affezioni sono insorte da lungo tempo e progressivamente aggravate; si può tuttavia affermare che erano tutte presenti, con valenza invalidante presumibilmente analoga a quella attualmente riscontrabile, anche alla data della presentazione della domanda di assegno d'invalidità;

b) *"quale sia attualmente ed alla data delle visite mediche (11.01.2000 e 23.03.2000) e della domanda (15.09.1999) in concreto la percentuale di riduzione permanente della capacità lavorativa derivante dalle infermità accertate in occupazioni confacenti alle sue attitudini (agente di commercio ed esercenti attività commerciali)": la capacità lavorativa in occupazioni confacenti alle attitudini del C. è attualmente ridotta a meno di un terzo; con tutta verosimiglianza tale condizione era presente sin dal settembre 1999;*

c) *"in caso di divergenza con le valutazioni della Commissione Medica dell'INPS, quali siano le ragioni alle quali attribuire la differente valutazione": a mio avviso una sottostima dell'obiettività clinica e strumentale, soprattutto in rapporto alla capacità lavorativa attitudinale del soggetto, operata in sede di prima visita e successivamente di visita collegiale INPS;*

d) *"quant'altro ritenuto utile ai fini di giustizia": l'Assicurato non è inabile.*

Terni, 8 aprile 2001

Dr. G.B.

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 allegata

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 dicembre 2001