

MIP



RASSEGNA DI

Medicina legale **Previdenziale**

Le assicurazioni della salute: la polizza "Dread disease"

Ascanio Sirignano *Pier Giorgio Fedeli*

Legge 222/1984: articolo 2 (pensione d'inabilità) e applicabilità dell'articolo 9 (revisione dell'invalideità e dell'inabilità). Problematiche

Lia De Zorzi *Paola Fallani* *Massimo Belloni*

Il sistema dei controlli medico-legali sui minorati civili:
costoso apparato o efficace lotta agli abusi?

L'esperienza della commissione medica di verifica di Bari

Marco Massari *Isabella Mola* *Ettore Ferrara* *Domenico Morga*

Invalideità pensionabile per infermità derivante da responsabilità medica.

L'esercizio dell'azione di surroga

Gianluigi Margiotta *Simona Zaami* *Lucia Zanardi*

La tutela dell'handicap ed i suoi presupposti tecnici

Paola Tarantini

Consulenza tecnica

L'angolo dell'infermiere

ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE
LUGLIO - AGOSTO - SETTEMBRE
3
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

3

Anno XIV, III trimestre 2001

SOMMARIO

ARTICOLI

Le assicurazioni della salute:
la polizza "Dread disease"

Ascanio Sirignano Pier Giorgio Fedeli

5

Legge 222/1984: Articolo 2 (pensione d'inabilità)
e applicabilità dell'articolo 9 (revisione dell'invalidità
e dell'inabilità). Problematiche

Lia De Zorzi Paola Fallani Massimo Belloni

20

Il sistema dei controlli medico-legali sui minorati civili:
costoso apparato o efficace lotta agli abusi?

L'esperienza della commissione medica di verifica di Bari

Marco Massari Isabella Mola Ettore Ferrara Domenico Morga

29

Invalidità pensionabile per infermità derivante
da responsabilità medica.

L'esercizio dell'azione di surroga

Gianluigi Margiotta Simona Zaami Lucia Zanardi

47

La tutela dell'handicap ed i suoi presupposti tecnici

Paola Tarantini

56

CONSULENZA TECNICA

61

L'ANGOLO DELL'INFERMIERE

66

A Bruno ...

È con profondo cordoglio che comunico ai lettori di MP l'improvvisa quanto prematura perdita il 17 Dicembre 2001 del Chiar.mo Professore Bruno Maria Altamura, ordinario di Medicina Legale e delle Assicurazioni all'Università di Trieste e membro del nostro Comitato Scientifico.

L'ultimo nostro incontro avvenne fra le "nebbie ferraresi" pochi giorni prima della sua drammatica scomparsa in occasione delle IV Giornate Estensi di Medicina Legale delle Assicurazioni, convegno dove aveva, come sempre, attirato l'attenzione e la simpatia dei colleghi con la sua sapiente, brillante e vivace oratoria.

Il ricordo che ho di Bruno è quello di un amico personale, un uomo leale, un grande maestro sempre disponibile e particolarmente lungimirante, ma anche un sostenitore degli Enti previdenziali attento e partecipe promotore della crescita culturale dei medici del nostro Istituto.

Egli ha saputo intuire il futuro, aprendo la strada a quel processo di integrazione progressiva fra mondo universitario e previdenziale al quale, nel tempo, hanno aderito molti altri cattedratici, anche trascinati dal suo esempio.

I suoi discepoli che oggi lo rimpiangono, tra cui numerosi medici legali dell'INPS, hanno riversato i suoi saggi insegnamenti nel lavoro quotidiano: fra di loro, anche due dei componenti del nostro Comitato di Redazione che con profondo affetto lo ricordano nelle poche righe che pubblichiamo.

Il Direttore Scientifico

Bruno Maria Altamura era un uomo che credeva nella Provvidenza.

Forse sarà stato per questo che trovava sempre, nelle circostanze più disparate, il “lato comico”. Amava scherzare, e spesso prendeva in giro anche se stesso. Era sempre sommerso dalle “carte” e perseguitato dai solleciti delle perizie che avrebbe dovuto consegnare “tre mesi fa”. E questo perché tutti si affidavano alla sua esperienza, alla sua professionalità, ma anche al suo buon senso.

Ma ha sempre trovato tempo per i suoi allievi. 5 minuti per star lì ... ad ascoltare li ha trovati in ogni caso, soprattutto quando a bussare alla porta era un suo allievo. Bussare alla porta?...come se fosse chiusa? ma no, che dico. In tanti anni raramente ho visto la porta del Professore chiusa. Recentemente aveva rinnovato gli arredi del suo studio. La prima volta che sono entrata nella sua stanza “nuova” mi sono sentita persa... dove erano andate a finire tutte le carte che lo assediavano dagli scaffali e dalla scrivania? Era tutto così “pulito”.. Si rese conto della mia meraviglia e disse: “ Nun te preoccupà.. apri un po’ uno degli armadi...!”

L’ultimo ricordo risale a venerdì scorso. Era pomeriggio, aveva appena chiuso un congresso da lui organizzato. Come al solito aveva tenuto desta l’attenzione dell’uditorio con la cristallina e limpida chiarezza di esposizione congiunta al solito rigore scientifico, ma anche con la sua bonomia ed il gusto della battuta e dell’aneddoto. Ho avuto appena il tempo di salutarlo, doveva scappare a prendere un aereo per Lametia. Ecco, era chiamato da tutti e in tutta Italia, andava sempre di corsa. Ora si è fermato e tutti i suoi allievi si domandano cosa possono fare ancora per lui.

Lui avrebbe detto: “Facendo i bravi medici legali...”. All’inizio del corso di specializzazione amava sempre dire: “Voi scrivete in italiano che la medicina legale ve la insegno io”.

Ci ricordava sempre il giuramento di Ippocrate: e questo richiamo alla tradizione, all’etica, alle radici della nostra professione penso sia uno dei moniti più profondi che ci ha lasciato.

Io, però, ora mi sento un pò più sola

Rosella Pastore

Con il dolore e il lutto nel cuore ho stilato queste poche parole - forse poco formali, ma sentite - per Bruno Altamura, mio maestro ed amico.

Io - fra i medici legali dell’Istituto cresciuti nelle Scuole di Bari e Trieste, alla cui formazione professionale egli ha contribuito con insegnamenti indelebili - con tutti quelli che lo hanno conosciuto ne ricordo le alte virtù umane, non meno apprezzate delle esemplari doti scientifiche: l’arguzia, la viva-ce intelligenza, l’allegria, l’umiltà, la disponibilità.

Appresa la triste notizia, qualcuno che gli era particolarmente legato ha detto disperandosi. “...ha sempre pensato troppo agli altri e troppo poco a se stesso”.

Mi piace ricordarlo così, Bruno Altamura.

Marco Massari

Le assicurazioni della salute: la polizza “Dread disease”

Ascanio SIRIGNANO

Pier Giorgio FEDELI

Dipartimento di Discipline Giuridiche Sostanziali e Processuali
– Sezione di Medicina Legale – Facoltà di Giurisprudenza –
Università degli Studi di Camerino.

INTRODUZIONE

Negli ultimi decenni, per motivi diversi ed oramai noti e definitivamente consolidati¹, la richiesta di una protezione assicurativa privata complementare ed integrativa di quella pubblica è andata progressivamente aumentando in tutti i campi di applicazione (infortuni, polizze vita, fondi pensioni, polizze malattie), ed in questo contesto si è concretizzata una canalizzazione in senso privatistico di una non indifferente quota di risparmio.

All'aumentata richiesta, si è naturalmente associata una estensione qualitativa e quantitativa anche della copertura offerta, fino al raggiungimento di soglie altamente concorrenziali da parte delle imprese private, e che hanno trovato un effettivo elemento di tutela per i possibili eventi negativi della vita umana, decisamente innovativo

e fortemente trainante, nell'ambito delle assicurazioni vita in primo luogo e poi nelle assicurazioni della salute.

Le polizze *long term care (LTC)*, *permanent health insurance (PHI)* ed appunto *dread disease (DD)*, ancorché mutate da altre e meno recenti esperienze internazionali, rappresentano pertanto una importante offerta aggiuntiva al mercato, ed evidentemente tesa a rispondere a quelle esigenze assistenziali e previdenziali di una popolazione che non solo invecchia ma che è anche esposta al rischio prematuro di perdita della autosufficienza, di grave invalidità o di decesso per accidenti vascolari acuti cardiaci e/o cerebrali, per patologie neoplastiche, per forme di demenza, e che per tale motivo concretizza una serie di bisogni che lo stato sociale non è in grado di soddisfare.

In buona sostanza, e mantenendo

¹ Ricordiamo soprattutto, come elemento più importante, la evoluzione demografica verso un progressivo invecchiamento della popolazione; poi l'allettamento dei vincoli di solidarietà parentale; infine la esigenza di riforma del Welfare State con la dispersione e la progressiva riduzione delle prestazioni pubbliche, con la necessità per la popolazione lavorativamente attiva di provvedere a destinare almeno una parte della ricchezza prodotta verso una forma di ampia tutela del proprio stato di salute, a ricerca di prestazioni che offrano la possibilità di ottenere dei vantaggi per le più varie necessità.

do naturalmente tutte le necessarie proporzioni e gli indispensabili elementi differenzianti, non sembra affatto assurdo ipotizzare che attraverso le assicurazioni della salute, prevedendo il rischio di perdita dell'autosufficienza con le polizze LTC, e tutto sommato il rischio della permanente e totale inabilità con le polizze *dread disease*, la tutela assicurativa privata tende ad integrare rispettivamente la indennità di accompagnamento e la pensione di inabilità, in questo modo connotandosi per una evoluzione anche di tipo sociale della protezione.

LA POLIZZA ASSICURATIVA

Già testate nei mercati assicurativi (Stati Uniti, Gran Bretagna, Germania) più avanzati ed evoluti di quello italiano, le polizze *dread disease* rappresentano un prodotto attuariale ancora poco sviluppato e conosciuto nel nostro Paese, e che certamente allo stato non gode del notevole ruolo sociale che ad esempio sta contribuendo in misura sostanziale allo sviluppo delle polizze "assistenza di lungo periodo" (LTCI), ed anche se alcune tra le più importanti imprese assicuratrici stanno comunque da qualche tempo offrendo questo genere di soluzione, è evidente che per quanto interessante si tratta di un percorso nel complesso poco praticato ed ancora tutto da scoprire².

In linea di massima, inoltre, una polizza *dread disease* non viene mai proposta come un prodotto autonomo ma rappresenta un contratto complementare, e dunque ac-

cessorio alla più classica copertura offerta da una tipica polizza vita (morte, sopravvivenza, mista morte e sopravvivenza). Il dato non è privo di rilevanza in quanto il proponente si cautela così dal rischio dell'antiselezione³, mentre proprio per il suo carattere di copertura solamente accessoria un tale tipo di polizza non potrà avere una durata superiore ai 10 anni, peraltro rinnovabile, ed in ogni caso una durata superiore alla durata della polizza base se il tempo residuo di quest'ultima è inferiore al predetto limite⁴, il che rappresenta un indubbio momento a favore degli assicuratori che naturalmente non hanno interesse a più lunghe durate della polizza in quanto le probabilità di effettiva ricorrenza dell'evento protetto aumentano sensibilmente nel tempo, sicché più dura il contratto tanto maggiore risulta il concretizzarsi del rischio.

La natura della copertura assicurativa è insita e palese nel nome stesso del prodotto, *dread disease*, letteralmente tradotto in *malattia terribile*, ed attraverso di essa è prevista la liquidazione di una prestazione economica, in rendita o in capitale, con il verificarsi appunto di una malattia grave e variamente predeterminata dal contratto⁴.

RILIEVI DI INTERESSE MEDICO - LEGALE

La *dread disease* o *malattia terribile*⁵ non ha nella polizza una sua definizione concettuale, definizione che pure avrebbe avuto una indubbia utilità, laddove risultano ricomprese nella copertura assicu-

² Il che naturalmente invita ad una particolare attenzione per le condizioni generali di assicurazione qualora si intendesse sottoscrivere una polizza di questo tipo, laddove l'esiguità numerica in termini di diffusione della stessa sottende in ultima analisi una più limitata copertura del rischio, una minore concorrenzialità del prodotto sul mercato e, di conseguenza, premi in danaro proporzionalmente più elevati.

³ Si tratta di una componente importante nella valutazione del rischio assicurabile. Il fenomeno dell'antiselezione (o selezione avversa) prevede che tra i potenziali utenti i più propensi a sottoscrivere la polizza siano quelli in più precarie condizioni di salute.

⁴ L'utilità della copertura promana dai bisogni economici che conseguono ad una malattia grave, con impedimento alla attività di lavoro e con necessità di cure lunghe e costose.

Nei casi di liquidazione di un capitale, esiste una duplice tipologia di polizza: la forma anticipativa che liquida un capitale che è pari a quello previsto nella polizza vita base, e la forma aggiuntiva che liquida non solo il capitale previsto dalla polizza base ma anche un ulteriore capitale specifico; in ogni caso, inoltre, al concretizzarsi delle condizioni previste dal contratto l'assicurato viene esonerato dal versamento di ulteriori ed eventuali premi residui.

Naturalmente, nella previsione di una forma aggiuntiva il premio da versare sarà più alto, laddove gli altri fattori che influenzeranno i costi, comunque abbastanza elevati per la scarsa diffusione del prodotto e per l'elevata rischiosità dello stesso, possono essere individuati nell'età (che prevede anche un limite di ingresso tra i 60 ed i 65 anni) e nelle condizioni di salute del soggetto da un lato, e nella entità del capitale assicurato e nella durata della polizza dall'altro.

⁵ Praticamente all'epoca della sua prima commercializzazione in Italia, avvenuta nel 1990, e nell'ambito del 15° Convegno dall'associazione italiana di medicina dell'assicurazione vita, malattia e danni alla persona, tenutosi in Sorrento in data 8 e 9 ottobre 1990, la polizza *dread disease* fu oggetto di una tavola rotonda, sotto la presidenza del Prof. Luigi Palmieri che in buona sostanza fu il primo medico - legale a valutarne compiutamente gli aspetti di nostro interesse, e con particolare lucidità di analisi.

Agli Atti di tale convegno si rimandano quanti volessero ulteriormente approfondire soprattutto gli aspetti tecnici attuariali della polizza.

⁶ Le Assicurazioni Generali hanno elaborato una copertura assicurativa per la Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza Forense che prevede un elenco di gravi eventi morbosi decisamente (e direi anche eccessivamente) più esteso rispetto alla base comune di previsione per le dread disease:

Diabete complicato, caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni: ulcere torpide e decubiti; sovrinfezioni; infezioni urogenitali; ipertensione instabile; neuropatie; vasculopatie periferiche.

Insufficienza cardiaca a labile compenso, caratterizzata da almeno due tra le seguenti manifestazioni: dispnea; edemi declivi e stasi polmonare; ipossiemia; aritmie.

Cardiopatía ischemica. Insufficienza cardiaca congestizia. Angina instabile. Aritmie gravi. Infarto e complicanze.

Insufficienza respiratoria, caratterizzata da almeno 3 tra le seguenti manifestazioni: acuta; edema polmonare; cronica in trattamento riabilitativo; con ossigenoterapia domiciliare continua; con ventilazione domiciliare; cronica riacutizzata.

Insufficienza renale acuta. Insufficienza renale cronica in trattamento dialitico (emodialitico o peritoneale)

Neoplasie maligne - accertamenti e cure. Gravi traumatismi - se controindicato intervento chirurgico - comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni.

Gravi osteoartropatie e collagenosi con gravi limitazioni funzionali che comportino anchilosi o rigidità articolari superiori al 50%.

Patologie neuromuscolari evolutive.

Tetraplegia. Sclerosi multipla. Sclerosi laterale amiotrofica. Miopatie.

Ustioni gravi (terzo grado) con estensione almeno pari al 20% del corpo.

Vasculopatie ischemico - emorragico - cerebrali. Morbo di Parkinson, caratterizzato da marcata riduzione dell'attività motoria e dal mantenimento della stazione eretta con difficoltà. Stato di coma. Alzheimer.

Tale elenco, peraltro, non riteniamo possa essere oggetto di valutazione comparativa in quanto relativo solo ad un rimborso di spese mediche, e non anche alla liquidazione di un capitale o di una rendita.

E' peraltro interessante notare come la polizza faccia coincidere la richiesta gravità dell'evento con una situazione patologica che comporti la riduzione della capacità lavorativa a meno di un terzo, e quindi configurante il requisito oggettivo per la corresponsione della rendita di invalidità da parte della Cassa

rativa, e di conseguenza sono considerate indennizzabili, esclusivamente una serie di condizioni patologiche individuate e predefinite, inserite in un apposito elenco che da un relativamente contenuto ed originario modello ANIA ha poi subito le modificazioni imposte da ogni singola impresa, modificazioni più o meno estese⁶ ma che per certi aspetti hanno alterato sostanzialmente la struttura di base della garanzia, che ha quindi finito con l'assumere delle caratteristiche di variabilità per molti versi sconceranti, e sicuramente per una quota non aderenti se non addirittura estranee allo spirito iniziale della copertura assicurativa.

Le altre condizioni di polizza a valenza medico - legale, invece, quali la valutazione del rischio attraverso la visita medica o il questionario, l'accertamento della malattia grave, il lodo arbitrale in caso di disaccordo, ripetono quelle classiche e per tale motivo non necessitano di particolari valutazioni.

Il modello ANIA della polizza (Tabella 1) considera *malattie terribili*, e quindi condizioni patologiche idonee quando si concretizzano a configurare i presupposti clinici per la operatività della garanzia prevista dal contratto, *l'infarto miocardico* indipendentemente dalla sede e dall'estensione della necrosi del muscolo cardiaco, ed indipendentemente anche da ogni valutazione funzionale della riserva coronarica; gli *interventi di cardiocirurgia* con esclusione delle procedure terapeutiche (ad es. angioplastica) che non richiedono l'apertura della cavità toracica; gli

accidenti vascolari cerebrali acuti (emorragici, trombotici o embolici) limitatamente agli eventi con sequele neurologiche motorie e/o sensitive, ma comunque indipendentemente dal grado di queste; i *tumori* con esclusione dei carcinomi in situ, dei carcinomi della vescica al I stadio e dei tumori cutanei ad eccezione dei melanomi peraltro con stadiazione almeno III secondo Clarke; *l'insufficienza renale cronica* purché in trattamento dialitico; la *malattie* che richiedono un *trapianto d'organo*, limitatamente al cuore, rene, fegato, pancreas, polmone e midollo osseo, ed in questi casi viene evidentemente ritenuta sufficiente anche la sola previsione del trapianto quando però suffragata da una certificazione dell'inserimento nella lista di attesa di un centro qualificato.

L'elenco delle *dread disease* predisposto dall'ANIA è stato integralmente ripreso ed esattamente ripetuto nella tipologia di polizza elaborata dalla Fideuram Vita (Tabella 2).

La Royal & Sun Alliance Vita (Tabella 3) ed il broker assicurativo Assi. B. it (Tabella 4), con quest'ultimo che evidentemente fa riferimento primario al gruppo assicurativo inglese, ripropongono ancora l'elenco ANIA ma nel contempo estendono la copertura per i *tumori* anche al sarcoma di Kaposi o qualunque altro tumore subordinandola però alla contemporanea presenza dell'AIDS.

Viene infine inserita nell'elenco, e quindi compresa nella garanzia, anche la *invalidità totale e permanente*, condizione definita come

TABELLA 1 - (da BAZZANO C., *L'assicurazione sulla vita. Egea dell'Università Bocconi e Giuffrè ed., Milano 1998*).

ANIA
<p><i>Infarto miocardico</i></p> <p>Evento ischemico che risulta nella morte irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei 4 seguenti criteri: storia del dolore cardiaco tipico; comparsa di nuove modificazioni tipiche all'Ecg; modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci; comparsa di alterazioni della cinetica parietale dell'ecocardiogramma.</p>
<p><i>Chirurgia cardiovascolare</i></p> <p>Procedure di by-pass aorto-coronarico (con vena safena o con arteria mammaria interna) previa dimostrazione della necessità dell'intervento mediante esame coronarografico. Interventi di sostituzione valvolare con protesi meccanica o biologica. Vengono invece escluse tutte le procedure terapeutiche invasive che non richiedano toracotomia quali ad esempio l'angioplastica coronarica e la dilatazione valvolare con cateteri a palloncino.</p>
<p><i>Ictus cerebrale</i></p> <p>Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza.</p>
<p><i>Tumore</i></p> <p>Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Dalla garanzia vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al 1° stadio ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del III e IV stadio di Clarke.</p>
<p><i>Insufficienza renale</i></p> <p>Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.</p>
<p><i>Trapianto d'organo</i></p> <p>Malattie che comportino la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo. E' necessaria la certificazione dell'inserimento in lista di attesa presso un centro qualificato.</p>

“perdita in modo presumibilmente totale e permanente della capacità, da parte dell'assicurato, all'esercizio della propria professione o mestiere a causa di sopravvenuta *malattia organica o lesione fisica*, co-

munque indipendentemente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile”.

Il riferimento, quindi, non è più quello ad una malattia terribile ma richiamando anche la lesione fisi-

TABELLA 2 - (da BAZZANO C., *L'assicurazione sulla vita. Egea dell'Università Bocconi e Giuffrè ed., Milano 1998*).

FIDEURAM VITA
<p><i>Infarto miocardico</i></p> <p>Evento ischemico che risulta nella morte irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei 4 seguenti criteri: storia del dolore cardiaco tipico; comparsa di nuove modificazioni tipiche all'Ecg; modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci; comparsa di alterazioni della cinetica parietale dell'ecocardiogramma.</p>
<p><i>Chirurgia cardiovascolare</i></p> <p>Procedure di by-pass aorto-coronarico (con vena safena o con arteria mammaria interna) previa dimostrazione della necessità dell'intervento mediante esame coronarografico. Interventi di sostituzione valvolare con protesi meccanica o biologica. Vengono invece escluse tutte le procedure terapeutiche invasive che non richiedano toracotomia quali ad esempio l'angioplastica coronarica e la dilatazione valvolare con cateteri a palloncino.</p>
<p><i>Ictus cerebrale</i></p> <p>Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne si accerta l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza.</p>
<p><i>Tumore</i></p> <p>Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Dalla garanzia vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al 1° stadio ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del III e IV stadio di Clarke.</p>
<p><i>Insufficienza renale</i></p> <p>Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.</p>
<p><i>Trapianto d'organo</i></p> <p>Malattie che comportino la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo. E' necessaria la certificazione dell'inserimento in lista di attesa presso un centro qualificato.</p>

ca, e quindi necessariamente la menomazione che alla stessa può conseguire ed anzi consegue, diviene riferimento chiaro ad uno stato tipicamente esitale e comportante una inabilità non ad ogni lavoro proficuo secondo la classica concezione della totale e perma-

nente invalidità bensì di tipo specifico.

Si tratta quindi di una valutazione di tipico ed esclusivo interesse medico - legale, e tutto sommato avulsa da quella che dovrebbe essere la proiezione concettuale della copertura, dovendosi ancora

TABELLA 3 - (da BAZZANO C., *L'assicurazione sulla vita. Egea dell'Università Bocconi e Giuffrè ed., Milano 1998*).

ROYAL E SUN ALLIANCE VITA
<p><i>Tumori</i></p> <p>Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Dalla garanzia vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al 1° stadio ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del III e IV stadio di Clarke, il sarcoma di Kaposi o qualunque altro tumore in presenza della sindrome di immunodeficienza acquisita (Aids).</p>
<p><i>Chirurgia cardiovascolare</i></p> <p>Procedure di by-pass aorto-coronarico previa dimostrazione della necessità dell'intervento mediante esame coronarografico. Interventi di sostituzione e valvolare con protesi meccanica o biologica. Vengono invece escluse tutte le procedure terapeutiche invasive che non richiedono toracotomia quali ad esempio l'angioplastica coronarica e la dilatazione valvolare con cateteri a palloncino.</p>
<p><i>Infarto miocardico</i></p> <p>Evento ischemico che risulta nella morte irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri: storia del dolore cardiaco tipico; comparsa di nuove modificazioni tipiche all'Ecg; modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci; comparsa di alterazioni della cinetica parietale dell'ecocardiogramma.</p>
<p><i>Ictus cerebrale</i></p> <p>Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza.</p>
<p><i>Insufficienza renale</i></p> <p>Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.</p>
<p><i>Trapianto d'organo</i></p> <p>Malattie che comportino la necessità di trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo. E' necessaria la certificazione dell'inserimento in lista di attesa presso un centro qualificato.</p>
<p><i>Invalidità totale e permanente</i></p> <p>Perdita in modo presumibilmente totale e permanente della capacità da parte dell'assicurato, all'esercizio della propria professione o mestiere a causa di sopravvenuta malattia organica o lesione fisica, comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile.</p>

TABELLA 4 - (da BAZZANO C., *L'assicurazione sulla vita. Egea dell'Università Bocconi e Giuffrè ed., Milano 1998*).

ASSI.B.IT
<p><i>Tumore</i></p> <p>Neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova certa. Dalla garanzia vengono esclusi: i carcinomi in situ, la degenerazione neoplastica dei polipi intestinali, i carcinomi intraduttali non invasivi della mammella, i carcinomi della vescica urinaria limitati al 1° stadio ed i tumori cutanei, ad eccezione del melanoma maligno del III e IV stadio di Clarke, il sarcoma di Kaposi o qualunque altro tumore in presenza della sindrome di immunodeficienza acquisita (Aids).</p>
<p><i>Chirurgia cardiovascolare</i></p> <p>Procedure di by-pass aorto-coronarico previa dimostrazione della necessità dell'intervento mediante esame coronarografico. Interventi di sostituzione valvolare con protesi meccanica o biologica. Vengono invece escluse tutte le procedure terapeutiche che non richiedano toracotomia quali ad esempio l'angioplastica coronarica e la dilatazione valvolare con cateteri a palloncino.</p>
<p><i>Infarto miocardico</i></p> <p>Evento ischemico che risulta nella morte irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno. La diagnosi viene formulata sulla base dei seguenti criteri: storia del dolore cardiaco tipico; comparsa di nuove modificazioni tipiche all'Ecg; modificazioni tipiche degli enzimi cardiaci.</p>
<p><i>Ictus cerebrale</i></p> <p>Accidente cerebrovascolare dovuto ad emorragia o ad infarto cerebrale (trombosi o embolia) che ha prodotto un danno neurologico permanente con alterazione delle funzioni sensitive e/o motorie (paresi, disturbi della parola, ecc.). L'infermità è considerata indennizzabile una volta che ne sia accertata l'origine, riconosciuta l'entità e la permanenza, dopo che siano trascorsi almeno due mesi dalla data di insorgenza.</p>
<p><i>Insufficienza renale</i></p> <p>Malattia renale irreversibile in dialisi cronica.</p>
<p><i>Trapianto d'organo</i></p> <p>Malattie che comportino la necessità di ricevere un trapianto di uno dei seguenti organi: cuore, fegato, rene, pancreas, polmone, midollo osseo. E' necessaria la certificazione dell'inserimento in lista di attesa presso un centro qualificato.</p>
<p><i>Invalidità totale e permanente</i></p> <p>Perdita in modo presumibilmente totale e permanente della capacità da parte dell'assicurato, all'esercizio della propria professione o mestiere a causa di sopravvenuta malattia organica o lesione fisica, comunque indipendente dalla sua volontà ed oggettivamente accertabile.</p>

sottolineare nel caso concreto la sottintesa (limitazione alle malattie organiche) ma evidentemente pacifica esclusione dalla garanzia delle “gravi” patologie psichiche⁷, esclusione che diviene incomprendibile allorché si considera che l’effettivo oggetto della tutela è la dimostrazione di uno stato di inabilità, sicché pare ragionevole ritenere che l’accertamento dovrebbe essere limitato alla concreta dimostrazione del suddetto stato piuttosto che alla dimostrazione delle condizioni patologiche che lo sottendono, e che dovrebbero essere sempre e comunque rilevanti e quindi valutabili anche indipendentemente dalla loro genesi.

Una revisione sostanziale dell’elenco ANIA delle malattie terribili, con contemporanea adozione per alcune condizioni morbose di un orientamento più restrittivo e per altre - e per vero più numerose - di un orientamento più estensivo, viene invece effettuata nella proposta di polizza elaborata dall’INA (Tabella 5).

Nell’elenco predisposto viene adottata una maggiore cautela per i *trapianti d’organo*, con la esclusione del trapianto di midollo osseo e con il mancato richiamo alla semplice previsione certificata del trapianto stesso, e per le *cardiopatie* che vengono invece astratte da ogni riferimento nosografico e/o di trattamento, e subordinate quindi ad una valutazione solamente funzionale, con una operatività della garanzia determinata in modo

esclusivo dall’inquadramento delle stesse nella III o IV classe NYHA.

Di evidente apertura invece le formulazioni espresse per i *tumori*, e soprattutto per le patologie neurologiche che vengono inserite nell’ampio contesto delle *malattie cerebro - vascolari*, e se da un lato alle sequele neurologiche degli accidenti vascolari acuti viene richiesta una ragionevole severità del deficit a distanza, dall’altro appare significativo l’inserimento nell’elenco e di conseguenza nella copertura assicurativa anche delle demenze sia pure limitatamente alla malattia di Alzheimer ed alla Sclerosi Multipla Maligna, e dei più gravi deficit motori piramidali (emiplegia, paraplegia, tetraplegia) “quali conseguenza di una malattia e/o di un trauma”.

Rappresentano invece delle sicure novità l’inserimento nell’elenco dell’*AIDS*, della *cecità bilaterale*, ed infine della *perdita di un arto*, condizioni queste ultime che vengono considerate per la loro solo effettiva presenza nell’assicurato, dunque indipendentemente dalla causa che le ha determinate, e che peraltro rappresentano evidentemente un postumo menomativo, e che per tale motivo alla lettera dovrebbero essere estranee alla accezione di malattia nel significato proprio del termine.

In una posizione intermedia tra l’elenco ANIA e l’elenco INA, infine, si colloca l’ultima polizza disponibile, quella predisposta dalla Commercial Union Life

⁷ Si ripropone quindi anche in questa sede la annosa *querelle* su una sorta di emarginazione valutativa delle minorazioni anche notevoli e derivanti dalla presenza di “forme psichiche pure”, come se queste non riconoscessero comunque un substrato ed un riflesso biologico di natura organica.

TABELLA 5 - (da BAZZANO C., *L'assicurazione sulla vita. Egea dell'Università Bocconi e Giuffrè ed., Milano 1998*).

INA
<p><i>Tumori</i> Neoplasie maligne con interessamento di due o più linfonodi o con metastasi e/o inoperabili. Linfomi maligni e leucemie ad eccezione del linfoma di Hodking al I e II stadio e della leucemia linfatica cronica.</p>
<p><i>Malattie dell'apparato urinario</i> Insufficienza renale cronica (Irc) terminale, in costante trattamento dialitico.</p>
<p><i>Cecità bilaterale</i> Perdita totale del visus in entrambi gli occhi.</p>
<p><i>Trapianto d'organo</i> Sono compresi solo i trapianti di: cuore; polmoni; fegato; pancreas; rene.</p>
<p><i>Aids</i> Comprese le sindromi associate Las o Arc. La copertura dell'Aids è subordinata alla condizione che i risultati del test Hiv, da presentarsi prima della sottoscrizione della polizza, siano negativi.</p>
<p><i>Perdita completa di un arto</i> Sono considerate infermità indennizzabili, una volta riconosciute l'entità e la loro permanenza dopo almeno due mesi dalla data di insorgenza.</p>
<p><i>Malattie cerebro-vascolari</i> Demenze: solo la malattia di Alzheimer. Sclerosi multipla maligna: solo quando coesistono disturbi cerebellari minori e grave deterioramento mentale. Emiplegia, paraplegia, tetraplegia: quali conseguenza di una malattia e/o trauma. Vasculopatie cerebrali acute: stabilizzate ed in presenza di deficit neurologici severi motori e/o afasici, quali emiplegia, paraplegia, tetraplegia, afasia di Wernicke, globale e di Broca, ecc.</p>
<p><i>Cardiopatie ischemiche</i> Sono comprese: angina; coronaropatia stenosante; infarto cardiaco anche se trattate chirurgicamente, solo se inquadrabili nella III e/o IV classe Nyha.</p>

(Tabella 6), e di essa meritano di essere in particolare segnalate la esclusione del trapianto di rene e, nell'ambito di una previsione di inserimento nella garanzia della demenza da Sclerosi multipla o da Alzheimer, che per quest'ultima condizione viene proposto un singolare richiamo ai presupposti normativi (necessità di assistenza continua, impossibilità al compimento autonomo degli atti quotidiani della vita) per il riconoscimento della indennità di accompagnamento in ambito assistenziale.

Da questa disamina degli elenchi che la varie imprese assicuratrici hanno ritenuto di dover predisporre per predefinire le condizioni morbose rientranti nella operatività della garanzia prestata, si rileva che nell'ambito della qualificazione di un data patologia come *dread disease* si è assistito ad una progressiva rielaborazione della struttura e della impostazione di fondo data alla polizza dall'ANIA.

Tale rielaborazione, peraltro, se da un lato ha portato ad un comunque sempre favorevole ampliamento della copertura assicurativa, dall'altro ha portato anche ad una degenerazione nella formulazione degli elenchi, con una evidente distorsione di quello che poteva essere ipotizzato come il concetto originale di *dread disease*, laddove hanno finito con il trovare una collocazione di indennizzabilità anche condizioni morbose che nulla hanno in comune con la *malattia*, ed inoltre condizioni morbose che necessariamente devono far considerare anche il significato effetti-

vo della aggettivazione *terribile* che si è voluta dare alle stesse.

Il tutto, a nostro avviso, a dimostrazione di un certo livello di confusione formale e sostanziale, e che merita qualche riflessione appunto sull'elemento fondamentale e costitutivo della polizza, e cioè la *malattia terribile* e la sua a questo momento indispensabile definizione.

Introduttiva ad ogni ulteriore valutazione è naturalmente la nozione del concetto di *malattia* da utilizzare in ambito assicurativo privato.

Al riguardo, il costante riferimento contrattuale è alla definizione formulata dall'ANIA, e che considera malattia "ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio", con una dizione evidentemente infelice, poco chiara, non sufficiente, e come tale ampiamente criticabile ed in effetti sempre aspramente criticata⁸.

La corretta definizione di malattia, invece, sarà ripresa dalla classica concezione geriniana, unanimemente condivisa dalla dottrina medico - legale, e che nella sua formulazione "*malattia è quella modificazione peggiorativa dello stato anteriore, a carattere dinamico, estrinsecantesi in un disordine funzionale apprezzabile di parte o dell'intero organismo che determina una effettiva limitazione della vita organica e soprattutto della vita di relazione, e che richiede un intervento terapeutico per quanto modesto*" 3), risulta quanto mai completa ed esaustiva laddove "...offre la massima capa-

⁸ "...una alterazione dello stato di salute altro non può essere che una malattia". Gerin C., *Medicina legale e delle Assicurazioni*. CAS, Roma, 1996.

cià di adattabilità e perciò di utilizzazione per le più disparate esigenze applicative forensi”1), ed ancora “...contempla i diversi fattori di rischio e cioè l’alterazione dello stato anteriore, l’evoluitività, la necessità di prestazioni terapeutiche, e le conseguenze inabilitanti, invalidanti o mortali”4).

In buona sostanza, affinché una condizione morbosa presentata da un organismo possa essere qualificata come malattia risultano in concreto indispensabili almeno due momenti essenziali quali la evoluitività del quadro clinico e la necessità di cure anche in misura modesta.

Con questa dizione evidente-

mente sono in contrasto alcune tra le condizioni morbose che rendono operativa la polizza, e del resto è palese come sicuramente la *cecità bilaterale* e la *perdita completa di un arto*, e tutto sommato anche il riferimento alla *invalidità permanente e totale* da malattia organica o lesione fisica, sono da intendere necessariamente come situazioni esitali che non sono suscettibili di modificazioni e come tali prive del richiesto carattere di evoluitività, e che inoltre non necessitano di un sia pur minimo trattamento, eventualità questa improponibile in un soggetto che ha perso un arto o il senso della vista.

TABELLA 6 - (da BAZZANO C., *L’assicurazione sulla vita. Egea dell’Università Bocconi e Giuffrè ed., Milano 1998*).

COMMERCIAL UNION LIFE

Infarto al miocardio

La morte di parte del miocardio coronarico come risultato di un evento ischemico. La diagnosi sarà basata sulla presenza di ognuno dei seguenti punti: 1. uno storico del tipico dolore toracico; 2. variazioni dell’elettrocardiogramma che segnalano l’infarto al miocardio; 3. aumento inequivocabile di enzimi cardiaci, ad esempio CK (MB), Cpk, Ldh.

Ictus

Ogni incidente cerebrovascolare che produce conseguenze cerebrovascolari che durano più di 24 ore ed includono infarto di tessuto cerebrale, emorragia ed embolia da una sorgente extracranica. Deve essere attestato un deficit neurologico per almeno 3 mesi.

Intervento chirurgico all’arteria coronarica

Intervento al torace al fine di correggere due o più arterie coronarie, che si sono ristrette o chiuse, mediante innesto di bypass alle arterie coronarie (Carc). Deve essere dimostrata la necessità di un intervento mediante angiografia coronarica. Dalla presente definizione sono escluse l’angioplastica e/o ogni altra procedura intra-arteriosa.

segue **TABELLA 6**

Cancro

Una malattia che si manifesta con la presenza di uno o più tumori classificati istologicamente come maligni e caratterizzati dalla crescita incontrollata di cellule maligne e dall'invasione del tessuto. Si escludono in particolare i seguenti: 1. tutti i tumori della pelle ad eccezione del melanoma maligno invasivo; 2. tutti i tumori che sono istologicamente descritti come premaligni o che mostrano un principio di variazione maligna; 3. I stadio della malattia di Hodgkin; 4. cancro in situ, definito come segue: carcinoma preinvasivo: carcinoma endoepidermico, carcinoma superficiale: una displasia epiteliale circoscritta con le caratteristiche citologiche del carcinoma (indifferenziazione, cellule poliforme, rapporto nucleo-citoplasma alterato per l'aumento di volume del nucleo), tuttavia senza le caratteristiche istologiche della proliferazione tumorale.

Insufficienza renale

Insufficienza renale allo stadio terminale che si presenta come un funzionamento insufficiente irreversibile cronico di entrambi i reni a seguito di applicazione a dialisi regolare o di trapianto renale.

Trapianto di principali organi

Sottoporre l'Assicurato a trapianto uomo-a-uomo di cuore, polmone, fegato, pancreas o midollo osseo. E' escluso il trapianto di ogni altro organo, parte di organo o tessuto.

Paralisi

La perdita totale o parziale dell'uso di due o più arti mediante paralisi dovuta a incidente o malattia.

Sclerosi multipla

Manifestazione di anormalità neurologiche continue per un periodo di almeno 3 mesi o manifestazione di almeno una ricaduta di tali anormalità. Queste devono essere evidenziate dai sintomi tipici di demielinizzazione di indebolimento di funzioni motorie e sensoriali.

Cecità

La perdita totale e permanente della vista per entrambi gli occhi.

Morbo di Alzheimer

Diagnosi clinica del morbo di Alzheimer (demenza presenile) che si manifesta come un'incapacità di perseguire indipendentemente tre o più attività quotidiane - lavarsi, vestirsi, fare la toilette, mangiare e medicarsi - o come un bisogno della presenza permanente di uno staff. Deve essere provata la presenza di queste condizioni per almeno 3 mesi.

In definitiva, deve essere ritenuta come assolutamente tranquilla l'affermazione che la operatività della garanzia prestata dalla polizza è estesa anche a situazioni non configuranti uno stato di malattia, e che invece si caratterizzano come un postumo stabilizzato (cecità, perdita di un arto) o addirittura come uno stato non clinico ma di limpida estrazione e quindi di stretta valutazione medico - legale (invalidità totale e permanente).

Ne consegue la necessità di un più corretto riferimento della polizza, evitando il richiamo (erroneo anche se forse di immediata comprensione e maggiore presa sulla potenziale utenza) non ad una impropria concezione di evento *malattia* ma piuttosto ad una concezione di evento *patologia*, dizione in effetti completa, e che proprio per tale motivo riesce a comprendere sia gli stati evolutivi che gli esiti stabilizzati.

Ancora qualche considerazione, infine, sulla aggettivazione di *terribile* che deve connotare la malattia - o meglio la patologia - oggetto della tutela assicurativa.

Volendo attribuire il giusto rilievo ad un principio di stretta comunicabilità semantica, il termine *terribile* dovrebbe essere sotteso ad eventi, appunto patologici, a prognosi più o meno rapidamente infausta sia *quoad vitam* che *quoad valetudinem*.

Scorrendo gli elenchi, però, si rileva immediatamente che tale interpretazione non è aderente - e per difetto - alla realtà della co-

pertura assicurativa, e che invece si estende anche a condizioni sempre patologiche cui sembra obiettivamente difficile attribuire la capacità di una vicina evoluzione fatale oppure la capacità di compromettere veramente in misura "terribile" la validità del soggetto.

Una quota rilevante delle valvulopatie e degli accidenti vascolari acuti cardiaci e cerebrali, la perdita di un arto, la emiplegia, sicuramente anche il trapianto di rene, rappresentano delle patologie di indubbio rilievo ma non a prognostico francamente negativo in termini di sopravvivenza e di utile reinserimento sociale e lavorativo.

Con questo non discutibile presupposto, pare ragionevole ipotizzare che attraverso il loro, e non solo il loro, inserimento negli elenchi "protetti" si sia voluto da un lato rendere a livello attuariale la polizza meglio comprensibile e più appetibile per la potenziale utenza, ma dall'altro anche in un certo modo privilegiare gli aspetti relativi ad una apprezzabile qualità di vita del soggetto, nonché quelli relativi al negativo impatto socio - relazionale, probabilmente anche economico, ed infine alla sofferenza o quantomeno al profondo disagio psicologico di chi viene a trovarsi colpito da una delle patologie appena richiamate⁹.

In questa ottica, peraltro, come parametro di riferimento definitivo si proporrebbe in maniera del tutto naturale quello relativo alla stima del *danno biologico*, elemento primario nell'essen-

⁹ In questo senso si esprime anche il Palmieri (op. cit. sub 6) ".....più che alla terminologia....prende solo lo spunto da questa, per essere finalizzata alla copertura di un rischio ben più ampio.....terrificanti in senso prognostico, e quindi psicologico, ma anche in senso economico."

ziale valutazione delle capacità relazionali e dell'integrità psico-fisica, ed oramai non disconoscibile momento nodale nella definizione del grado di compromissione di un individuo e, pertanto, in ultima analisi ideale punto di riferimento per la piena applicazione e comprensione di quella connotazione di *terribile* che deve caratterizzare le patologie elencate nel modello di assicurazione.

In linea di massima, comunque, il prodotto assicurativo deve essere considerato come abbastanza efficace, e capace di interessanti prospettive di sviluppo nel contesto di quella significativa proiezione di tutela anche sociale in cui sembra vogliano inserirsi le diverse polizze di assicurazione della salute.

L'elenco delle condizioni morbose che realizzano l'evento protetto va peraltro sicuramente rivisto, migliorandone gli aspetti qualitativi e quantitativi attraverso quindi degli aggiustamenti che devono estendersi ad una migliore definizione delle patologie ed anche ad una rivisitazione delle stesse.

Non possono difatti essere considerate come sovrapponibili le condizioni cliniche e socio-relazionali dell'uremico in dialisi e del trapiantato renale, così come per le patologie cardiache non crediamo possa astrarsi dal riferimento alla classe funzionale di appartenenza, ed anche le malat-

tie neoplastiche meriterebbero un migliore inquadramento nosografico in rapporto alla stadiazione delle stesse.

Nella definizione attuale degli elenchi, infine, e pare evidente, sono insiti più di elemento di incertezza e di modesta se non di scarsa chiarezza interpretativa delle patologie in ordine alle manifestazioni che concretizzano la possibilità di loro effettiva collocazione nell'ambito dei suddetti elenchi, il che lascia facilmente prevedere un contenzioso molto elevato e non rapidamente risolvibile, con conseguente necessità di un intervento a monte e realizzabile appunto solo attraverso il riferimento a delle condizioni cliniche chiare, nosologicamente ben definite, ed in ultima analisi con ridotte se non assenti possibilità di equivoca interpretazione ed attribuzione.

RIASSUNTO

Le polizze "dread disease" rappresentano una copertura assicurativa privata che va ad inserirsi tra le offerte nell'ambito delle assicurazioni della salute.

Non sostitutive ma integrative di una assistenza pubblica in evidente difficoltà, sono dirette a quei soggetti che per condizioni menomative e per patologie diverse ma predeterminate, vengano a trovarsi sostanzialmente in una situazione di inabilità totale e permanente.

In Italia, tale prodotto sarebbe teoricamente presente da un decennio, ma ancora oggi si trova in una fase di presentazione e gli Autori ne sottolineano le principali caratteristiche attuariali e sociali, discutendo inoltre le im-

portanti questioni medico legali che la polizza propone, e che vanno risolte per consentire alla copertura assicurativa quello sviluppo che la stessa indiscutibilmente merita per la sua possibile funzione sociale.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ANTONIOTTI F., DI LUCA N.M.: «Invalidità permanente parziale. Garanzia nell'ambito dell'Assicurazione Vita. Aspetti medico-legali». Atti del VI Convegno Nazionale dell'Associazione Italiana di Medicina dell'Assicurazione Vita. Firenze, 1980.
- 2) BAZZANO C.: «L'assicurazione sulla vita». Egea dell'Università Bocconi e Giuffrè ed., Milano, 1998.
- 3) GERIN C.: «La valutazione medico - legale del danno alla persona in responsabilità civile». Giuffrè ed., Milano, 1973.
- 4) RECINE H.: «Prospettive future delle assicurazioni private nell'ambito della tutela della salute». Jura Medica, 1989; 1:107.

Legge 222/1984: Articolo 2 (pensione d'inabilità) e applicabilità dell'articolo 9 (revisione dell'invalidità e dell'inabilità). Problematiche

Lia DE ZORZI
Dirigente medico-legale 2° livello
Coordinatore Centrale
Area Malattia e Maternità

Paola FALLANI
Dirigente medico-legale 1° livello
Sede INPS - Rovigo

Massimo BELLONI
Dirigente medico-legale 2° livello
Sede Regionale INPS - Roma

PREMESSA

La legge 12 giugno 1984, n. 222, a quindici anni dalla sua emanazione, può sicuramente dirsi una buona legge, perché di fatto ha risanato il fenomeno dell'invalidità pensionabile riconducendolo in un alveo più realisticamente legato all'incapacità biologica parziale o assoluta al lavoro: il maggiore dei due livelli di prestazioni in tema di invalidità pensionabile ivi previsti è rappresentato dalla pensione di inabilità.

Per definizione, l'inabilità che dà diritto a pensione consiste nell'impossibilità assoluta e permanente di svolgere qualsiasi attività lavorativa.

L'articolo 9⁽¹⁾ della legge 222/84, al comma 1, consente la verifica della permanenza delle condizioni alla base dell'inabilità prevedendo "Il titolare delle prestazioni riconosciute può essere sottoposto ad

accertamenti sanitari per la revisione dello stato di invalidità o di inabilità ad iniziativa dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale".

Ai fini dell'attribuzione della prestazione economica connessa all'inabilità, è necessario il perfezionamento di due requisiti:

1. L'uno medico-legale, ossia l'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa a causa di infermità o difetto fisico o mentale;

2. L'altro amministrativo, consistente nella cessazione di qualsiasi attività lavorativa.

La rivedibilità - ex articolo 9 della legge 222/84 - della prestazione da un lato e il progresso della conoscenza medica sul piano clinico-terapeutico e diagnostico e della biotecnologia dall'altro, nel tempo, ha condotto i Dirigenti medico-legali dell'INPS a proporre, sull'inabilità riconosciuta,

una prudente revisione a breve od a lungo termine.

In questo lavoro, si intende evidenziare il risvolto non sempre positivo di questa opportunità (peraltro, doverosa e tutelante del sistema solidaristico) e porre l'accento su quelle zone d'ombra della legge riguardanti la revisione - sia a breve (1 o 2 anni) che a lungo termine - della prestazione in trattazione.

ANALISI

La legge a fronte di patologie non antagonizzabili in alcun modo ed in ragione delle quali appare scontata una prognosi infausta quoad vitam o quoad valetudinem, istituendo la pensione d'inabilità, ha inteso realizzare una tutela globale per quei lavoratori che, affetti da infermità "veramente" e "talmente" gravi, in ragione di tale fatto, ne ritraevano l'abolizione della loro capacità di lavoro.

L'infermità o il difetto - così importanti da determinare la soppressione di una delle capacità più connaturate nell'uomo come è quella di lavoro - sono, peraltro, in grado di indurre nel soggetto una restrizione degli interessi ed una focalizzazione della propria attenzione sulla forma morbosa, distogliendone spesso le stesse capacità intellettive e fattuali con riflessi non assolutamente trascurabili psicologici e morali.

Sono elementi questi che, certamente, gravano sul valore di mercato dell'unità uomo durante un arco variabile della sua vita.

Tuttavia, i progressi della medicina hanno sortito effetti incommensurabili, tali da poter permettere - se non sempre il superamento - quanto meno il favorevole condizionamento di impegnative condizioni patologiche (insufficienza d'organo, neoplasie, AIDS) a mezzo di opportuni presidi terapeutici.

Sicché all'indeterminatezza prognostica sull'evoluitività dell'incapacità di lavoro - irrinunciabile base del concetto di "permanenza" -, si è vieppiù sostituito il veloce divenire del progresso che ha reso oggi guaribile e/o curabile, con annessa migliorata qualità di vita, ciò che solo ieri era ritenuto inguaribile o insanabile: è lecito, dunque, porsi il dubbio prognostico ipotizzando un possibile recupero della capacità di lavoro a breve o a lungo termine che inficino il primitivo pur corretto giudizio medico-legale.

E' opportuno osservare, però, che la pensione di inabilità determina conseguenze non indifferenti nella vita del pensionato: estraniandolo infatti dal mondo produttivo, impone in certo modo una reiterizzazione del pensiero intorno la propria menomazione.

Questo, se da un lato indubbiamente è positivo perché la libertà dal bisogno economico e dai vincoli cui ogni attività di lavoro obbliga consente una maggiore attenzione sullo stato di salute favorendone un eventuale recupero, dall'altro agisce come un boomerang polarizzando l'attenzione su valori diversi rispetto al mondo del lavoro ed inducendo inevitabili restrizioni relazionali in ambito

socio-lavorativo .

Nessuno può negare che, a seguito dell'uscita dal mondo del lavoro, si deteriorino abbastanza rapidamente quelle conoscenze, abilità manuali e mentali che, se possedute e coltivate nel loro complesso, rendono l'assicurato non solo idoneo al lavoro ma anche concorrenziale.

L'“*impostazione concorrenziale del mondo del lavoro*” costituisce un nuovo concetto la cui importanza concreta non va sottovalutata, in quanto si caratterizza per essere un elemento disciplinante il mercato ed implica conoscenze progressive ed aggiornate adeguate alle probabilità e qualità di sviluppo anche tecnologico.

D'altra parte, visti i presupposti di legge per l'erogazione della pensione di inabilità, la mancata conferma della concessione fa sì che improvvisamente il pensionato già giudicato inabile, avendo cessato la propria attività lavorativa e cancellatosi dagli elenchi anagrafici ai quali era iscritto, si trovi un giorno ad affrontare l'ignoto, spesso nell'età intermedia della vita, con inevitabili e a volte drammatiche ripercussioni economiche difficilmente emendabili.

E' opportuno, pertanto, in caso di revoca della pensione di inabilità, rendersi conto delle reali possibilità di ripresa dell'attività lavorativa dell'individuo, risultanti in maggioranza vane o poco gratificanti, tenendo ben presente che, oggi, il mercato del lavoro non disdegna la giovane età, le capacità professionali ed il loro aggiornamento permanente e richiede

spesso un'alta specializzazione.

Si osserva che, dalla corrente dottrina, il lavoro è inteso come l'esercizio delle facoltà umane, finalizzato alla produzione di un'utilità economicamente valutabile diretta a soddisfare un'esistenza libera e dignitosa in linea con quanto affermato dall'articolo 36 della Costituzione “il lavoratore ha diritto ad una retribuzione proporzionata alla quantità e qualità del suo lavoro ed in ogni caso sufficiente ad assicurare a sé ed alla sua famiglia un'esistenza libera e dignitosa”.

Con questo, non può certo intendersi per lavoro un'attività prestata saltuariamente o elargita pietatis causa, configurandosi solo come supporto economico precario in antitesi con le normali esigenze del singolo.

Se è vero, dunque, che la pensione qualora revocata spesso si declassa in assegno ordinario d'invalidità e tale operazione non comporta quasi mai la brusca interruzione di qualsivoglia forma di sostegno, è altresì vero che esiste un certo numero di situazioni che, se giustamente impostate sul piano lavorativo, potrebbero non integrare neppure la fattispecie dell'invalidità. In altre parole, esistono casi che partendo da una corretta concessione di inabilità, nel tempo, possono evolvere verso una non invalidità.

Attualmente, situazioni di quest'ultima tipologia, qualora evidenziate in circostanza di revisione, inducono a comportamenti difformi essenzialmente di due indirizzi:

1. Si conferma l'inabilità, quasi fosse una *finctio iuris*, nella considerazione che, altrimenti, si priverebbe di sostentamento un soggetto duramente provato dalla sorte e che, in prosieguo, ha avuto la ventura di recuperare la salute creduta persa.

2. Si revoca la prestazione, nella consapevolezza che - nell'esercizio della funzione accertativa - deve essere seguito solo e soltanto il rigoroso metodo medico-legale, in cui rileva l'obiettività clinica trasversale fissata al momento diagnostico-valutativo; tutto questo, però, nell'ulteriore consapevolezza che il soggetto non saprà se essere contento di aver recuperato la sua salute e, quindi, la sua capacità di lavoro ovvero ne maledirà il momento (purtroppo, non è peregrina l'ipotesi persino del suicidio, ad esempio, come si è registrato in passato in Sardegna).

Sicché, allo stato alcuni Dirigenti medici dell'Istituto preferiscono non esercitare il diritto di revisione, nella cognizione di potersi trovare di fronte al dilemma morale di dover scegliere fra il rigorismo obiettivo medico-legale e la propria coscienza di solidarismo sociale.

Scelta non facile e coattiva, cui si potrebbe facilmente emendare facendo chiarezza e andando a colmare un vuoto previsionale non subito palese all'epoca della preparazione del dettato legislativo attualmente in vigore.

PROPOSTA - IPOTESI DI RACCORDO CON LE NUOVE LEGGI SOCIALI

DI RECENTE EMANATE.

Questa problematica potrebbe conoscere due tipi di risoluzione da adottare a seconda delle proiezioni di compatibilità macro-economica, mediante norma espressa avente forza di legge.

PRIMA IPOTESI

La pensione di inabilità - una volta concessa - non può essere revocata per il solo fatto sanitario.

La legge 8 agosto 1995, n. 335 "Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare" all'art. 2 comma 12⁽²⁾ estendeva nella stessa forma e misura il beneficio preveduto dall'art. 2 della legge 222/84 ai dipendenti delle Amministrazioni Pubbliche ex art. 1 del D. Lgs. 29/93.

Il successivo Decreto del Ministero del Tesoro 8 maggio 1997 n. 187, attuativo delle disposizioni del citato comma, all'art. 10 recita "la pensione di inabilità è revocata in caso di recupero della capacità fisica e di svolgimento di attività lavorativa".

Sembrerebbe, quindi, avendo il legislatore usato la congiunzione, che debbano corealizzarsi entrambe le condizioni:

- la prima rappresentata dal miglioramento dello stato psico-fisico del lavoratore,
- la seconda consistente nella concreta possibilità del reintegro lavorativo del titolare della pensione perché possa essere revocata la prestazione economica di inabilità.

Si teorizzerebbe, così, che la revoca della pensione sia lecita solo quando ad un recupero funzionale

psico-organico si associ un reinserimento lavorativo.

Questa ipotesi interpretativa, tuttavia, benché ineccepibile sul piano semantico, non risulta sia stata mai esperita neppure nell'ambito di applicazione per il quale la norma è stata emanata, forse in considerazione del fatto che se è vero che devono valere i requisiti dell'art. 2 della legge 222/84 - come prevede la legge 8 agosto 1995, n. 335 - è impossibile che un inabile che fruisca del trattamento economico relativo stia svolgendo attività di lavoro.

Anche in altro ambito previdenziale (INAIL), seppur trattando argomento del tutto diverso poiché verte in tema di errore, all'articolo 9 del Decreto Legislativo, 23 febbraio 2000, n. 38, concernente le Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, si è sancito che "in caso di mutamento della diagnosi medica e della valutazione da parte dell'istituto assicuratore, successivamente al riconoscimento delle prestazioni, l'errore assume rilevanza ai fini della rettifica solo se accertato con i criteri, metodi e strumenti di indagine disponibili all'atto del provvedimento originario", sostenendo che il progresso della biotecnologia non deve rilevare ai fini dell'applicabilità dell'art. 55 della legge 88 del 1989.

Si tratterebbe, comunque, di una regolamentazione non in tema di diritto, ma di correttezza dell'iter diagnostico-metodologico che andrebbe rapportato allo stato dell'arte proprio dell'epoca in cui sor-

ge il diritto medesimo.

In definitiva, pur potendosi dare delle somiglianze normative già in atto, la scelta di svincolare dalla permanenza della menomazione psico-fisica la prestazione di inabilità appare più una scelta politico-sociale che un argomento dialettizzabile sul piano interpretativo.

SECONDA IPOTESI

La pensione di inabilità - una volta concessa - può essere revocata per il solo fatto sanitario, ma deve essere garantito il riavvio preferenziale al lavoro.

Questa seconda ipotesi, a sua volta si articola in due fattispecie:

A. il soggetto è quasi certamente inabile perché, a causa del suo complesso menomativo, presenta in atto un grado correlato di disfunzionalità tale da non potersi giudicare solo invalido; tuttavia, per le potenzialità clinico-terapeutiche in fieri ovvero già note cui il soggetto ha *facoltà* e non obbligo di avvalersi, è ragionevole supporre che il suo stato possa improvvisamente e drammaticamente migliorare anche in breve periodo.

In tali casi, se il soggetto è ancora in attualità lavorativa o non presenta una stabilizzazione oggettiva del quadro clinico corrente, la condizione che si realizza potrebbe essere tutelata da un nuovo tipo di prestazione intermedia definibile come "inabilità assoluta permanente di probabile breve durata".

Questa tipologia potrebbe dar luogo alla liquidazione della prestazione economica, ma invece di escludere il soggetto del mondo

del lavoro lo “sospenderebbe fincizio iuris” dal proprio lavoro specifico, sgravando il datore di lavoro del gravame contributivo per lo specifico soggetto e consentendogli di assumere con contratti a tempo o di formazione-lavoro personale idoneo a sopperire la carenza determinatasi.

Qualcosa di molto simile, di recente, è stato normato dalla legge 53/2000 per i congedi in favore di genitori lavoratori che assistono i figli portatori di handicap grave come successivamente integrato dalla correlata norma applicativa preveduta dall'art. 80 della legge 388/2000 (Finanziaria 2001)⁽³⁾.

Non difficile sarebbe, pertanto, il transito concettuale della tutela dal genitore lavoratore che assiste, all'inabile che recupera sul proprio handicap totale!

B. il soggetto è certamente inabile perché, a causa del suo complesso menomativo, presenta in atto un grado correlato di disfunzionalità tale da non potersi prevedere guarigione, regressione o remissione; tuttavia, per una serie di circostanze favorevoli il soggetto migliora e recupera in tutto o in parte la sua capacità di lavoro.

Il soggetto non è più inabile e, forse, neppure invalido, ma non è più concorrenziale sul mercato e non è più addestrato.

La corrente legislazione ha già previsto situazioni analoghe con una serie di norme a lettura integrata che assumono quasi la connotazione di combinati disposti; si è, però, ricordata solo della disabilitabilità civile, per servizio o di guerra e post-tecnopatica, ma ha igno-

rato - a parere di chi scrive, per palese dimenticanza - l'inabilità pensionabile previdenziale.

Ci si riferisce - in particolare - alla legge 12 marzo 1999, n. 68⁽⁴⁾ e alla legge 8 novembre 2000, n. 328⁽⁵⁾ delle quali, in nota, si riportano i passaggi salienti.

Nulla di più semplice, dunque, emanare una norma integrativa che sani in via definitiva quest'ombra sulla bontà della legge 222/84, contemplando - fra i soggetti destinatari della norma - gli *“inabili INPS che abbiano riacquistato la capacità di lavoro e che, sul piano medico-legale, non abbiano più titolo a vedersi riconoscere la prestazione”*.

I meccanismi di avvio tutelato al reinserimento anche a carattere formativo, le misure e le agevolazioni nelle forme di sostegno ambientale e strumentale sarebbero efficacissimi sistemi di recupero di forza lavoro e riqualificazione di vita da concedere direttamente, senza altro gravame burocratico, all'ex-inabile.

Appare, fra l'altro, particolarmente interessante la previsione di cui all'art. 23 della legge 328/2000, laddove si estende il principio del “reddito minimo di inserimento” come misura generale di contrasto della povertà: questo meccanismo consentirebbe - **fino al nuovo reinserimento attivo nel lavoro** - l'accesso al sostegno economico proprio di quelle fasce di persone che non posseggono altro reddito se non quello di fonte pensionistica e la cui eventuale revoca ingenererebbe il panico accennato in premessa.

CONCLUSIONI

Idealmente, la tutela dell'inabile non solo dovrebbe garantire il reddito lavorativo ma, laddove possibile, anche la giusta reintegrazione riabilitativa e formativa, perseguita in ottica sinergica da più Istituzioni, al fine di giungere ad una riqualificazione lavorativa dell'individuo bisognoso, riconsegnandogli la mentalità concorrenziale necessaria a reinserirsi nel mondo del lavoro.

RIASSUNTO

In corso di fruizione della pensione d'inabilità ai sensi dell'art. 2 della legge 12 giugno 1984, n. 222, l'applicazione dell'articolo 9 della legge medesi-

ma può determinare uno squilibrio di tutela sociale per le conseguenze non indifferenti sul piano economico e lavorativo. Tale eventualità potrebbe prodursi in caso di revoca della prestazione in uso a carico del pensionato che abbia recuperato la sua capacità di lavoro in tutto o in parte: ciò, in aperto contrasto con la finalità iniziale di protezione globale, obiettivo del legislatore.

Dai raffronti con altra legislazione corrente, si sono avanzate proposte per introdurre correttivi ovvero aggiornamenti ad una pur valida norma, al fine di eliminare quei con i d'ombra integranti situazioni altrimenti non prevedute e, all'epoca dell'emanazione della legge 222/84, non prevedibili.

(1) Art. 9.

Revisione dell'assegno di invalidità e della pensione di inabilità.

1. Il titolare delle prestazioni riconosciute ai sensi dei precedenti articoli 1, 2 e 6 primo comma, può essere sottoposto ad accertamenti sanitari per la revisione dello stato di invalidità o di inabilità ad iniziativa dell'Istituto nazionale della previdenza sociale. In ogni caso, l'accertamento sanitario avrà luogo quando risulti che nell'anno precedente il titolare dell'assegno di invalidità di cui agli articoli 1 e 6 della presente legge si sia trovato nelle condizioni di reddito previste dall'articolo 8 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, nella legge 11 novembre 1983, n. 638.

2. Nei casi in cui risultino mutate le condizioni che hanno dato luogo al trattamento in atto, il provvedimento conseguente alla revisione ha effetto dal mese successivo a quello in cui è stato eseguito l'accertamento, salvo quanto previsto al successivo quinto comma.

3. La revisione può essere ri-

chiesta anche dall'interessato in caso di mutamento delle condizioni che hanno dato luogo al trattamento in atto, comprovato da apposita certificazione sanitaria. Ove l'organo sanitario rilevi che sussistono fondati motivi per procedere alla revisione, l'eventuale provvedimento modificativo del trattamento in atto ha effetto dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della relativa domanda.

4. Ove l'interessato rifiuti, senza giustificato motivo, di sottostare agli accertamenti disposti dall'Istituto nazionale della previdenza sociale, quest'ultimo sospende, mediante apposito provvedimento, il pagamento delle rate di assegno o di pensione, per tutto il periodo in cui non si rende possibile procedere agli accertamenti stessi.

5. L'eventuale revoca o riduzione della prestazione ha effetto dalla data del provvedimento di sospensione o da quella, successiva, alla quale sia possibile far risalire in modo non equivoco il mutamento delle condizioni che hanno dato luogo al trattamento in atto.

6. Quando, a seguito della revi-

sione, risulti che l'interessato non può ulteriormente essere considerato invalido o inabile, la prestazione è revocata, ovvero, qualora si tratti di pensione di inabilità e sia accertato il recupero di parte della validità dell'assicurato entro i limiti di cui al precedente articolo 1, è attribuito l'assegno di invalidità.

7. Quando il titolare dell'assegno di invalidità venga riconosciuto inabile gli è attribuita la pensione di cui all'articolo 2. L'importo della pensione non può essere inferiore a quello calcolato sulla base delle retribuzioni considerate per la determinazione dell'assegno precedentemente goduto.

8. In caso di aggravamento delle infermità, documentato ai sensi del terzo comma dell'articolo, l'interessato può chiedere la revisione del provvedimento di rettifica o di revoca della prestazione.

(2) Con effetto dal 1° gennaio 1996, per i dipendenti delle Amministrazioni pubbliche, di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, iscritti alle forme di previdenza esclusive dell'assicura-

zione generale obbligatoria, nonché per le altre categorie di dipendenti iscritti alle predette forme di previdenza, cessati dal servizio per infermità non dipendenti da causa di servizio per le quali gli interessati si trovino nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa, la pensione è calcolata in misura pari a quella che sarebbe spettata all'atto del compimento dei limiti di età previsti per il collocamento a riposo. In ogni caso non potrà essere computata un'anzianità utile ai fini del trattamento di pensione superiore a 40 anni e l'importo del trattamento stesso non potrà superare l'80 per cento della base pensionabile, né quello spettante nel caso che l'inabilità sia dipendente da causa di servizio. Ai fini del riconoscimento del diritto alla pensione di cui al presente comma e' richiesto il possesso dei requisiti di contribuzione previsti per il conseguimento della pensione di inabilità di cui all'articolo 2 della legge 12 giugno 1984, n. 222. Con decreto dei Ministri del tesoro, per la funzione pubblica e del lavoro e della previdenza

sociale saranno determinate le modalità applicative delle disposizioni del presente comma, in linea con i principi di cui alla legge 12 giugno 1984, n. 222, come modificata dalla presente legge. Per gli accertamenti ed i controlli dello stato di inabilità operano le competenze previste dalle vigenti disposizioni in materia di inabilità dipendente da causa di servizio.

(3) GU n. 302 del 28-12-2000 - LEGGE 23 dicembre 2000, n. 388. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001).

Capo XII - SPESE DELLE AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE

Art. 80. - (Disposizioni in materia di politiche sociali)

.....

2. Dopo il comma 4 dell'articolo 4 della legge 8 marzo 2000, n. 53, è aggiunto il seguente.

< 4-bis. La lavoratrice madre o, in alternativa, il lavoratore padre, anche adottivi, o, dopo la loro scomparsa, uno dei fratelli o delle sorelle conviventi di soggetto con handicap in situazione di gravità di cui all'arti-

colo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge medesima da almeno cinque anni e che abbiano titolo a fruire dei benefici di cui all'articolo 33, commi 1, 2 e 3, della predetta legge n. 104 del 1992 per l'assistenza del figlio, hanno diritto a fruire del congedo di cui al comma 2 del presente articolo entro sessanta giorni dalla richiesta. **Durante il periodo di congedo, il richiedente ha diritto a percepire un'indennità corrispondente all'ultima retribuzione e il periodo medesimo è coperto da contribuzione figurativa; l'indennità e la contribuzione figurativa spettano fino ad un importo complessivo massimo di lire 70 milioni annue per il congedo di durata annuale.** Detto importo è rivalutato annualmente, a decorrere dall'anno 2002, sulla base della variazione dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati. L'indennità è corrisposta dal datore di lavoro secondo le modalità previste per la corresponsione dei trattamenti economici di maternità. I datori di lavoro privati, nella denuncia contributiva, detraggono l'importo dell'indennità dall'ammontare dei contributi previdenziali dovuti all'ente previdenziale competente. Per i dipendenti dei predetti datori di lavoro privati, compresi quelli per i quali non è prevista l'assicurazione per le prestazioni di maternità, l'indennità di cui al presente comma è corrisposta con le modalità di cui all'articolo 1 del decreto-legge 30 dicembre 1979, n. 663, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 febbraio 1980, n. 33. **Il congedo fruito ai sensi del presente comma alternativamente da entrambi i genitori, anche adottivi, non può superare la durata complessiva di due anni;** durante il periodo di congedo entrambi i genitori non possono fruire dei benefici di cui all'articolo 33 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, fatte salve le disposizioni di cui ai commi 5 e 6 del medesimo articolo.

.....
(4) **Legge 12 marzo 1999, n. 68** "Norme per il diritto al lavoro dei disabili" (Pubblicata nel Supplemento Ordinario n. 57/L alla Gazzetta Ufficiale 23 marzo 1999)

CAPO I - DIRITTO AL LAVORO DEI DISABILI

Articolo 1. - (Collocamento dei disabili)

1. La presente legge ha come finalità la promozione dell'inserimento e della integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno e di collocamento mirato. Essa si applica:

a) alle persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e ai portatori di handicap intellettivo, che comportino una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45 per cento, accertata dalle competenti commissioni per il riconoscimento dell'invalidità civile in conformità alla tabella indicativa delle percentuali di invalidità per minorazioni e malattie invalidanti approvata, ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo **23 novembre 1988, n. 509**, dal Ministero della sanità sulla base della classificazione internazionale delle menomazioni elaborata dalla Organizzazione mondiale della sanità;

b) alle persone invalide del lavoro con un grado di invalidità superiore al 33 per cento, accertata dall'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali (INAIL) in base alle disposizioni vigenti;

c) alle persone non vedenti o sordomute, di cui alle leggi **27 maggio 1970, n. 382**, e successive modificazioni, e **26 maggio 1970, n. 381**, e successive modificazioni;

d) alle persone invalide di guerra, invalide civili di guerra e invalide per servizio con minorazioni ascritte dalla prima all'ottava categoria di cui alle tabelle annesse al testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni.

2. Agli effetti della presente legge si intendono per non vedenti coloro che sono colpiti da cecità assoluta o hanno un residuo visivo non superiore ad un decimo ad entrambi gli occhi, con eventuale correzione. Si intendono per sordomuti coloro che sono colpiti da sordità dalla nascita o prima dell'apprendimento della lingua parlata.

3. Restano ferme le norme per i centralinisti telefonici non vedenti di cui alle leggi 14 luglio 1957, n. 594, e successive modificazioni, 28 luglio 1960, n. 778, 5 marzo 1965, n. 155, 11 aprile 1967, n. 231, 3 giugno 1971, n. 397, e **29 marzo 1985, n. 113**, le norme per i massaggiatori e massofisioterapisti non vedenti di cui alle leggi 21

luglio 1961, n. 686, e 19 maggio 1971, n. 403, le norme per i terapisti della riabilitazione non vedenti di cui alla legge 11 gennaio 1994, n. 29, e le norme per gli insegnanti non vedenti di cui all'articolo 61 della legge 20 maggio 1982, n. 270. Per l'assunzione obbligatoria dei sordomuti restano altresì ferme le disposizioni di cui agli articoli 6 e 7 della legge 13 marzo 1958, n. 308.

4. L'accertamento delle condizioni di disabilità di cui al presente articolo, che danno diritto di accedere al sistema per l'inserimento lavorativo dei disabili, è effettuato dalle commissioni di cui all'**articolo 4** della legge **5 febbraio 1992, n. 104**, secondo i criteri indicati nell'atto di indirizzo e coordinamento emanato dal Presidente del Consiglio del ministro entro centoventi giorni dalla data di cui all'articolo 23, comma 1. Con il medesimo atto vengono stabiliti i criteri e le modalità per l'effettuazione delle visite sanitarie di controllo della permanenza dello stato invalidante. (1)

5. **In considerazione dei criteri adottati, ai sensi del testo unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124, per la valutazione e la verifica della residua capacità lavorativa derivante da infortunio sul lavoro e malattia professionale, ai fini dell'accertamento delle condizioni di disabilità è ritenuta sufficiente la presentazione di certificazione rilasciata dall'INAIL.**

6. Per i soggetti di cui al comma 1, lettera d), l'accertamento delle condizioni di disabilità che danno diritto di accedere al sistema per l'inserimento lavorativo dei disabili continua ad essere effettuato ai sensi delle disposizioni del testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 23 dicembre 1978, n. 915, e successive modificazioni.

7. I datori di lavoro pubblici e privati, sono tenuti a garantire la conservazione del posto di lavoro a quei soggetti che, non essendo disabili al momento dell'assunzione, abbiano acquisito per infortunio sul lavoro o malattia professionale eventuali disabilità.

(1) *L'atto di indirizzo è stato approvato con Decreto del Presidente del Consiglio dei*

Ministri 13 gennaio 2000

Articolo 2. - (Collocamento mirato)

Per collocamento mirato dei disabili si intende quella serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi di posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione.

(5) **Legge 8 novembre 2000, n. 328 - Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali**

CAPO I - PRINCIPI GENERALI DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

Art. 1. - (Principi generali e finalità)

1. La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e servizi sociali, promuove interventi per garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione.

2. Ai sensi della presente legge, per interventi e servizi sociali si intendono tutte le attività previste dall'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

3. La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e della presente legge, secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali.

...
5. Alla gestione ed all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché, in qualità di soggetti attivi nella progettazione e nella realizzazione concertata degli interventi, organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della coopera-

zione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha tra gli scopi anche la promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di autoaiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata.

...
7. Le disposizioni della presente legge costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'articolo 117 della Costituzione...

Art. 2. - (Diritto alle prestazioni)

1. Hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali i cittadini italiani e, nel rispetto degli accordi internazionali, con le modalità e nei limiti definiti dalle leggi regionali, anche i cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea ed i loro familiari, nonché gli stranieri, individuati ai sensi dell'articolo 41 del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286. Ai profughi, agli stranieri ed agli apolidi sono garantite le misure di prima assistenza, di cui all'articolo 129, comma 1, lettera h), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

2. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha carattere di universalità. I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, sono tenuti a realizzare il sistema di cui alla presente legge che garantisce i livelli essenziali di prestazioni, ai sensi dell'articolo 22, e a consentire l'esercizio del diritto soggettivo a beneficiare delle prestazioni economiche di cui all'articolo 24 della presente legge, nonché delle pensioni sociali di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni, e degli assegni erogati ai sensi dell'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335.

3. I soggetti in condizioni di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali, accedono prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali.

...
Art. 3. - (Principi per la pro-

grammazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali)

...

2. I soggetti di cui all'articolo 1, comma 3, provvedono, nell'ambito delle rispettive competenze, alla programmazione degli interventi e delle risorse del sistema integrato di interventi e servizi sociali secondo i seguenti principi:

a) coordinamento ed integrazione con gli interventi sanitari e dell'istruzione nonché le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro.

b) concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, tra questi ed i soggetti di cui all'articolo 1, comma 4, che partecipano con proprie risorse alla realizzazione della rete, le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello nazionale nonché le aziende unità sanitarie locali per le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio sanitario nazionale.

.....

Capo III - DISPOSIZIONI PER LA REALIZZAZIONE DI PARTICOLARI INTERVENTI DI INTEGRAZIONE E SOSTEAGNO SOCIALE

Art. 14. - (Progetti individuali per le persone disabili)

1. Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale, secondo quanto stabilito al comma 2.

2. Nell'ambito delle risorse dis-

ponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare.

3. Con decreto del Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono definite, nel rispetto dei principi di tutela della riservatezza previsti dalla normativa vigente, le modalità per indicare nella tessera sanitaria, su richiesta dell'interessato, i dati relativi alle condizioni di non autosufficienza o di dipendenza per facilitare la persona disabile nell'accesso ai servizi ed alle prestazioni sociali.

...

Art. 16. - (Valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari)

1. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali riconosce e sostiene il ruolo peculiare delle famiglie al fine di migliorare la qualità e l'efficienza degli interventi, gli operatori coinvolgono e responsabilizzano le persone e le famiglie nell'ambito dell'organizzazione dei servizi.

2. I livelli essenziali delle prestazioni sociali erogabili nel territorio nazionale, di cui all'articolo 22, e i progetti obiettivo, di cui all'articolo 18, comma 3, lettera b), tengono conto dell'esi-

genza di favorire le relazioni, la corresponsabilità e la solidarietà fra generazioni, di sostenere le responsabilità genitoriali, di promuovere le pari opportunità e la condivisione di responsabilità tra donne e uomini, di riconoscere l'autonomia di ciascun componente della famiglia.

3. Nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali hanno priorità:

...

b) politiche di conciliazione tra il tempo di lavoro e il tempo di cura, promosse anche dagli enti locali ai sensi della legislazione vigente;

...

6. Con la legge finanziaria per il 2001 sono determinate misure fiscali di agevolazione per le spese sostenute per la tutela e la cura dei componenti del nucleo familiare non autosufficienti o disabili.

Capo IV - STRUMENTI PER FAVORIRE IL RIORDINO DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

Art. 18. - (Piano nazionale e piani regionali degli interventi e dei servizi sociali)

1. Il Governo predisponde ogni tre anni il Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, di seguito denominato "Piano nazionale"...

...

3. Il Piano nazionale indica:...

...

Capo V - INTERVENTI, SERVIZI ED EMOLUMENTI ECONOMICI DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI

Sezione I - Disposizioni generali

Art. 22. - (Definizione del siste-

ma integrato di interventi e servizi sociali)

1. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte.

...

Sezione II - Misure di contrasto alla povertà e riordino degli emolumenti economici assistenziali

Art. 23. - (Reddito minimo di inserimento)

1. L'articolo 15 del decreto legislativo 18 giugno 1998, n. 237, è sostituito dal seguente:

"Art. 15. - (Estensione del reddito minimo di inserimento). - 1. Il Governo, sentite la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, riferisce al Parlamento, entro il 30 maggio 2001, sull'attuazione della sperimentazione e sui risultati conseguiti. Con successivo provvedimento legislativo tenuto conto dei risultati della sperimentazione, sono definite le modalità, i termini e le risorse per l'estensione dell'istituto del reddito minimo di inserimento come misura generale di contrasto della povertà, alla quale ricondurre anche gli altri interventi di sostegno del reddito, quali gli assegni di cui all'articolo 3, comma 6, della legge 8 agosto 1995, n. 335, e le pensioni sociali di cui all'articolo 26 della legge 30 aprile 1969, n. 153, e successive modificazioni".

2. Il reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 15 dei

decreto legislativo 18 giugno 1998, n. 237, come sostituito dal comma 1 del presente articolo, è definito quale misura di contrasto della povertà e di sostegno al reddito nell'ambito di quelle indicate all'articolo 22, comma 2, lettera a), della presente legge.

...

Art. 25. - (Accertamento della condizione economica del richiedente)

Ai fini dell'accesso ai servizi disciplinati dalla presente legge, la verifica della condizione economica dei richiedente è effettuata secondo le disposizioni previste dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, come modificato dal decreto legislativo 3 maggio 2000, n. 130.

Capo VI - DISPOSIZIONI FINALI

Art. 27. - (Istituzione della Commissione di indagine sulla esclusione sociale)

1. È istituita, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, la Commissione di indagine sulla esclusione sociale, di seguito denominata "Commissione".

2. La Commissione ha il compito di effettuare, anche in collegamento con analoghe iniziative nell'ambito dell'Unione europea, le ricerche e le rilevazioni occorrenti per indagini sulla povertà e sull'emarginazione in Italia, di promuoverne la conoscenza nelle istituzioni e nell'opinione pubblica, di formulare proposte per rimuoverne le cause e le conseguenze, di promuovere valutazioni sull'effetto dei fenomeni di esclusione sociale. La Commissione predisponde per il Governo rapporti e relazioni ed annualmente una relazione nella quale illustra le indagini svolte, le conclusioni raggiunte e le proposte formulate.

BIBLIOGRAFIA

- 1) PUCCINI C.: «Istituzioni di Medicina Legale». Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- 2) TORRENTE A.: «I rapporti di lavoro». Ed. Giuffrè, 1996.

Il sistema dei controlli medico-legali sui minorati civili: costoso apparato o efficace lotta agli abusi? L'esperienza della commissione medica di verifica di Bari

Marco MASSARI (*)
Dirigente medico legale 2° livello
Sede regionale INPS - Bari

Isabella MOLA
Dottore in scienze statistiche

Ettore FERRARA (*)
Specialista in oftalmologia

Domenico MORGA
Impiegato presso la c.m.v. di Bari

INTRODUZIONE

Il sistema di accertamento sanitario relativo ai minorati civili assistiti dallo Stato (invalidi civili, ciechi civili, sordomuti) si è consolidato da un decennio con ben individuati, differenti livelli di competenze. L'esame delle relative istanze è demandato ad apposite commissioni mediche presso le aziende sanitarie locali, che redigono un verbale con il quale viene formulato il giudizio medico-legale; nei casi di riconoscimento della condizione di invalido, cieco o sordomuto, il verbale viene sottoposto a controllo da parte della competente commissione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica (commissione medica di verifica) operante in ambito provinciale, la quale, nel termine perentorio di sessanta giorni dalla ricezione, ha facoltà di approvarlo ovvero di

sospenderlo richiedendo ulteriori accertamenti, disponendo che essi siano compiuti dalla stessa azienda sanitaria locale oppure effettuandoli direttamente con convocazione a visita del soggetto; in tale ultima fattispecie il verbale della commissione di prima istanza diviene nullo e la declaratoria finale viene emessa dall'organismo ministeriale.

Tale procedura ha dato adito, nel corso degli anni, ad un vivace dibattito - mai sopito - fra chi la ritiene farraginoso e poco rispettoso della professionalità dei componenti le commissioni delle aziende sanitarie locali e coloro che invece apprezzano l'operato delle commissioni mediche di verifica, evidenziandone i risultati positivi in termini di rigore e di omogeneizzazione procedurale e valutativa.

L'attuale sistema, preceduto da provvedimenti legislativi com-

(*) Componente la c.m.v. di Bari

plexi e caotici (5) e sviluppatosi anche sull'onda di dati emozionali e di istanze giustizialiste (8), deve ritenersi in realtà quale compromesso fra le esigenze manifestatesi nel corso del tempo; negli anni ottanta, infatti, si verificò un progressivo e notevole incremento delle istanze e dei riconoscimenti di invalidità civile e conseguentemente una pesante incidenza sulla spesa pubblica (6). Il legislatore pertanto in un primo tempo (1988) trasferì la competenza accertativa dalle unità sanitarie locali alle commissioni ministeriali fino allora impegnate esclusivamente nel settore della pensionistica di guerra - non senza sollevare notevoli perplessità (1) nonché, da parte dei sindacati confederali, violente proteste e dure prese di posizione -, ma a breve distanza di tempo (1990), causa la materiale impossibilità di far fronte con una sola commissione per provincia alla enorme mole di domande giacenti, varò l'attuale duplice livello decisionale.

Aspre polemiche seguirono la decisione di affidare nuovamente la competenza dell'esame delle istanze alle commissioni delle unità sanitarie locali - adombrandosi la reiterazione degli abusi verificatisi negli anni addietro -, pur se maggiormente qualificate in quanto presiedute da specialisti in medicina legale (11), (3) e comunque sottoposte al controllo da parte delle commissioni ministeriali. "E' il caos più assoluto", "La più grande Caporetto della pubblica amministrazione", "L'autogol più clamoroso di tutta la storia legis-

lativa in cui sia mai incorso il legislatore", "Lo Stato allenta i controlli. Nuovo boom di invalidi civili. Blitz estivo di un ministro e tre sottosegretari" furono alcuni dei titoli giornalistici a commento del cambiamento di rotta rispetto alla impostazione stabilita solo due anni prima.

Alle repentine inversioni legislative degli anni 1988-1990, che suscitarono un ampio dibattito fra gli operatori del settore (10), (4), (12), ha fatto seguito una lunga fase di assestamento. Nel corso di quest'ultimo decennio, peraltro, nonostante tale sistema abbia in qualche modo trovato un suo assetto stabile, le polemiche fra suoi detrattori ed estimatori sono state rinfocolate dal vigoroso impulso dato dal legislatore al sistema delle verifiche sanitarie per contrastare il fenomeno cosiddetto dei "falsi invalidi", ossia degli accertamenti di revisione effettuati dalle commissioni mediche del Ministero del tesoro sui titolari di benefici economici, per lo più concessi prima che queste ultime assumessero competenze nel settore. Emblematica al proposito la domanda che pongono Martini e Scorretti (7): "I costi complessivi, se riferiti alle commissioni di prima istanza, alle commissioni periferiche a cui sono devoluti i controlli, alla commissione superiore ed ai sistemi di verifica di assegni, pensioni e indennità già riconosciute nel corso degli anni, sono incalcolabili; soprattutto, allorché venga richiamato l'accostamento col carattere monocratico degli accertamenti erogati dall'INPS e

dall'INAIL, per di più non gravati da una struttura burocratica di vigilanza così pressante, come in ambito di invalidità civile. Costa di più questo apparato, o i benefici illecitamente elargiti, in particolare nei decenni trascorsi? Non è possibile attuare controlli e verifiche con pochi professionisti, esperti in Medicina delle assicurazioni sociali? Più semplicemente, allorchè diano buona affidabilità gli accertamenti di prima istanza (anche in forma monocratica!), affidando il mandato agli specialisti della materia, è parimenti necessario innescare meccanismi così perversi?"

L'inevitabile incremento del contenzioso giudiziario che è scaturito dalle numerose revoche di provvidenze economiche ha poi recentemente scatenato un'altra ondata di polemiche. E' stata infatti subito colta l'occasione da parte dei critici - ivi compresa taluna associazione rappresentativa degli invalidi - per riattizzare la mai sopita polemica sulla funzione e sulla qualificazione professionale delle commissioni mediche ministeriali (2), sostenendo che il gran numero di benefici dapprima revocati e poi ripristinati dalla Magistratura si traduce in un vistoso danno all'immagine degli organismi statali nonchè in un onere economico anzichè in un risparmio, tenuto conto anche degli interessi e delle spese legali corrisposti.

A ciò ha risposto il Ministero del tesoro, che mediante il lavoro di una apposita *Commissione d'indagine sui risultati dell'attivi-*

tà di verifica della permanenza in ambito di invalidità civile (istituita con d.m. del 26.11.1999) ha calcolato che nel periodo compreso fra l'1.1.1990 ed il 30.6.1999 sono state eseguite 75.255 revoche su 347.958 accertamenti di verifica. La stima del risparmio lordo complessivo che dovrebbe conseguentemente realizzarsi nell'arco del ventennio 1990-2009 ammonta a 5.146 miliardi di lire; tenuto peraltro conto della previsione di oltre 1.500 miliardi per benefici ripristinati, interessi e spese legali a seguito di sentenze giudiziarie, il risparmio netto ventennale delle verifiche è stato stimato in 3.545,5 miliardi.

Al termine dei suoi lavori detta commissione d'indagine ministeriale, al fine di effettuare la valutazione di efficacia dell'attività delle commissioni mediche di verifica, nel sottolineare i *"molteplici fattori (normativi, organizzativi e gestionali, tecnico-professionali) che l'hanno condizionata"* ed *"il carattere alluvionale, ridondante e complesso degli interventi normativi che, a partire dal 1988, si sono succeduti nella disciplina dell'invalidità civile"*, ha fra l'altro rilevato che *"l'introduzione di un monitoraggio sempre più articolato da parte del Ministero del tesoro appare peraltro coerente con l'intento legislativo di passare dalla concessione di benefici per gli invalidi, erogati per molti anni senza preoccupazioni eccessive per la spesa pubblica, a trattamenti economici "mirati" in favore di chi deve realmente fronteggiare le difficol-*

tà prodotte da una compromissione, concreta e verificabile, della propria efficienza psico-fisica". "Malgrado i deficit strutturali e le incongruenze funzionali che si sono segnalati - continua la Commissione - tuttavia, le CMV hanno sostanzialmente soddisfatto le aspettative in esse riposte" sia in quanto "solo una terza parte delle revoche eseguite è stata impugnata in giudizio" sia per "l'acclarato, sensibile rallentamento della curva ascendente del numero dei beneficiari nel decennio 1990/1999 rispetto a quello del decennio anteriore".

Accanto a tali risultati misurabili nella loro oggettiva concretezza - si conclude - vanno considerati, inoltre, altri aspetti di rilievo che non possono sottacersi... Si vuole alludere, qui, alle apprezzabili ricadute che l'attività di verifica delle Commissioni - come confermata dalla volontà del legislatore - ha avuto sul piano della lotta ai falsi invalidi moralizzando il settore, scongiurando il perpetuarsi e prevenendo il rinnovarsi delle distorsioni denunciate da ogni parte, arginando le pregresse "derive assistenzialistiche" di stampo clientelare: in una parola, incidendo (e mortificandolo) su un costume, invalso per tanti anni, attento agli interessi particolaristici ma indifferente all'interesse generale".

Al fine di apportare un ulteriore contributo alla problematica in argomento, con il presente lavoro si propone un'analisi statistica dell'ordinaria, quotidiana attività di controllo svolta dalla commis-

sione medica di verifica di Bari sulle commissioni territoriali delle aziende sanitarie locali, calcolando la conseguente minore spesa determinata nel quinquennio 1995-1999.

LE COMPETENZE DELLE COMMISSIONI MEDICHE DI VERIFICA

Con il D.P.R. 23.12.1978, n. 915 (*Testo unico delle norme in materia di pensioni di guerra*), furono costituite le *commissioni mediche per le pensioni di guerra*, cui vennero demandati gli accertamenti sanitari relativi alle cause ed all'entità delle menomazioni dell'integrità fisica subite da militari e civili a causa di guerra. Le commissioni erano composte da ufficiali medici, da medici appartenenti al personale civile dello Stato e da primari e assistenti ospedalieri, per un numero complessivo non superiore a 220 unità, nonché da sanitari civili designati dalle associazioni di categoria. In seguito sono stati chiamati ad integrarne la composizione medici civili generici e specialisti, comunque di età inferiore a 75 anni, nominati dal Ministero del tesoro con propri decreti, con i quali vengono stipulate convenzioni annue di natura contrattuale privatistica sulla base di specifiche valutazioni curriculari. Il Ministero nomina altresì il presidente di ciascuna commissione scegliendolo fra i suoi membri.

Con la l. 26.07.1988, n. 291 (*Conversione in legge, con modi-*

ficazioni, del decreto-legge 30.5.1988, n. 173, recante misure urgenti in materia di finanza pubblica per l'anno 1988. Delega al Governo per la revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti e dei relativi benefici), ed il relativo regolamento (D.M. tesoro 20.07.1989, n. 292), a tali organismi, che assunsero la denominazione di *commissioni mediche periferiche per le pensioni di guerra e di invalidità civile*, fu attribuita anche la competenza ad esaminare le domande volte ad ottenere i benefici economici di invalidità civile, cecità civile e sordomutismo, in precedenza demandata alle unità sanitarie locali. Restò di pertinenza di queste ultime l'esame delle istanze presentate a fini diversi dal conseguimento di benefici economici diretti, ma, vista l'incongruenza di tale meccanismo (9), (13), con la l. 25.01.1990, n. 8 (*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25.11.1989, n. 382, recante disposizioni urgenti sulla partecipazione alla spesa sanitaria e sul ripiano dei disavanzi delle unità sanitarie locali*), fu previsto il trasferimento di tutte le competenze alle commissioni ministeriali, la cui dotazione massima di medici, già portata a 500 unità, venne ulteriormente incrementata a 1000 (oltre ai medici rappresentanti delle diverse associazioni di categoria); fu altresì statuito che tali commissioni, in relazione all'entità del carico di lavoro, possono essere articolate in sotto-commissioni, presiedute ciascuna dal presidente o dall'ufficiale più

alto in grado o dal medico civile convenzionato più anziano.

La citata l. 291/1988, unitamente ad un secondo regolamento (D.M. tesoro 20.07.1989, n. 293), attribuì inoltre ai medici appartenenti alle commissioni mediche periferiche (nonchè a quelli membri della commissione medica superiore con sede in Roma) la competenza in tema di verifiche, accertamenti di revisione effettuati nei confronti di titolari di benefici economici di invalidità civile, cecità civile e sordomutismo, finalizzati a rilevare la sussistenza e la permanenza dei requisiti sanitari prescritti per usufruirne.

Con la l. 15.10.1990, n. 295 (*Modifiche ed integrazioni all'articolo 3 del decreto-legge 30.5.1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 26.7.1988, n. 291, e successive modificazioni, in materia di revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti*), ed il relativo regolamento (D.M. tesoro 05.08.1991, n. 387), la competenza degli accertamenti sanitari relativi alle istanze di invalidità civile, cecità civile e sordomutismo fu ricondotta alle unità sanitarie locali, nell'ambito di ciascuna delle quali operano una o più commissioni mediche incaricate di effettuarli, composte da un medico specialista in medicina legale che assume le funzioni di presidente e da altri due medici, di cui uno scelto prioritariamente tra gli specialisti in medicina del lavoro. Alle commissioni mediche periferiche per le pensioni di guerra e di invalidità civile fu attribuita una funzione di controllo

esplicantesi attraverso l'esame dei verbali con possibilità di approvazione degli stessi o di sospensione della procedura per ulteriori accertamenti, da effettuare tramite l'unità sanitaria locale o

mediante visita diretta con conseguente emissione del verbale definitivo. Tutti gli attuali benefici derivanti dal riconoscimento della condizione di invalido civile sono riportati nella Tabella 1.

TABELLA 1 - Benefici per gli invalidi civili

Disposizione normativa	Grado di invalidità	Età	Benefici
L. 118/71 D.L. 509/88 D.L. 124/98	- non inferiore ad 1/3- minori e ultra65nni con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età	tutte	assistenza socio-sanita- ria (protesi, ausili)
L. 68/99	superiore al 45%	età lavorativa	collocamento obbligatorio
L. 289/90	- difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età- perdita uditiva >60 db nell'orecchio migliore nelle frequenze di 500,1000 e 2000 hz	< 18 (se frequentanti centri di terapia o di riabilitazione o scuole di ogni ordine e grado o centri di formazione o di addestramento)	indennità mensile di frequenza
L. 638/83 L. 724/94 D.L. 124/98	- 67-99%- ultra65nni con difficoltà medio-gravi a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età	> 18	esenzione "ticket" parziale

segue **TABELLA 1**

Disposizione normativa	Grado di invalidità	Età	Benefici
L. 104/92	superiore a 2/3	non precisata	diritto di scelta prioritaria tra le sedi disponibili per gli assunti e precedenza in sede di trasferimento a domanda (dipendenti pubblici riconosciuti anche portatori di handicap)
L. 118/71 D.L. 509/88	74-99% (>2/3 prima del 12.3.92).03.	18-65 (se incollocati al lavoro e per il tempo in cui sussiste tale condizione)	assegno mensile di assistenza
L. 118/71	100%	18-65	pensione di inabilità
L. 537/93 L. 724/94 D.L. 124/98	- 100%- ultra65nni con difficoltà gravi a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età - minori con indennità di accompagnamento	tutte	esenzione "ticket" totale
L. 18/80 L. 508/88	impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o impossibilità di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita	tutte	indennità di accompagnamento

N.B.: non sono inclusi nella tabella altri benefici minori (congedo per cure, esenzione tasse scolastiche e universitarie, concessione di indulto fino a tre anni di pena, ecc.).

Il vigente *Regolamento recante norme sul riordinamento dei procedimenti in materia di riconoscimento delle minorazioni civili e sulla concessione dei benefici economici*, varato con il D.P.R. 21.09.1994, n. 698, attuativo della l. 24.12.1993, n. 573, oltre ad introdurre rilevanti novità procedurali, ha sostanzialmente confermato l'impianto applicativo della l. 295/1990 (e dunque il D.M. tesoro 387/1991), in specie per quel che riguarda il ruolo di controllo delle commissioni mediche periferiche per le pensioni di guerra e di invalidità civile; questo si esplica sull'operato delle commissioni delle unità sanitarie locali anche per quel che concerne le istanze intese a valutare l'handicap ai sensi della l. 05.02.1992, n. 104.

La l. 08.08.1996, n. 425 (*Disposizioni urgenti per il risanamento della finanza pubblica*), ha confermato la competenza dei medici facenti parte delle commissioni ministeriali riguardo alle verifiche volte ad accertare la permanenza dei requisiti sanitari di invalidità civile, cecità civile e sordomutismo prescritti per usufruire dei relativi benefici economici (le provvidenze attualmente concesse sono riportate nelle Tabelle 2 e 3).

Il d.lgs. 29.06.1998, n. 278 (*Disposizioni correttive dei decreti legislativi 564/1996, 181/1997, 157/1997, 180/1997 e 184/1997 in materia pensionistica*), nel mutare la denominazione delle commissioni mediche periferiche per le pensioni di guerra e di invalidità

civile in *commissioni mediche di verifica*, ha previsto che tali organismi collegiali, da qualche anno ormai composti solo da medici civili convenzionati, vengano investiti anche di una nuova funzione di controllo e verifica, quella relativa agli accertamenti sanitari degli stati di invalidità dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche facenti capo all'I.n.p.d.a.p.

Altro importante compito dei medici membri delle commissioni mediche di verifica è quello di svolgere attività di consulenza tecnica di parte per il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, legittimato passivo nei procedimenti giurisdizionali relativi ai verbali di visita emessi dalle commissioni stesse, finalizzati all'accertamento degli stati di invalidità civile, cecità civile e sordomutismo, nonché ai provvedimenti di revoca emessi dal Ministero medesimo. Nella fattispecie gli atti introduttivi dei procedimenti giurisdizionali relativi a controversie in materia di invalidità civile avverso provvedimenti emanati dal Ministero, i decreti ingiuntivi, le sentenze e ogni altro provvedimento reso in detti giudizi devono essere notificati alla predetta amministrazione presso gli uffici dell'Avvocatura dello Stato e presso le commissioni mediche di verifica competenti per territorio; a queste ultime vanno altresì notificati gli eventuali atti di precetto (l. 448/1998, art. 37, commi 5 e 6).

TABELLA 2 - Prestazioni economiche per invalidi civili, ciechi civili, sordomuti

MINORI	18-65 ANNI	ULTRASESSANTACINQUENNI
--------	------------	------------------------

INVALIDI CIVILI

indennità mensile di frequenza (L. 289/90)	assegno mensile di assistenza (L. 118/71)	
	pensione di inabilità (L. 118/71)	
indennità di accompagnamento (L. 18/80)	indennità di accompagnamento (L. 18/80)	indennità di accompagnamento (L. 18/80)

CIECHI CIVILI

pensione ciechi parziali (L. 33/80)	pensione ciechi parziali (L. 382/70)	
indennità speciale ciechi parziali (L. 508/88)	indennità speciale ciechi parziali (L. 508/88)	
	indennità di accompagnamento (L. 508/88)	
pensione ciechi assoluti (L. 382/70)	indennità di accompagnamento (L. 382/70)	

SORDOMUTI

	pensione (L. 381/70)	
indennità di comunicazione (L. 508/88)	indennità di comunicazione (L. 508/88)	indennità di comunicazione (L. 508/88)

TABELLA 3 - Benefici economici

Beneficio	Età	Requisito sanitario	Limite di reddito personale annuo	Compatibilità con altre prestazioni di invalidità	Sospensioni per ricovero gratuito	Importo mensile 2001
indennità mensile di frequenza	< 18	- difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età - perdita uditiva >60 db nell'orecchio migliore nelle frequenze di 500, 1000 e 2000 hz	7.067.450	NO	SI	411.420 (12 mens.)
assegno mensile di assistenza	18-65	Riduzione della capacità lavorativa non inferiore al 74% (>2/3 prima del 12.03.1992)	7.067.450	NO	NO	411.420 (13 mens.)
pensione di inabilità	18-65	Totale inabilità lavorativa 100%	24.078.410	SI	NO	411.420 (13 mens.)
indennità di accompagnamento invalidi	tutte	- impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore - mancanza di autonomia personale	NO	SI	SI	817.330 (12 mens.)
pensione ciechi parziali	tutte	Residuo visivo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi con eventuale correzione	24.078.410	SI	NO	411.420 (13 mens.)
pensione ciechi assoluti	> 18	Cecità assoluta	24.078.410	SI	ridotta a 411.420 (2001)	444.910 (13 mens.)
indennità speciale ciechi parziali	tutte	Residuo visivo non superiore ad 1/20 in entrambi gli occhi con eventuale correzione	NO	SI	NO	94.780 (12 mens.)
indennità di accompagnamento ciechi	tutte	Cecità assoluta	NO	SI	NO	1.179.660 (12 mens.)
pensione sordomuti	18-65	Sordomutismo	24.078.410	SI	NO	411.420 (13 mens.)
indennità di comunicazione	tutte	Sordomutismo	NO	SI	NO	334.100 (12 mens.)

L'indagine ha riguardato 50.960 pratiche esaminate dalla c.m.v. di Bari negli anni 1995-1999 (ivi compresi 77 verbali inviati dalle aziende sanitarie locali erroneamente in quanto non comportanti il riconoscimento della condizione di minorato), che nella Tabella 4 sono state suddivise

per A.S.L. di appartenenza ed esito di definizione.

Si precisa che per comodità metodologica anche i ciechi ed i sordomuti, facenti capo ad un'unica commissione provinciale di prima istanza, sono stati ripartiti per A.S.L. di residenza.

TABELLA 4

DISABILITÀ (codice)	ASL BA/1	ASL BA/2	ASL BA/3	ASL BA/4	ASL BA/5	TOTALI
NON INVALIDO 18-65 aa. (1)	3	36	1	21	5	66
INVALIDO 34-73% (2)	2318	2208	1976	5276	1361	13139
INV. 74-99% (ASSEGNO) (3)	852	946	649	1965	625	5037
INV. 100% (PENSIONE) (4)	585	723	487	1715	515	4025
INVALIDO ACCOMP. (5/6)	383	501	388	1002	386	2660
MINORE FREQUENZA (7)	300	275	234	611	144	1564
CIECO PARZIALE (8)	117	144	118	278	112	769
CIECO ASSOLUTO (9)	88	70	71	193	80	502
SORDOMUTO (10)	19	37	26	61	13	156
INVALIDO >65 ANNI (11)	2182	1532	1731	3888	2072	11405
NON INV. MINORE O >65 ANNI (12)	1	4	2	2	2	11
INV.ACCOMP. MINORE O >65 ANNI (13)	1929	1908	1806	3969	2014	11626
TOTALI	8777	8384	7489	18981	7329	50960

Analisi statistica dell'attività della c.m.v. di Bari nel quinquennio 1995-99

La Tabella 5 indica l'esito della successiva fase di controllo da parte della c.m.v. con le possibili opzioni procedurali ad essa riservate (definita con approvazione, sospesa per ulteriori accertamenti da compiersi presso le A.S.L., sospesa per chiamata a

visita diretta da parte della c.m.v. stessa).

Come è facile rilevare, le pratiche sospese per visita diretta riguardano in maggioranza i gradi di minorazione comportanti diritto a benefici economici.

TABELLA 5

DISABILITÀ	DEFINITA APPROVAZ.	ULTERIORI ACCERTAM.	VISITA DIRETTA	TOTALI
NON INVALIDO 18-65 aa. (1)	63 (95%)	2 (3%)	1 (2%)	66
INVALIDO 34-73% (2)	10760 (82%)	827 (6%)	1552 (12%)	13139
INVALIDO 74-99% (ASSEGNO) (3)	2566 (51%)	493 (10%)	1978 (39%)	5037
INVALIDO 100% (PENSIONE) (4)	2931 (73%)	349 (9%)	745 (18%)	4025
INVALIDO ACCOMP. (5/6)	1432 (54%)	188 (7%)	1040 (39%)	2660
MINORE INDENN. FREQUENZA (7)	1004 (64%)	286 (18%)	274 (18%)	1564
CIECO PARZIALE (8)	565 (73%)	82 (11%)	122 (16%)	769
CIECO ASSOLUTO (9)	363 (72%)	71 (14%)	68 (14%)	502
SORDOMUTO (10)	142 (91%)	8 (5%)	6 (4%)	156
INVALIDO >65 aa. (11)	10570 (93%)	444 (4%)	391 (3%)	11405
NON INVALIDO <18 O >65 aa. (12)	10 (90%)	0 (0%)	1 (10%)	11
INV. ACCOMP. <18 O >65 aa. (13)	7237 (62%)	1166 (10%)	3223 (28%)	11626
TOTALI	37643 (74%)	3916 (8%)	9401 (18%)	50690

La Tabella 6 mostra la corrispondenza fra tipo e/o grado di minorazione attribuito dalle commissioni di prima istanza ed esito definitivo della pratica dopo sospensione per ulteriori accertamenti. Si osserva una pressochè totale conferma dei giudizi medico-legali espressi rispettivamente prima e dopo la sospensiva.

TABELLA 6

COD. CMV	1	2	3	4	5/6	7	8	9	10	11	13	TOT.
COD. ASL												
1	2											2
2		820	4									824
3		11	482									493
4		2	1	345								348
5/6				4	184							188
7						279					6	285
8							80	2				82
9							5	66				71
10									8			8
11										444		444
13										14	1149	1163
TOT.	2	833	487	349	184	279	85	68	8	458	1155	3908

Nella Tabella 7 sono riportate le pratiche sospese per visita diretta con le stesse corrispondenze della tabella precedente. Come si può notare, in tali casi le discordanze fra le valutazioni medico-legali dei due organismi sono sensibili, quasi sempre nel senso di una riduzione del grado di disabilità operata dalla commissione ministeriale.

Nelle tabelle si osserva che i numeri totali delle pratiche definite

sono spesso inferiori ai corrispondenti casi pervenuti all'osservazione della c.m.v.; ciò si spiega con il fatto che in alcune circostanze le pratiche vengono archiviate (mancata esecuzione degli accertamenti o mancata presentazione a visita) ovvero gli esiti definitivi non erano disponibili al momento della rilevazione trattandosi di casi ancora da definire in quanto in attesa della documentazione necessaria.

TABELLA 7

COD. CMV COD. ASL	1	2	3	4	5/6	7	8	9	10	11	12	13	TOT.
1													0
2	43	1354	61	15	6								1479
3	23	950	814	111	6								1904
4	10	193	196	272	37								708
5/6	1	28	100	440	395								964
7						246						17	263
8	2						112	3					117
9							18	46					64
10									6				6
11										270		89	359
12											1		1
13						33				1345		1380	2758
TOT.	79	2525	1171	838	444	279	130	49	6	1615	1	1486	8623

Il presente studio, lungi dal proporsi come giudizio in ordine all'annosa problematica dell'utilità dell'attuale sistema dei controlli medico-legali sui minorati civili, vuole apportare un contributo alla discussione sul tema con l'esame dell'attività che ordinariamente la c.m.v. di Bari svolge sull'operato delle commissioni territoriali di prima istanza di tutta la provincia.

E' doveroso premettere, prima di trarre le valutazioni conclusive, quelli che evidentemente costituiscono i limiti oggettivi dell'indagine.

Questa, rilevando esclusivamen-

te la valutazione medico-legale operata dalla commissione dell'A.S.L. e l'esito della pratica dopo il controllo da parte della c.m.v. e calcolando dunque solo su tali dati la eventuale minore spesa determinata dal controllo, non può tener conto del fatto che l'esito conclusivo dell'istanza sovente si ha solo con la definizione dell'eventuale successivo ricorso in via amministrativa e/o in sede giudiziaria.

Inoltre, il dato economico, pur essendo indicativo, comporta comunque una grossolana approssimazione in difetto in quanto al ri-

conoscimento del requisito sanitario non necessariamente segue la effettiva erogazione della prestazione economica, dovendosi ancora accertare la sussistenza dei requisiti amministrativi (limite di reddito, incollocamento, assenza di ricovero gratuito, ecc.).

Sulla base degli importi dei vari benefici negli anni 1995-1999 (Tabella 8), il calcolo della minore spesa che si rileva dalle tabelle conclusive (Tabelle 9, 10 e 11) è determinato in ragione di anno; una prestazione che sarebbe stata riconosciuta in base alla valutazione di prima istanza e che invece viene negata a

seguito dell'intervento della c.m.v. è stata calcolata nel suo importo complessivo annuo ed inserita in tabella solo per l'anno di definizione della pratica. Ne deriva che la minore spesa è in realtà enormemente più consistente se si considera l'onere che sarebbe venuto a gravare anche nei successivi anni di godimento del beneficio.

Un ulteriore, modesto limite dell'indagine è dovuto al fatto che i dati economici non tengono conto dei provvedimenti "a tempo" (spostamenti di decorrenza, revisioni) in quanto non emergenti dalla rilevazione informatica.

TABELLA 8 - Benefici economici

BENEFICI	1995	1996	1997	1998	1999
ASSEGNO (3)	348.795 (*)	367.630 (*)	381.965 (*)	388.460 (*)	395.060 (*)
PENSIONE (4)	348.795 (*)	367.630 (*)	381.965 (*)	388.460 (*)	395.060 (*)
PENSIONE + IND.ACC. (5/6)	348.795 (*)+ 741.315 (**)	367.630 (*)+ 752.370 (**)	381.965 (*)+ 767.780 (**)	388.460 (*)+ 783.190 (**)	395.060 (*)+ 795.970 (**)
IND.FREQ. (7)	348.795 (**)	367.630 (**)	381.965 (**)	388.460 (**)	395.060 (**)
PENSIONE + IND.SPEC. (8)	348.795 (*)+ 86.180 (**)	367.630 (*)+ 87.430 (**)	381.965 (*)+ 89.195 (**)	388.460 (*)+ 90.915 (**)	395.060 (*)+ 92.360 (**)
PENSIONE + IND. ACC. (9)	377.180 (*)+ 995.825 (**)	397.550 (*)+ 1.020.720(**)	413.055 (*)+ 1.056.750(**)	420.080 (*)+ 1.093.100(**)	427.220 (*)+ 1.124.690(**)
PENSIONE + IN.COM. (10)	348.795 (*)+ 299.720 (**)	367.630 (*) + 304.720 (**)	381.965 (*)+ 311.780 (**)	388.460 (*) + 318.660 (**)	395.060 (*) + 324.440 (**)
IND.ACC.(13)	741.315 (**)	752.370 (**)	767.780 (**)	783.190 (**)	795.970 (**)

(*) 13 mensilità

(**) 12 mensilità

TABELLA 9 - Spesa annua per esiti A.S.L.

CODICI	1995	1996	1997	1998	1999	TOTALI
3	5.014.974.510	5.228.433.860	4.915.889.550	4.772.231.100	4.632.473.560	24.564.002.580
4	2.892.905.730	3.847.247.950	4.394.507.325	4.161.183.520	4.483.535.940	19.779.380.465
5/6	6.889.648.995	7.967.002.510	7.472.282.935	7.383.060.860	7.813.707.440	37.525.702.740
7	1.063.127.160	1.504.341.960	1.439.244.120	1.729.423.920	1.346.364.480	7.082.501.640
8	1.124.835.990	711.058.700	875.203.325	1.025.540.320	830.465.300	4.567.103.635
9	2.730.224.880	1.375.926.410	1.750.919.355	1.672.041.600	1.409.710.360	8.938.822.605
10	252.060.225	320.561.540	330.862.390	221.847.500	216.697.440	1.342.029.095
13	22.043.742.840	19.961.880.840	19.670.523.600	21.193.121.400	24.328.027.080	107.197.295.760
TOTALI	42.011.520.330	40.916.453.770	40.849.432.600	42.158.450.220	45.060.981.600	210.996.838.520

TABELLA 10 - Spesa annua per esiti C.M.V.

CODICI	1995	1996	1997	1998	1999	TOTALI
3	3.863.253.420	4.425.529.940	4.190.919.980	4.065.233.900	4.154.846.020	20.699.783.260
4	3.568.521.645	3.875.923.090	4.404.438.415	4.004.634.140	4.442.449.700	20.295.966.990
5/6	3.626.131.050	6.406.740.320	5.799.172.145	6.386.130.920	6.976.524.500	29.194.698.935
7	1.088.240.400	1.526.399.760	1.439.244.120	1.701.454.800	1.322.660.880	7.077.999.960
8	1.152.678.465	798.483.950	893.310.980	1.068.527.040	830.465.300	4.743.465.735
9	2.595.398.960	1.602.344.680	1.750.919.355	1.541.993.920	1.371.610.080	8.862.266.995
10	252.060.225	320.561.540	330.862.390	221.847.500	216.697.440	1.342.029.095
13	14.847.056.820	17.126.950.680	17.708.077.920	18.702.577.200	22.627.835.160	91.012.497.780
TOTALI	30.993.340.985	36.082.933.960	36.516.945.305	37.692.399.420	41.943.089.080	183.228.708.750

TABELLA 11 - *Minore spesa*

CODICI	1995	1996	1997	1998	1999	TOTALI
3	1.151.721.090	802.903.920	724.969.570	706.997.200	477.627.540	3.864.219.320
4	- 675.615.915	- 28.675.140	- 9.931.090	156.549.380	41.086.240	- 516.586.525
5/6	3.263.517.945	1.560.262.190	1.673.110.790	996.929.940	837.182.940	8.331.003.805
7	- 25.113.240	- 22.057.800	0	27.969.120	23.703.600	4.501.680
8	- 27.842.475	- 87.425.250	- 18.107.655	- 42.986.720	0	- 176.362.100
9	134.825.920	- 226.418.270	0	130.047.680	38.100.280	76.555.610
10	0	0	0	0	0	0
13	7.196.686.020	2.834.930.160	1.962.445.680	2.490.544.200	1.700.191.920	16.184.797.980
TOTALI	11.018.179.345	4.833.519.810	4.332.487.295	4.466.050.800	3.117.892.520	27.768.129.770

CONCLUSIONI

Dai dati riportati risulta di tutta evidenza la portata economica dei controlli effettuati dalle c.m.v. se si considera che la minore spesa determinata dall'operato della commissione di Bari è stata calcolata (con le approssimazioni già evidenziate) in circa 11 miliardi di lire per il 1995, quasi 5 miliardi per il 1996, fra i 4 ed i 4,5 miliardi per il 1997 e per il 1998 e di oltre 3 miliardi per il 1999; dati, come già sottolineato, calcolati con riferimento esclusivo all'anno di esame della pratica, senza proiezione sugli anni successivi.

Al di là del risparmio di entità notevole e della funzione "deterrente" che il sistema di controllo viene

ad esercitare sui componenti le commissioni di prima istanza scoraggiando valutazioni improntate ad una certa "larghezza", il ché sembrerebbe confermato dalla progressiva riduzione della minore spesa negli anni esaminati, piace sottolineare l'effetto di omogeneizzazione valutativa sul territorio provinciale che ne scaturisce.

Tale omogeneizzazione, a tutela dell'equità dell'azione amministrativa nei confronti dei cittadini richiedenti il riconoscimento delle proprie minorazioni, andrebbe decisamente incoraggiata ed implementata, favorendo, da parte di chi ne ha la competenza, ogni occasione di confronto, di discussione e di studio fra gli operatori del settore su tutto il territorio nazionale.

RIASSUNTO

Il sistema di accertamento sanitario delle minorazioni civili, dopo una fase di provvedimenti legislativi complessi e caotici, si è consolidato da oltre un decennio con una precisa ripartizione delle competenze, ma continua a suscitare polemiche fra gli operatori del settore. Dopo un excursus normativo della materia con articolare riferimento alle competenze delle commissioni mediche di verifica ministeriali, gli Autori

propongono l'analisi statistica di 50.960 pratiche esaminate dalla commissione medica di verifica di Bari nel quinquennio 1995-1999, mettendo a confronto l'esito degli accertamenti da parte delle commissioni mediche di prima istanza presso le aziende sanitarie locali con i giudizi medico-legali definitivi dopo l'opera di controllo ministeriale. Da ciò traggono lo spunto per quantificare, pur evidenziando i limiti di tale studio, il risparmio di spesa così determinato.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BARNI M.: «Come alle USL viene sottratta ogni competenza medico-legale». L'Assicurazione Sociale, 1988; 1:11.
- 2) CEMBRANI F.: «Il ruolo della medicina legale nella tutela assistenziale degli invalidi civili». Provincia autonoma di Trento, 1991.
- 3) FALLANI M.: «Invalidità civile, gli invalidi e i medici di categoria, i medici legali delle UU.SS.LL. per uscire dai ritardi e dalle difficoltà una nuova via: il servizio di medicina legale». Atti Convegno Impruneta-Firenze, 27 giugno 1992.
- 4) FIORI A.: «Prospettive di protezione sociale nel 2000». Riv. It. Med. Leg., 1991; 4: 1043-1062.
- 5) LEDDA G., BRUNO M.: «La nuova invalidità civile». 5a edizione, Buffetti ed., 1997.
- 6) MARI E.: «Invalido civile o riformato?». Il Medico d'Italia, 1987.
- 7) MARTINI M.: Scorretti C. «L'invalidità civile». Essebiemme ed., 1999.
- 8) NISTICÒ F.: «Chi è l'invalido civile: alla ricerca di una possibile definizione sistematica in attesa della riforma». Informazione previdenziale, 2000; 1.
- 9) ROGGI M.: «Riconoscimento dell'invalidità civile». Il Medico d'Italia, 1989.
- 10) SANI M., Bolino G.: «Le recenti normative in tema di invalidità civile: novità o semplici ripensamenti?». Atti Convegno "Invalidità civile, incontro tra istituzioni e cittadino invalido", Roma, 1 giugno 1990, Colosseum ed.
- 11) SCORRETTI C., Rago G.: «Recenti sviluppi della normativa sui portatori di handicap: il ruolo del medico-legale come presidente delle commissioni istituite presso le Unità Sanitarie Locali (Legge 15 ottobre 1990, n. 295)». Riv. It. Med. Leg., 1991; XII, 111.
- 12) SCORRETTI C.: «Handicap ed invalidità civile». Liviana Medicina ed., 1993.
- 13) ZANGANI P. e coll.: «Medicina legale e delle assicurazioni». Morano ed., 1990.

Gli Autori rivolgono un doveroso e sentito ringraziamento alla Direzione centrale degli uffici locali e dei servizi del Ministero del Tesoro per l'accesso ai dati statistici della commissione medica di verifica di Bari.

Invalidità pensionabile per infermità derivante da responsabilità medica. L'esercizio dell'azione di surroga

Gianluigi MARGIOTTA
Dirigente medico legale 1° livello
Sede INPS - Modena

Simona ZAAMI
Istituto di Medicina Legale e delle
Assicurazioni - Università degli
studi "La Sapienza" di Roma

Lucia ZANARDI
Dirigente medico legale 1° livello
Sede INPS - Modena

Il fenomeno della responsabilità professionale del medico, oltre alle molteplici sfaccettature che quotidianamente assume nel contenzioso giuridico in campo civile e penale, vede oramai allargare la sua problematica anche al campo previdenziale, in conseguenza della sempre meno rara concessione di benefici economici per invalidità permanenti derivanti da infermità conseguenti ad errate procedure diagnostiche e/o terapeutiche.

Tale nuovo aspetto appare particolarmente importante in quanto viene ad interferire nell'ambito del sistema della previdenza sociale, sistema giuridicamente impostato su un principio solidaristico in cui i soggetti esposti al rischio ed obbligati alla copertura subiscono, sia pure non integralmente, il peso degli oneri scaturiti dal verificarsi dell'evento-inva-

lidità.

In altri termini, nel caso di invalidità conseguenti a responsabilità medica l'istituto assicuratore, proprio al fine di evitare che il peso degli oneri economici venga a gravare impropriamente sulla platea degli assicurati, ha facoltà di esercitare l'azione di surroga prevista dall'articolo 14 della Legge 222/84*.

Nel presente lavoro viene presentato il caso di una assicurata INPS, la quale, in conseguenza della errata esecuzione di un intervento chirurgico, è divenuta portatrice di una infermità permanente dotata di gravi ripercussioni sulla sua capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle sue attitudini, con ciò maturando il diritto all'Assegno Ordinario di Invalidità previsto dal primo comma dell'articolo 1 della Legge 222/84.

*Legge 12 giugno 1984, n. 222 (in G.U. 16 giugno 1984, n. 165). Art. 14 Surrogazione. 1. L'istituto erogatore delle prestazioni previste dalla presente legge è surrogato, fino alla concorrenza del loro ammontare, nei diritti dell'assicurato o dei superstiti verso i terzi responsabili e le loro compagnie di assicurazione.

IL CASO

C. R. Soggetto di sesso femminile, di anni 48.

Anamnesi lavorativa: ha lavorato come operatrice sanitaria ausiliaria per circa 20 anni complessivamente.

Normale sviluppo psicofisico. Abitudini di vita regolari. Ex fumatrice. Coniugata; due figli.

Ha goduto sempre di buona salute fino ai primi mesi del 1997, allorché comparvero cervicalgia, ipoestesia ed ipostenia a carico dell'arto superiore destro; nel giugno 1997, eseguì una R. M. Spinale del rachide cervicale che mise in evidenza: *"In C5-C6 è presente una barra disco-osteofitaria mediana lievemente prevalente sul lato sinistro. In C6-C7 è presente una seconda barra disco-osteofitaria a sede mediana. Entrambe improntano il sacco dura- le senza peraltro interessare il midollo, che ha normale intensità di segnale. Il canale vertebrale ha normali dimensioni"*. In data 07.08.97, la paziente venne sottoposta presso reparto di Neurochirurgia di struttura ospedaliera pubblica ad intervento chirurgico così descritto in cartella clinica: *"Asportazione microchirurgica. Si interviene sulla base della sintomatologia clinica e si asporta materiale discale di vecchia data. Da rilevare una notevole ristrettezza dello spazio discale"*; dalla cartella clinica non si evincono il tipo di anestesia praticato né l'andamento del decorso postoperatorio; tuttavia, la paziente riferisce che, nell'immediato periodo po-

stoperatorio, comparvero afonia alternata a disfonia, difficoltà della deglutizione e della respirazione, accompagnate a persistenza della pregressa sintomatologia caratterizzata da ipostenia e distesie dolorose a carico dell'arto superiore destro; venne dimessa in data 13.08.97, con prescrizione di cure mediche farmacologiche e di collare cervicale. In data 21.08.97, visita di controllo chirurgica: *"Operata di ernia cervicale C6-C7, lamenta ancora cervicobrachialgia destra. Medicazione della ferita chirurgica"*. Per il persistere della sintomatologia disfagica e disfonica, la paziente si sottopose in data 29.08.97 a visita ORL, con il riscontro di: *"La paziente afferma che la ipofonia è insorta subito dopo l'intervento chirurgico del 07.08.97 di neurodiscectomia destra C6-C7. E' presente una paralisi cordale destra. Assenza di lesioni meccaniche del cavo orofaringeo"*; in pari data, visita neurochirurgia di controllo, da cui risulta: *"Disfonia e disfagia in operata di discectomia C6-C7 destra da paralisi della corda vocale. Continua a lamentare rachialgia destra"*. Dal 10.11.97 al 15.12.97, la paziente venne seguita in regime di day hospital, presso la clinica otorinolaringoiatria di azienda ospedaliera pubblica; all'ingresso la paziente presentava: *"una fissità della corda vocale destra con insufficiente iperadduzione compensatoria della corda vocale controlaterale ed una asimmetria del velo palatino; concomitava un nistagmo posizionale"*. Durante questa degenza

l'esame cocleare ed A.B.R. risultarono nella norma, deponendo per una genesi cervicale del ni-stagmo posizionale; furono escluse possibili lesioni dei vasi epiaortici, mentre all'elettromiografia dei quattro arti si evidenziarono discreti segni di sofferenza muscolare neurogena non stabilizzati a livello dei territori riferibili ad innervazione da parte delle radici superiori del plesso brachiale di destra con modesti segni di sofferenza muscolare neurogena cronica nei territori riferibili ad innervazione delle radici inferiori del plesso lombosacrale prevalentemente a destra; la conclusione diagnostica fu per una *"paralisi periferica della corda vocale di destra"*; per tale motivo, fu eseguito un ciclo di terapia logopedia, senza però significativo miglioramento. In data 09.04.98, la paziente si sottopose a visita foniatrica presso struttura sanitaria pubblica: *"Fissità dell'emilaringe di destra con mobilità normale della corda vocale sinistra con compenso fonatorio parziale"*. In data 22.02.2000, una fibrolaringoscopia dimostrò: *"Grave ipomobilità della corda vocale di destra in posizione paramediana (esito di chirurgia per ernia cervicale). Buona mobilità controlaterale"*.

In data 30.11.2000, la paziente presentò, alla sede INPS competente, domanda rivolta al riconoscimento del diritto alla Pensione di Inabilità o, in subordine, all'Assegno Ordinario di Invalidità, allegando il modello SS3 redatto dal medico curante con la seguen-

te diagnosi: *"Disfonia e disfagia che la mia assistita riferisce insorta subito dopo l'intervento chirurgico dell'agosto 1997 (microdiscectomia C6-C7). Cervicobrachialgia ed ipostenia all'arto superiore di destra. Sindrome ansioso depressiva reattiva"*.

All'atto della visita effettuata dai sanitari INPS, la paziente in esame era disoccupata in quanto, risoltosi il precedente contratto di lavoro come assistente ausiliaria agli anziani per superamento del periodo di malattia relativo a tale contratto, non era più riuscita, a suo dire, in ragione del proprio stato di salute, ad intraprendere costruttivamente una nuova occupazione lavorativa.

La sintomatologia soggettiva era costituita da disfonia con frequenti episodi di afonia, episodi dispnoici con senso di soffocamento ed episodi di disfagia, cervicoalgia subcontinua con rachialgia destra, depressione del tono dell'umore con sindrome vertiginosa soggettiva.

All'esame obiettivo si riscontravano i seguenti dati: discrete condizioni generali; corporatura media; altezza: 160 centimetri; peso: 51 kg. Presenza di una cicatrice chirurgica ben consolidata in regione sopra clavare destra, sede della via di accesso per la progressa discectomia cervicale. Al colloquio si evidenziava una marcata disfonia che dopo 4-5 minuti di conversazione si trasformava in afonia, mentre la restante obiettività dell'apparato respiratorio e toracico era nella norma. Apparato osteo-mio-articolare: rachide in

asse con parziale rettilineizzazione del tratto cervicale; discreta rigidità di questo tratto con mobilità attiva ridotta di circa 1/2 e mobilità passiva ridotta di circa 1/3 del normale; modesta spinalgia pressoria a carico del rachide dorso lombare con antiflessione del busto ridotta di 1/3 in via antalgica. Sistema nervoso: ipoestesia tattile e dolorifica del I, II e III dito della mano destra con modico deficit di forza prensile; riflessi ostotendinei dell'arto superiore destro ipoevocabili, in particolare il bicipitale. Psiche: discreta depressione del tono dell'umore con idee di autosvalutazione, demotivazione, insonnia, lieve rallentamento psicomotorio. Negativa l'obiettività di altri organi ed apparati.

Al colloquio con i sanitari veniva riferito che era in corso un contenzioso giudiziario per responsabilità civile professionale medica per l'intervento chirurgico di discectomia cervicale praticato nell'agosto 1997; in tal senso, la assicurata produsse anche copia della relazione redatta dal suo consulente medico legale di parte, nella quale si concludeva riconoscendo pienamente attendibile il nesso di causalità tra intervento chirurgico e lesione riportata, con valutazione della invalidità permanente (quale danno biologico in responsabilità civile) pari al 30% della totale e rilevando come la menomazione subita ponesse la paziente *"in una posizione di minore capacità concorrenziale in riferimento al mercato del lavoro; non a caso infatti tutti i tentativi*

di essere assunta in attività lavorativa a lei confacenti sono andati falliti; tale condizione realizza un danno lavorativo specifico di indubbia importanza".

Fu riconosciuta invalida ai sensi della Legge 222/84 con la seguente diagnosi: "Esiti di intervento chirurgico di microdiscectomia C6-C7 con asportazione di barra discoosteofitaria, in attuale grave disfonia da paralisi iatrogena del nervo ricorrente di destra e deficit funzionale a carico dell'arto superiore destro di tipo sensitivo motorio. Sindrome ansioso depressiva reattiva di discreta entità in donna di 48 anni, ex operaia sanitaria ausiliaria".

Fu segnalata altresì la possibile azione di Surroga ai sensi dell'articolo 14 della Legge 222/84.

ASPETTI MEDICO-LEGALI

E' nota la possibilità di lesione del nervo ricorrente, o nervo laringeo inferiore, in corso di interventi chirurgici con accesso dalla faccia anteriore del collo, in particolare quelli riguardanti la tiroide e le ernie cervicali trattate con discectomia per via anteriore. Frequentemente si è posta l'ipotesi di responsabilità professionale per questo tipo di lesione, con notevole ricaduta in ambito medico legale, sia per i risvolti in campo civile e penale sia per la valutazione quantitativa percentuale dei danni residuati (1), (3).

Nel caso esaminato dagli scritti esiste un aspetto aggiuntivo medico legale che è quello della

azione di surroga che, nell'eventualità del riconoscimento di responsabilità civile professionale medica, potrebbe essere messa in atto dall'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale come previsto dall'articolo 14 della Legge 222/84.

Per comprendere i problemi chirurgici di tale ambito e le conseguenti possibilità di responsabilità professionale occorre richiamare brevemente alcuni aspetti di anatomia e fisiologia (5).

I nervi ricorrenti, destro e sinistro, macroscopicamente apprezzabili come cordoncini di forma cilindrica con colore madreperlaceo e diametro di circa 1,33 mm, hanno diversa lunghezza (più lungo di cm 10 quello di sinistra) in quanto originano dal nervo vago a diversi livelli anatomici: il destro all'altezza della base del collo, il sinistro nel torace (ciò è dovuto alla differente evoluzione embriologica degli archi arteriosi branchiali primitivi destro e sinistro).

Il nervo ricorrente destro, nato dal vago nel punto in cui quest'ultimo incrocia la faccia anteriore dell'arteria succlavia, contorna tale arteria e passandole successivamente al di sotto e posteriormente forma un'ansa dalla quale prende origine il suo tratto ascendente; questo, nella sua prima parte, è coperto dall'arteria carotide comune, ha medialmente la trachea (alla quale gradatamente si avvicina) e lateralmente il tratto verticale dell'arteria tiroidea inferiore; nella seconda parte del tratto ascendente, esso è situato dietro al lobo laterale della tiroide, media-

mente alla parte posteriore della faccia laterale della trachea e incrociato da dietro dall'arteria tiroidea. Superato il lobo laterale della tiroide, il nervo si insinua sotto al margine inferiore del m. costrittore inferiore ed appare nella doccia crico-tiroidea dove espande i suoi rami terminali.

Il nervo ricorrente sinistro, nato dal vago a livello della faccia anteriore dell'arco aortico, circonda quest'ultimo dall'avanti all'indietro e dal basso in alto così formando una ansa a concavità superiore; da questa inizia il suo tratto ascendente, che decorre nel solco tra esofago e trachea, coperto all'interno del mediastino dalla arteria carotide comune, situandosi poi a livello della regione inferiore del collo in uno spazio triangolare limitato dalla trachea, dalla carotide comune e dal margine inferiore della tiroide, più in alto posto dietro il lobo laterale della tiroide ed incrociato dall'arteria tiroidea inferiore. Infine il nervo raggiunge il m. costrittore inferiore della faringe, vi penetra e si colloca nella doccia crico-tiroidea per distribuire i suoi rami terminali.

Entrambi i nervi ricorrenti forniscono uguali rami collaterali ed uguali rami terminali. I rami collaterali sono: i cardiaci (variabili per numero ed originantisi dalla ansa), gli esofagei, i tracheali (per le tuniche muscolare e mucosa), i faringei (per il muscolo costrittore inferiore). I rami terminali sono cinque: uno cosiddetto anastomotico (per il nervo laringeo superiore, unendosi al quale forma l'ansa

di Galeno) e quattro muscolari (per il m. crico-aritenoideo posteriore, per il m. interaritenoideo, per il cricoaritenoideo laterale, per il muscolo tiro-aritenoideo).

I nervi ricorrenti assumono notevole importanza nella funzionalità laringea: nella fonazione, grazie al coordinamento motorio delle corde vocali per l'emissione dei suoni; nella protezione delle vie aeree, per la capacità di azionare meccanismi sfinterici atti ad impedire la penetrazione di corpi estranei; nella respirazione, in quanto favoriscono l'ampliamento della rima glottidea durante la fase inspiratoria.

Da quanto detto si comprende che i problemi di tecnica chirurgica relativi al nervo ricorrente sono legati soprattutto al tempo operatorio in cui si effettua l'identificazione e l'isolamento del nervo stesso (2).

Ciò andrebbe fatto quando si procede alla dissociazione del tessuto connettivo lasso in cui sono immersi i grossi vasi del collo e la regione tiro-tracheale; dopo avere ottenuto una buona esposizione della carotide comune essa può essere dislocata lateralmente consentendo così la visualizzazione del tronco e dei rami dell'arteria tiroidea inferiore. Il nervo ricorrente viene a questo punto ricercato per mezzo di una cauta dissezione per via smussa all'interno di una area triangolare delimitata dall'arteria tiroidea inferiore, dalla carotide comune lateralmente, e dal nervo medesimo rinvenibile medialmente (a tale proposito va segnalato che, mentre a sinistra il

nervo passa sempre dietro l'arteria, a destra esso può passare al davanti di tutti i rami dell'arteria oppure nella biforcazione dell'arteria).

Le lesioni a carico del nervo ricorrente possono dare luogo innanzi tutto a gravi danni a carico della fonazione: neuroaprassia (regredibile e temporanea), assonotmesi (parziale e permanente), neurotmesi (perdita totale permanente della funzione). Coesiste anche la possibilità di danni a carico della funzione respiratoria, in caso di lesioni ricorrenti bilaterali; in tali evenienze, se la paralisi delle corde vocali avviene in adduzione (cioè in posizione mediana o paramediana), il deficit respiratorio sarà grave o gravissimo e talora occorrerà intervenire chirurgicamente (anche con tracheotomia d'urgenza); se invece la paralisi delle corde vocali avviene in posizione intermedia, prevarranno i disturbi dalla disfonia fino alla afonia completa.

Le lesioni insorte precocemente rispetto all'atto chirurgico sono in genere quelle per le quali risulta più verosimile la dipendenza causale da una lesione meccanica diretta del nervo; disfunzioni tardive, invece, sono per lo più conseguenza di alterati processi di cicatrizzazione o di riorganizzazione anomala di edemi postoperatori, i quali evidentemente possono insorgere per motivi diversi, non necessariamente legati a carenze di condotta intra o post operatoria, e comunque nonostante tutte le attenzioni poste dal chirurgo.

Le lesioni ricorrenti a segui-

to di interventi chirurgici per ernia cervicale sono per forza di cose solo monolaterali, determinando di norma soltanto turbe fonatorie, mentre quelle respiratorie risultano di entità modesta; le lesioni, precoci o tardive, danno luogo a disturbi della fonazione che vanno dalla semplice disfonia fino alla completa afonia (per esaurimento della corda vocale residua).

Nel caso oggetto del presente studio le complicanze erano insorte subito dopo l'intervento chirurgico, praticamente al risveglio della paziente dall'anestesia. Nonostante ciò, il disturbo fonatorio non era stato segnalato in cartella clinica, in quanto non aveva ottenuto una sufficiente attenzione da parte del personale sanitario medico; i sintomi riferibili alla paralisi ricorrente accusati dalla paziente non erano stati segnalati neppure nella lettera di dimissione ospedaliera; la prima segnalazione, infatti, avvenne in occasione del primo controllo ambulatoriale eseguito a distanza di venti giorni dalla dimissione. Peraltro, una paralisi completa in adduzione delle corde vocali con disturbi sia fonatori che respiratori deriva sicuramente da una sezione completa del nervo ricorrente e non poteva che essere presente fin dalle prime ore del post operatorio. In cartella clinica, inoltre, era riportata una descrizione molto sommaria dell'intervento praticato, senza accenno alcuno alla visualizzazione ed all'isolamento del nervo ricorrente di destra, elemento questo che la totalità degli autori scientifici considera come

fondamentale nella prevenzione delle lesioni del nervo stesso.

L'esperienza del contenzioso giudiziario per casi simili a quello in esame, riesaminata attraverso la letteratura scientifica, vede prevalere nettamente la tesi dell'errore colposo, circoscrivendo a casi eccezionali la qualificazione della paralisi ricorrente in termini di complicità non colpevolizzante (3).

Per tutti questi motivi, si è ritenuto opportuno avviare l'azione di surroga, ricorrendo alla possibilità offerta dall'articolo 14 della Legge 222/84.

Tale norma, frequentemente e sempre più spesso utilizzata da parte dell'INPS nei casi di malattia (cioè di inabilità temporanea assoluta) dipendente causalmente da responsabilità di terzi (come nel caso dell'infortunistica stradale, ove è prevista l'assicurazione obbligatoria per legge) (6), risulta invece scarsamente applicata nell'ambito dell'invalidità pensionabile e, per quanto a noi consta, mai con riferimento ad evenienze patologiche scaturite da responsabilità professionale medica.

Ovviamente, qualora si ritenga proponibile l'attivazione della surroga per invalidità o inabilità esitate a comportamenti medici erronei colposi, l'indagine medico legale deve necessariamente improntarsi a criteri di assoluto rigorismo obiettivo, suffragando sempre la diagnosi attraverso l'acquisizione di solidi dati scientifici e bibliografici. Inoltre, nella eventuale proposizione dell'azione di surroga, va anche pienamente valutato il peso relativo che la pato-

logia iatrogena assume rispetto al complesso delle infermità invalidanti nello specifico caso in esame. Ciò non di meno, anche allorché giunga da parte dello stesso assicurato la segnalazione di una sua richiesta di risarcimento civile per il danno patito, resta sempre imprescindibile il ruolo centrale del convincimento nella valutazione medico legale raggiunto dal sanitario dell'INPS.

Il caso da noi segnalato, nel mentre presenta caratteri tali da ritenere giustificato il nesso di causalità tra l'atto chirurgico eseguito e la permanente e grave difficoltà della favella (situazione, tra l'altro, penalmente prevista come lesione personale gravissima), si mostra anche sufficientemente paradigmatico in quanto l'infermità residua era quella sicuramente preminente e tale, comunque, da assumere, nell'ambito delle altre patologie già presenti (la cervicobrachialgia con impotenza funzionale da ernia del disco C6-C7), il valore di vera e propria condizione determinante ai fini della concessione dell'assegno ordinario di invalidità. In tal senso, va detto che nella valutazione medico legale eseguita si è tenuto conto dei seguenti elementi di giudizio: 1) la notevole gravità del danno foniatrico, anche alla luce della sua certa permanenza (a distanza di circa tre anni e mezzo e nonostante ripetuti tentativi logopedici) e non migliorabilità (anzi, risulta osservazione clinica pressoché costante quella di un graduale ulteriore peggioramento,

causato dal progressivo instaurarsi di fenomeni di sfiancamento della corda vocale vicaria); 2) l'aver sviluppato una sindrome depressiva di discreta entità, quale reazione psichica alla importante difficoltà relazionale, appariva certamente elemento di ulteriore sensibile riduzione della capacità a lavorare in un ambiente nel quale è richiesta una piena e costante disponibilità psichica ad affrontare quotidianamente le necessità di pazienti anziani con malattie croniche assai spesso connotate da gravi disautonomie; 3) il parziale deficit sensitivo-motorio a carico dell'arto superiore destro (dominante nel soggetto in questione), residuo nonostante l'intervento chirurgico per ernia cervicale e discretamente limitante nei confronti di taluni compiti di tipo medio-pesante propria dell'attività lavorativa svolta; 4) la confacenza lavorativa dell'assicurata, che svolgeva l'attività di operatrice sanitaria ausiliaria per anziani, notoriamente caratterizzata dalla necessità costante di una elevata componente di interfaccia relazionale di tipo verbale, nei confronti soprattutto della particolare tipologia dei pazienti accuditi, ma anche del restante personale sanitario.

In definitiva, il giudizio medico legale favorevole alla concessione dell'assegno ordinario di invalidità è derivato dall'accertamento di una notevole riduzione permanente della validità psicofisica del soggetto riguardo alla sua particolare ed unica confa-

cenza lavorativa, mentre la segnalazione della possibile azione di surroga è scaturita dalla attenta analisi del nesso di causalità tra l'atto operatorio chirurgico e la lesione ricorrentiale, che rappresentava il preminente requisito biologico invalidante.

In conclusione, per tutto quanto sopra esposto, va ribadita l'importanza che, anche nell'ambito delle assicurazioni sociali, assume una buona formazione medico legale in rapporto alla necessità di dominare questioni di tipo squisitamente giuridico-amministrativo (come per l'apunto l'eventualità dell'esercizio dell'azione di surroga) che difficilmente sarebbero alla portata di sanitari non dotati di un bagaglio culturale specialistico.

RIASSUNTO

Gli Autori riferiscono di un caso giunto alla loro osservazione, per il quale è stato concesso l'assegno ordinario di invalidità ex articolo 1 della Legge 222/84, in conseguenza di una alterazione grave della favella insorta a seguito di lesione iatrogena del nervo ricorrente in corso di intervento chirurgico di microssectomia cervicale. Essi sottolineano l'importanza di attivare l'azione di surroga da parte dell'Istituto Assicuratore anche nei casi di invalidità determinati da responsabilità professionale medica, al fine di minimizzare i possibili oneri socio-economici che altrimenti ricadrebbero impropriamente sulla collettività.

BIBLIOGRAFIA

- 1) CRINÒ C., GUALNIERA P.: «Il danno ricorrentiale nella chirurgia tiroidea. Aspetti medico legali». Riv. It. Med. Leg. 1994; 16:73-85.
- 2) JOONSTER U., BRUNE E.: «Risikofaktoren und Verlauf von Recurrens Paresen nach Erstopoperationen Benigne Schilddrüsenkrankungen». Zent. Chir. 1997; 122:236-243.
- 3) MARINELLI E., ZAAMI S., ZANARDI L., MARGIOTTA G.: «Lesioni iatrogene del nervo ricorrente. Contributo casistico in tema di responsabilità professionale dell'operatore». Zacchia 2000; 4:455-476.
- 4) MOREAU S., DE RUGY M.G., BABIN E.: «The recurrent laryngeal nerve: related vascular anatomy». Laryngoscope 1998; 108: 1351-1358.
- 5) TESTUT L., LATARJET A.: «Anatomia Umana». U.T.E.T. 1975; vol. IV: 287-292.
- 6) ZANARDI L., MARGIOTTA G.: «La surroga per responsabilità di terzi nella indennità di malattia erogata dall'INPS. Aspetti medico legali». Rass. Med. Leg. Prev. 2000; 3: 1-4.

La tutela dell'handicap ed i suoi presupposti tecnici

Paola TARANTINI
Specialista in Medicina Legale e
delle Assicurazioni-Università di
Bologna

È con la legge 104/92 che si avvia nel nostro Paese una tutela organica delle persone portatrici di handicap¹, una tutela che si articola sulla garanzia del pieno rispetto della dignità e libertà della persona, sulla prevenzione della condizione invalidante, sul recupero funzionale e sociale dei disabili e sulla predisposizione di interventi per il superamento degli stati di emarginazione ed esclusione sociale².

L'attuazione della disposizione della legge 104 ha visto realizzarsi, non senza problemi, la tutela di chi versava in situazioni di disabilità, la prevenzione delle condizioni invalidanti, dell'emarginazione ed esclusione sociale risultando di ben più complessa realizzazione.

La necessità di un coordinamento di questa tutela con i servizi sociali³ si è proposta all'attenzione come strumento atto a far superare le difficoltà emerse ed a

creare un sistema integrato capace di dare attuazione ad una tutela globale.

Con la legge 8 novembre 2000, n. 328⁴ è diventata effettiva la possibilità di realizzare un sistema integrato capace di assolvere i compiti propri della tutela dei disabili, stabilendo la struttura di tale sistema attraverso l'indicazione dei principi generali e delle finalità, dando al complesso normativo il carattere di una vera e propria riforma sociale.

Non è senza significato che la L. n. 328 sia stata seguita dalla elaborazione di un Programma di azione del Governo per le politiche dell'handicap (2000-2003)⁵ (PAH) ed è a questo programma che sembra opportuno fare riferimento, non solo e non tanto per l'attenta rassegna delle esigenze che il problema Handicap pone, quanto per la concezione unitaria della condizione di handicap e per l'obiettivo di addivenire a soluzio-

¹ "E' persona handicappata colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione", L.104/92 art. 3.

² "La Repubblica a) garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società; b) previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali; c) persegue il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e assicura i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona handicappata; d) predispone interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata.", L. 104/92 art.1.

³ "Per servizi sociali si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel cor-

so della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia", D.lgs 31 marzo 1998 n. 112 art. 128.

⁴ "La Repubblica assicura alle persone e alle famiglie un sistema integrato di interventi e di servizi sociali, promuove interventi per garantire le qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, previene, elimina o riduce le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito", L. 8 novembre 2000 n. 328 art.1"; "Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale... il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico dello Stato sanitario nazionale, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà, emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare." Capo III L. 8 novembre 2000 n. 328 art. 14.

⁵ In ambito medico-legale per malattia s'intende "una modificazione peggiorativa dello stato anteriore, avente carattere dinamico, estrinsecantesi in un disordine funzionale apprezzabile di una parte o di tutto l'organismo, che si ripercuote sulla vita organica e soprattutto di relazione e che necessita di un intervento terapeutico, per quanto modesto" (Gerin)

ni unitarie e globali dei problemi individuali e sociali delle persone portatrici di handicap.

L'handicap è *la condizione di svantaggio conseguente ad una menomazione o ad una disabilità che limita o impedisce l'adempimento del ruolo individuale normale per l'età, sesso e fattori socio-culturali*, il rilievo della frequenza con la quale la circostanza che la condizione di handicap si lega ad evenienze concernenti lo stato di salute spiega perché si sia stati indotti ad enfatizzare questo dato con la conseguenza di far porre in primo piano l'aspetto sanitario come causa dello svantaggio, a detrimento della componente sociale dello svantaggio stesso.

L'handicap non è sempre una malattia⁵ e le sue conseguenze non sono necessariamente legate ad una condizione di menomazione non stabilizzata, per la quale l'intervento assistenziale di tipo sanitario può essere essenziale. L'obiettivo primario della tutela sociale resta, pertanto, il benessere personale, cioè la *salute*.

In questa concezione si rispecchia pienamente l'articolo 1 della legge quadro, nel quale sono indicati i principi generali e le finalità del sistema integrato e che prevede la garanzia della Repubblica sulla qualità della vita, sulle pari opportunità, sulla non discriminazione e diritti dei cittadini, sulla prevenzione, riduzione ed eliminazione delle condizioni di disabilità, di bisogno e disagio individuale e familiare da inadeguatezza del reddito, da difficoltà sociali e perdita di autonomia.

Significativa appare, sotto que-

sto profilo, la formulazione dell'articolo in termini diversi da quelli dell'articolo 38 della Costituzione – pur richiamata – e di cui rappresenta una revisione concettuale di grandissimo interesse, per l'omissione della individuazione delle categorie sociali oggetto della garanzia. Si tratta di una omissione da cui deriva il superamento della diversificazione della tutela sia sul piano della condizione sociale che su quello della eziologia e patogenesi delle cause di disabilità. Un processo di unificazione del regime di tutela di cui da tempo si auspicava la realizzazione.

Visto nell'ottica della legge quadro, il PAH per le politiche dell'handicap esprime un particolare interesse per una categoria di cittadini per i quali gli obiettivi della legge quadro costituiscono traguardi irraggiungibili con le risorse personali e per i quali il Governo predispone, indipendentemente da ogni altra condizione personale, strumenti e trattamenti adeguati al raggiungimento della migliore tutela consentita dal caso.

Per una non velleitaria azione di tutela appare evidente la necessità di prendere in considerazione, oltre agli interventi di carattere squisitamente sanitario, gli interventi volti a rimuovere gli stati di malessere ed a soddisfare i bisogni personali e familiari che la condizione di portatore di handicap comporta (Scorretti, Fratello). Premessa necessaria per una tale operazione è l'estensione della ricerca all'analisi dei nuovi bisogni individuali offerta dall'adozione del sistema integrato degli interventi del servizio sociale, adozione che ri-

chiederà lo spostarsi dell'interesse dal quotidiano individuale al quotidiano sociale, a quel settore, cioè, del vivere quotidiano in cui interessi personali ed interessi della collettività si compenetrano in maniera che il soddisfacimento dei bisogni individuali soddisfi anche le esigenze della comunità; in altri termini, che la soluzione dei bisogni individuali soddisfi anche le esigenze della collettività che si fa carico dei bisogni dei singoli.

Sotto questo profilo il PAH offre non pochi spunti di riflessione.

Se la prevenzione della disabilità costituisce un indubbio obiettivo di grande rilevanza sociale, sembra di dover sottolineare che la riabilitazione costituisce il momento centrale dell'interesse sociale per coloro per i quali il momento preventivo si trova già alle spalle.

La riabilitazione, come vista nel PAH, appare, tuttavia, intesa in termini strettamente sanitari e se è – da un lato – innegabile il contributo sanitario alla riabilitazione, non sembra opportuno tenere nettamente separati la riabilitazione sanitaria dalla attività di rieducazione sanitaria, come sembra emergere dalla netta separazione, nel PAH, tra riabilitazione e scuola. E' utile ribadire che l'interesse sociale non si esaurisce con le prestazioni per il recupero funzionale ma si estende all'addestramento della persona handicappata per ottenerne il recupero sociale, in quanto l'obiettivo primario è quello di mantenere o recuperare la capacità della persona nella partecipazione alla vita sociale, vale a dire a qualsiasi attività sia considerata –nel ri-

spetto della personalità– utile per la collettività.

In questa prospettiva la funzione della scuola appare irrinunciabile, non solo come strumento per fornire orientamento e conoscenze per lo sviluppo della capacità di mantenere un proprio ruolo sociale in persone portatrici, sin dalla giovane età, di condizioni di handicap, ma anche per favorire i processi di riadattamento e di rieducazione in soggetti divenuti disabili in età adulta. La funzione della scuola non può e non deve esaurirsi con il cessare dell'età giovanile, è una funzione che continua a dare frutti anche nelle età avanzate, non solo nei settori della vita sociale legati alla produttività, ma anche in quelli che ruotano intorno alle attività proprie del sociale, non escluso quello delle attività culturali, delle attività assistenziali di supporto, delle attività ludiche, etc... La possibilità che la scuola, senza limitazione di età, possa divenire strumento di recupero delle persone disabili e di incentivazione alla attività di partecipazione alla vita sociale non può e non deve essere trascurata e, soprattutto, deve essere resa disponibile per tutte le persone che ne possano trovare beneficio.

Che la funzione della scuola possa essere estesa anche a persone adulte risulta coerente con la disponibilità dei nuovi strumenti informatici, disponibilità che presuppone, comunque, la formazione specifica del personale docente a qualsiasi livello, in modo da garantire comunque l'utilità della fruizione di questo servizio.

L'integrazione lavorativa mantiene nel PAH una posizione di primo piano in relazione al significato sociale che da sempre viene attribuito al "lavoro". Il valore sociale conferito alle attività produttive è comprensibile, ma sembra necessario sottolineare che l'enfaticizzazione di questo valore non raramente è causa di situazioni che non attenuano i bisogni, non solo di quelli economici, ma possono crearne di nuovi, nei casi in cui l'attività del disabile non sia in sintonia con le sue capacità o quando la ricerca della autonomia economica induca a scelte professionali dequalificanti sotto il profilo professionale o sociale (Scorretti).

Le indicazioni sulla mobilità sono del tutto condivisibili, ma si debbono rilevare in questo settore ingiustificati ritardi nella attuazione delle disposizioni già vigenti ed un atteggiamento di sostanziale indifferenza di una parte dei cittadini nel riguardo del rispetto di norme disciplinari ed anche di educazione civica.

La promozione di iniziative che favoriscono la libertà del vivere non può che ricevere un incondizionato consenso, altro non fosse perché questo diritto, il cui godimento è espressione del rispetto della libertà individuale in una società ad elevato livello culturale e sociale, acquista per le persone disabili un significato del tutto speciale, rappresentando la garanzia che la condizione di disabilità non sarà causa della violazione dei principi che sono alla base del PAH.

E su questi principi occorre fer-

mare l'attenzione, dato che essi sono i fondamenti per individuare i ruoli ed i bisogni dei portatori di handicap in una prospettiva di effettiva integrazione sociale.

Il principio della non discriminazione esige una politica di accrescimento culturale da svolgere su due piani. Un piano per sviluppare nei portatori di handicap la piena consapevolezza delle possibilità di contribuire alla vita sociale, oltre che a quella personale, in ragione delle proprie risorse, che dovranno essere coltivate, potenziate e valorizzate. Di maggiore portata il piano di sviluppo culturale della cittadinanza in generale, che deve superare pregiudizi, incomprensioni e persino residui di ideologie anacronisticamente ancora presenti in parte del consorzio umano. Dedicare a queste iniziative culturali una parte delle risorse e dei programmi destinati alla educazione in generale ed a quella scolastica in particolare sembra un impegno da non eludere, ricordando il ruolo che ha la "socializzazione delle disabilità" nello svilupparsi di situazioni di svantaggio e nel favorire i processi di discriminazione.

La connessione tra superamento del fenomeno di discriminazione ed il soddisfacimento del principio della pari opportunità è di tutta evidenza. La promozione della "partecipazione" alla vita sociale, alle attività che caratterizzano la collettività in cui la "solidarietà" è una costante del vivere, non può che avvenire attraverso una ininterrotta maturazione della coscienza civile, una acquisizione non epidermica della consapevolezza che tut-

ti, indipendentemente dalle caratteristiche psico-fisiche, possono contribuire allo sviluppo sociale, ciascuno in relazione e in proporzione alle proprie doti e che anche un inabile totale può essere strumento di avanzamento culturale se diviene espressione della capacità della società di mantenerlo nel proprio contesto garantendogli i diritti di tutti i consociati.

Il principio della maggiore gravità risponde ad una esigenza indiscutibile e propone la soluzione del problema della stima oggettiva dell'esistenza di tale situazione, stima che non può basarsi solo su oggettivi riscontri, perché è la *soggettiva* valutazione che non di rado determina il livello di gravità, sicché una tale valutazione postula la capacità di analizzare la situazione di disagio o di bisogno calandosi all'interno della condizione del disabile.

Il rispetto complessivo dei principi elencati è il solo modo per realizzare la possibilità di una concreta integrazione, per realizzare la quale occorre disporre di strutture con una specifica preparazione, strutture nelle quali le competenze sanitarie non possono e non debbono essere preponderanti, in considerazione della molteplicità causale delle condizioni di handicap e della relativa indipendenza

dei disagi e dei bisogni dalla tipologia sanitaria delle cause di handicap.

RIASSUNTO

Vengono considerati gli effetti della promulgazione della L. 328/2000 e del programma d'azione del Governo nel settore della tutela delle persone disabili.

Ricordato che l'handicap non è sempre una malattia, si sottolinea che l'obiettivo della tutela sociale resta la garanzia del benessere personale, vale a dire della salute.

Viene sottolineato che con la nuova normativa si superano le discriminazioni tra categorie sociali di cittadini per l'eliminazione dei disagi personali e familiari, in altri termini, si pongono le basi per l'unificazione del regime di tutela.

Particolare interesse assumono, nel Programma, la prevenzione della disabilità, la partecipazione alla vita sociale e l'integrazione lavorativa, punti essenziali della realizzazione del Programma, realizzazione che richiede un accrescimento culturale al quale non possono sottrarsi i cultori della medicina sociale.

BIBLIOGRAFIA

- | | | |
|--|--|--|
| 1) FRATELLO F.: «Atti del Seminario Nazionale ANMIC». Roma, 25 gennaio 2001, pag. 93-99. | 3) SCORRETTI C.: «Handicap ed Invalidità civile». Edizione Liviana Medicina, Padova, 1993. | zo 1999, n. 68, sul diritto al lavoro dei disabili. Aspetti sociali e medico-legali.». Riv. It. Med. Leg. 1999; 21: 437. |
| 2) MACCHIARELLI L-FEOLA T.: «Medicina Legale». Edizioni Minerva | 4) SCORRETTI C.: «La legge 12 mar- | |

CONSULENZA TECNICA

a cura di Cristina Catalano*

Il caso presentato assume particolare rilievo per la correttezza procedurale che ha contraddistinto lo svolgimento della causa, nel corso della quale un ruolo di primo piano è stato svolto dalle note controdeduttive alla consulenza tecnica d'ufficio redatte dal consulente dell'I.N.P.S., nonché dalla partecipazione del medesimo al contraddittorio svoltosi dinanzi al Giudice del Lavoro.

Nella specie, era stato impugnato giudizialmente il provvedimento di revoca (15.5.1996) di un assegno ordinario di invalidità concesso a decorrere dal febbraio del 1995.

Sotto il profilo clinico la vicenda si sostanzia nell'amputazione traumatica della gamba di sinistra avvenuta nel 1982, in un soggetto allora 17enne, per il «maciullamento» della medesima riportato in un incidente stradale. La successiva insorgenza di fenomeni di intolleranza alla protesi, non risolti anche a seguito di ripetuti interventi chirurgici, aveva peraltro reso necessaria, nel 1994, la

«regolarizzazione del moncone con amputazione al terzo inferiore della coscia».

Dal punto di vista, medico-legale occorre segnalare che al ricorrente era stata revocata la prestazione in godimento sulla base di modificazioni migliorative del quadro invalidante sopravvenute alla prima visita. Segnatamente, era stata applicato un manufatto protesico ben tollerato ed era stato constatato un buon rendimento lavorativo dell'assicurato, dal 1988 dipendente di un cementificio con qualifica di "operaio addetto al laboratorio prove fisico-meccaniche".

Il Consulente Tecnico d'Ufficio, al termine degli accertamenti medico-legali, redigeva una relazione della quale si trascrivono i seguenti passi di rilievo.

ANAMNESI LAVORATIVA

Diploma di III media. Ha svolto attività di apprendista meccanico dai 15 ai 18 anni circa. Dal 1988 svolge attività di

* Coordinatore Centrale Area Contenzioso.

operaio presso un cementificio; attività che svolge anche attualmente all'interno di un laboratorio fisico-meccanico.

ANAMNESI PATOLOGICA

Nel 1982, in seguito ad un sinistro stradale, riportava frattura del femore sinistro e maciullamento della gamba omolaterale per cui veniva sottoposto ad intervento di amputazione della gamba e inchiodamento del femore. Ha eseguito successivi ricoveri per interventi al ginocchio. Nel 1994 a causa della persistenza di ulcere da decubito del moncone ed intolleranza alla protesi veniva sottoposto a regolarizzazione del moncone con amputazione al terzo inferiore della coscia. Nel 1995 presentò domanda di assegno di invalidità che fu accolta dall'INPS con decorrenza dal febbraio '95. Con provvedimento del 15-5-96 l'INPS revocò l'assegno d'invalidità dal mese di giugno '96.

ESAME OBIETTIVO

Trattasi di soggetto dall'età biologica compatibile a quella anagrafica, di costituzione normotipica, in buone condizioni di sanguificazione. Cm. 172, 65 Kg. Esame Locoregionale - Arto inferiore sinistro: amputazione al terzo inferiore della coscia ove sono presenti varie cicatrici post-chirurgiche interessanti un'area di circa cm. 22. Coxofemorale: flessione sul bacino possibile fino a circa 90°, altri movimenti limitati di circa 1/4 rispetto all'articolazione controlaterale. Il moncone è in buone condizioni. Il paziente mediante l'ausilio della protesi mantiene la stazione eretta e deambula con qualche difficoltà.

CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI

L'indagine affidatami verte in tema di invalidità pensionabile e si riferisce al Sig. V.R. nato nel 1965, al quale nel giugno '96 fu negata la conferma dell'assegno d'invalidità riconosciuto nel 1995.

Come consolidata consuetudine medico-legale, in tema di ipotizzata invalidità pensionabile, si tratta di accertare la sfera delle occupazioni confacenti le attitudini dell'assicurato, le infermità dalle quali lo stesso è affetto e l'entità della riduzione provocata da tali infermità sulla capacità lavorativa (in relazione alle occupazioni confacenti le sue attitudini) con particolare riferimento ai requisiti previsti dalla legge vigente.

Per quanto concerne, in primo luogo, le occupazioni confacenti le attitudini dell'assicurato, si rileva dall'anamnesi lavorativa che il sig. V.R. ha conseguito il diploma di III media e ha svolto attività di operaio metalmeccanico dai 15 ai 18 anni e dal 1988 svolge attività di operaio in un cementificio.

Per quanto riguarda l'inquadramento della sfera delle occupazioni confacenti dell'assicurato, risulta in primo luogo che il V.R. possiede un basso grado di istruzione e che le esperienze lavorative del soggetto sono sostanzialmente riconducibili a un solo tipo di occupazione, cioè a quella di operaio.

Riteniamo perciò ragionevole, considerare particolarmente preponderante, sulle attività confacenti, questa mansione, dato che dalla anamnesi lavorativa emerge che tale attività è quella sostanzialmente sempre svolta dall'assicurato.

Va inoltre sottolineato, tenuto conto dell'età del soggetto (35 anni), che non sono concretamente ipotizzabili attività lavorative svolte al di fuori delle mansioni svolte fino ad adesso. La sfera delle

occupazioni confacenti le attitudini del V.R. sono quindi quelle di attività che richiedono buona validità psicofisica.

Le infermità da cui è affetto l'assicurato sono costituite dall'amputazione al III° medio inferiore della coscia sinistra.

Vanno ora forniti gli elementi di ordine quantitativo che consentano di apprezzare la reale entità delle infermità accertate.

I primi dati clinico-documentali a nostra disposizione risalgono al 1982, quando il soggetto fu ricoverato per gli esiti di un grave politraumatismo stradale che comportò la frattura di femore e il maciullamento della gamba sinistra. Per tali lesioni fu sottoposto ad intervento di amputazione della gamba sinistra e inchiodamento del femore sinistro. Il decorso successivo veniva caratterizzato da vari interventi al ginocchio sinistro fino al 1994 quando, a causa della persistenza di ulcere da decubito a livello del moncone di amputazione, fu sottoposto all'amputazione chirurgica fino al terzo inferiore della coscia.

Allo stato attuale, nel paziente permangono serie e compatibili problematiche nello svolgimento di attività fisiche che richiedano sforzi anche non notevoli, difficoltà deambulatorie e nel mantenimento della stazione eretta. E' intuibile come tali disturbi influiscano (sia allo stato attuale sia nel 1996 in modo identico) grandemente sulla sfera delle occupazioni confacenti del soggetto, con gravi ripercussioni nei rapporti lavorativi. La presente analisi peritale verterà ora sulla quantificazione del grado di riduzione della capacità di lavoro in occupazioni confacenti le attitudini dell'assicurato.

Tali infermità si estrinsecano in una più che compatibile compromissione locomotoria globale con apprezzabile limitazione articolare anche dei movi-

menti dell'anca sinistra con grave difficoltà nel mantenimento dei rapporti di lavoro a causa dei disturbi deambulatori. Riferendo la nostra valutazione all'attività di operaio tale menomazione deve essere ritenuta gravemente invalidante.

Le infermità accertate, senza dubbio, incidono grandemente sulla sfera delle occupazioni confacenti del soggetto.

In altre parole non sembra concretamente possibile che una persona di tale genere, a causa di tali infermità possa con sufficiente continuità ed efficienza dedicarsi a quelle mansioni, che rientrano fra le occupazioni confacenti le sue attitudini. Infatti le estrinsecazioni di tali attività richiedono un discreto dispendio energetico, una buona validità psicofisica, una disponibilità nell'ambito dei rapporti relazionali. Tutte attività che sono, a causa di tali infermità, fortemente precluse al soggetto, con grave danno all'efficienza lavorativa.

Tenuto conto quindi che le predette infermità incidono in modo molto rilevante sulle occupazioni confacenti che afferiscono al lavoro di operaio, si ritiene che siffatte infermità riducano la capacità lavorativa in occupazioni confacenti a meno di un terzo.

Possiamo quindi concludere che all'epoca della revoca dell'assegno d'invalidità (giugno '96) V. R. era invalido ai sensi dell'art. 1 della legge 222/84.

CONCLUSIONI

V.R., all'epoca della revoca dell'assegno di invalidità (giugno '96), presentava infermità tali da ridurre la capacità di lavoro in occupazioni confacenti a meno di un terzo.

In sede di controdeduzioni il consu-

lente medico-legale dell'I.N.P.S. dott. A. S. opportunamente e puntualmente esprimeva considerazioni discordanti, compendiate nei seguenti punti:

- Il sig. [...] venne assunto in data 1988 come operaio c/o cementeria, in base alle leggi sul collocamento obbligatorio per gli "invalidi civili" [...].

- Dal 1992 sono state modificate le sue mansioni lavorative, anche in considerazione del suo deficit funzionale, essendo addetto al laboratorio prove fisico-meccaniche' con mansioni ritenute leggere, svolte sia in posizione eretta sia in posizione seduta e senza sollevamento o spostamento di carichi. Tali mansioni lavorative sono a tutt'oggi svolte senza usura o, peggioramento dimostrabile e con scarsissime assenze dovute a malattia.

- Difatti il sig. V.R., individuo giovane e di corporatura valida, ha ben compensato già da tempo il suo deficit, riuscendo senza alcun aiuto anche all'atto della visita, a togliere e rimettere la protesi oltre che a deambulare senza alcun sostegno o stampella, cosa che gli permette agevolmente di muoversi in ogni ambiente, anche in quello lavorativo ove risulta esprimere un buon rendimento.

- Solo nel 1994 venne sottoposto ad un ulteriore intervento di regolarizzazione del moncone di coscia, cosa non infrequente in tali soggetti, con riabilitazione protesica a tutt'oggi ottimale e comunemente sopportata; durante tutto questo periodo (dal'94 al '00) ha continuato normalmente a svolgere le stesse mansioni lavorative.

- La situazione evidenziata anche all'atto della CTU porta ad individuare come unica occupazione confacente per il sig. V.R. quella in cui ha trovato una riqualificazione all'interno del suo ambien-

te lavorativo, riducendo in tal modo i limiti imposti dalla legge; tale assunto indica che la revoca dell'ass. ord. di inv. pare giustificabile ed opportuna, non dovendosi ritenere tale prestazione come un mero sussidio ad un individuo che ha ritenuto di potersi riqualificare in assenza di 'pietatis causa' ma fruendo delle normative di legge sul collocamento di individuo in svantaggio sociale.

Nel corso della causa, avuto riguardo alle divergenze valutative espresse nelle su riportate relazioni, così come confermate in un successivo contraddittorio verbale, il Giudice del Lavoro convenientemente procedeva all'interrogatorio del ricorrente ed alla escussione, come teste, del vice direttore e responsabile del laboratorio-prove del cementificio dove operava l'assicurato.

Al termine dell'istruttoria, quindi, veniva pronunciato il seguente dispositivo, con il quale il giudice di merito, dopo un'attenta ed approfondita analisi delle questioni medico-legali afferenti al caso di specie, a fronte della correttezza sostanziale delle argomentazioni formulate dal consulente dell'Ente convenuto ha ritenuto di dover disattendere le conclusioni del CTU: [...] Ritiene in effetti il giudice che il ricorso non possa essere accolto. Si tratta in buona sostanza di accertare se la pur indubbiamente seria menomazione presente nel ricorrente sia di entità, e soprattutto comporti conseguenze, tali da compromettere la sua capacità lavorativa in misura superiore al limite di legge. Orbene malgrado le conclusioni del CTU, favorevoli all'assunto attoreo, ma basate, ad avviso dello scrivente, su considerazioni apodittiche e non dimostrate (come ad es. l'asserita incidenza "in modo rilevante" delle predette infermità sulle occupazioni confacenti che afferiscono al lavoro di ope-

raio) - questo Giudice ritiene che vadano invece condivise le diverse valutazioni del c.t. dell'INPS, il quale ha sottolineato come il V.R. abbia sufficientemente assimilato l'uso della protesi, riuscendo a deambulare senza alcun sostegno o stampella ed a svolgere la sua attività lavorativa in maniera senz'altro soddisfacente, tanto che si può escludere che il posto di lavoro gli venga conservato "pietatis causa". E tali valutazioni sono state sostanzialmente avallate dal teste [...], il

quale, pur confermando le assenze per malattia del V.R. (peraltro diminuite negli ultimi due anni), ha tuttavia confermato il suo buon rendimento lavorativo nelle mansioni (non particolarmente complesse) affidategli da vari anni nell'ambito del laboratorio-prove, e che può in gran parte svolgere restando seduto. Poiché, in definitiva, le argomentazioni del CTU appaiono non sufficientemente motivate, le stesse vanno disattese e le domande vanno quindi rigettate».

L'ANGOLO DELL'INFERMIERE

In apertura della pagina dedicata ai lavori presentati dai Collaboratori sanitari dell'Istituto pubblichiamo, con soddisfazione, lo scritto che tre di loro hanno sentito di inviare al Coordinatore Generale esprimendo il loro vivo gradimento, per le iniziative formative/professionalizzanti. A partire, infatti dal 2001 su proposta del Settore Formazione del C.C.M.L., l'Istituto ha inteso avere un nuovo approccio nei confronti di questo suo personale, anche grazie alla vigile sensibilità della D.C.F.S.C. nelle persone della Dott.ssa Daniela Terzani che ne ha istruito la previsione di budget e della Dott.ssa Chiara D'Angelo che ne ha seguito tutte le fasi organizzative e di supporto tecnico successive.

ANNO 2001: LA SVOLTA

Finalmente qualcosa è cambiato. Due gli eventi che hanno caratterizzato questo anno e che ci hanno dato la spinta necessaria a svegliarci dal torpore nel quale ormai da troppo tempo ci si adagiava.

Lavorare nei centri medico-legali INPS è significato per tanti anni, dal lontano 1990, quando la nostra qualifica è diventata "collaboratore sanitario", essere l'unico punto fermo a fronte di un universo in continuo cambiamento. Numerosi, sono i cambiamenti a cui abbiamo assistito, sia nell'ambito dell'INPS in generale (vedi per ultimo l'organizzazione per processi) che dei nostri centri medico legali (come il riassetto organizzativo dei medici).

Unico punto fermo: i collaboratori sanitari. Potremmo sentirci gratificati dal fatto di essere un punto di riferimento, ma ciò che non ci fa piacere è l'immobilità che ci ha sempre caratterizzati.

Ma finalmente qualcosa di nuovo sotto il sole! A cominciare dai corsi di aggiornamento, sia a livello regionale che nazionale.

Corsi che per alcuni possono essere sembrati al di fuori delle nostre competenze, ma che a mio avviso hanno restituito dignità alla nostra

professione anche se svolta all'interno di un Istituto dove l'assistenza diretta al malato non è prevista. Questi corsi hanno rinsaldato quella frattura che si era creata, a mio malincuore, con il mondo infermieristico; con quel mondo che, almeno per me, ha rappresentato una scelta.

Altro segnale positivo è la possibilità di accedere a C3, per alcuni di noi obiettivo già raggiunto, ma anche per gli altri è importante pensare di avere di fronte un percorso da fare e non uno sbarramento.

La mancanza di tutto ciò, finora, è stato sentita, ma quasi mancava la voce per lamentarla, come se l'immobilità fosse il prezzo da pagare per aver "tradito" quella che doveva essere la nostra missione, il nostro posto accanto alle persone sofferenti.

Ma se qualcuno ti ricorda che anche dietro un numero di EAD, dietro le montagne di carta con cui "relazioniamo" ogni giorno, ci sono "persone vere", con "bisogni" veri, se qualcuno ti illustra, come si è verificato al convegno ACOS di Roma, che quella infermieristica non è più una professione statica, ma c'è un ulteriore percorso di fronte a noi, se qualcuno all'interno dell'INPS legittima e gratifica il nostro lavoro

silenzioso, allora la “voce” torna. Torna certamente per dire grazie, ma anche e soprattutto per dare il nostro contributo a quel lavoro di “equipe” dei centri medico-legali INPS di cui sentiamo di far parte.

Anna Montepaone
Sede INPS - Vibo Valentia

UN RITORNO ALLE RADICI: RIMINI

Al ritorno dal convegno di Rimini organizzato dall'ANIN (Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze) ed esteso a circa 100 I.P. INPS, in un programma di aggiornamento professionale, voluto dall'Istituto e da noi ben accolto, mi frullava nella testa la seguente affermazione del Prof. Pobert N. Desmarteau che ha dato inizio ai lavori: “avere competenze distintive serve a non morire”.

Durante i due giorni del congresso, nel passare da una sala all'altra (...intelligente l'organizzazione che ha previsto in contemporanea tre sale con all'ordine del giorno argomenti diversi da scegliersi secondo il proprio interesse...) si potevano cogliere le ampie competenze che oggi caratterizzano l'essere Infermiere: infermiere in psichiatria, in sala operatoria, sul territorio... ma io trovavo difficile collocarmi.

Quale era la mia competenza distintiva all'interno dell'INPS?

Diventavo nostalgica quando si parlava di sperimentazione in corsia, di protocolli assistenziali infermieristici, mentre mi sentivo fortunata quando si parlava di problemi di carenza infermieristica, di turni di lavoro...; in fondo la mia corsia-

ufficio era meno problematica.

Ma la mia competenza distintiva dov'era?

Mi sembrava di coglierla per un attimo ma scompariva senza che riuscissi a focalizzarla.

Stazione di Rimini. ...Forse la mia competenza potevo proprio riscoprirlo in quel convegno di Rimini che a dispetto di chi diceva che “in fondo non era per noi infermieri Inps” mi riportava alla mia formazione di base di Infermiere Professionale, formazione che, non a caso, mi faceva scegliere sempre le sale dove si parlava operativamente dell'infermiere “in azione”.

Sono quelle ore di teoria e di tirocinio, svolte durante gli studi per I.P., a rappresentare il bagaglio che mi consente di poter andare oltre la diagnosi di un SS3, di una cartella clinica, di un certificato medico e mi fanno sentire vicino a chi, nella sala visita è in attesa e la cui storia, le cui speranze posso cogliere proprio perché non sono una semplice impiegata ma sono anche e soprattutto una infermiera che ha tutte le conoscenze per capire che ogni storia è diversa dall'altra ed è necessario quindi che io sappia con *competenza distintiva*, rispondere in modo diversificato.

In quella sala d'attesa INPS c'è l'ospedale, il territorio, la medicina, la chirurgia, la psichiatria, c'è “un bisogno”, basta che io non dimentichi la mia formazione di base... e che “qualcuno” mi consenta periodicamente di aggiornarla nell'ambito dell'ampio mondo dell'evoluzione infermieristica.

Un grazie a Rimini.

Clara De Caria
Sede INPS - Vibo Valentia

DOPO ASSISI: IL RUOLO DELLA INFORMAZIONE E DELLA COMUNICAZIONE

Abbiamo accolto con molto favore l'iniziativa della Formazione e del Coordinamento Generale Medico Legale che, nel 2001, ha coinvolto i Collaboratori Sanitari in iniziative congressuali. A partire dal primo gruppo di Collaboratori Sanitari inviati al Congresso dei Cardiologi Ospedalieri (ANMCO) a Firenze, dove era prevista un'apposita sessione per il Personale Infermieristico e successivamente, con la partecipazione ai Congressi di Roma, Rimini e Assisi, il primo elemento positivo è dato dalla possibilità di incontrarsi e confrontarsi con i colleghi di altri CML INPS e con gli infermieri professionali impegnati negli Ospedali e negli Ambulatori ASL.

E' d'altra parte evidente che la nostra presenza segnalava l'impegno dell'Amministrazione a curare la nostra formazione e a riconoscere il nostro ruolo attivo di operatori sanitari nei CML INPS.

Riguardo alla esperienza delle Collaboratrici Sanitarie della Campania al Convegno di Assisi, il titolo "Lo specifico relazionale nel sistema infermieristico", richiamava esplicitamente il problema della comunicazione tra operatori sanitari e paziente.

Ed è questo un problema che si pone particolarmente nei CML INPS, in cui il rapporto con l'assicurato-cliente è fondamentale per il corretto svolgimento delle attività medico-legali.

Attualmente, oltre che sapere e

saper fare, bisogna "saper essere".

L'assicurato non deve avere l'impressione di essere messo sotto inchiesta, di essere sottoposto ad un esame da parte di un tribunale di giudici inflessibili o subire rigide procedure burocratiche.

Invece, deve avere la convinzione di essere assistito da una équipe sanitaria che si avvale di una strumentazione adeguata, pari a quella delle strutture ospedaliere esterne, di essere trattato con comprensione e rispetto, con cordialità, da persone che comprendono i suoi problemi.

E il primo impatto è lo sportello, l'infermiera, che appunto deve stabilire un clima di cordialità e di collaborazione, prima ancora di dimostrare la sua efficienza tecnica.

E' l'infermiera che spesso deve integrare eventualmente l'informazione all'assicurato, fargli capire cosa fare, il perché di certi accertamenti, di certe attese, di certe procedure amministrative. Di qui la necessità di sviluppare una serie di tecniche della comunicazione, che potranno essere oggetto di ulteriori Corsi di Formazione.

Il collaboratore sanitario non è solo un tecnico o un ausiliare: contribuisce in misura importante a creare quel giusto clima di collaborazione tra il medico e l'assicurato, al quale è legata in gran parte la soddisfazione dell'utente.

Giorgina Musella

Sede Regionale INPS - Napoli

Il collaboratore sanitario I.N.P.S.

Maria Rosa PETRIS
Collaboratore Sanitario
Sede INPS - Pordenone

INTRODUZIONE

Oggi, l'Infermiere Professionale INPS, alla luce della legge 251/2000, che può essere considerata una piattaforma di lancio per integrare e sfruttare al meglio il potenziale ancora non completamente espresso della risorsa infermieristica, ha l'occasione per riflettere su quali siano le prospettive di sviluppo della professione.

Status dell'infermiere: autorità del sapere e della capacità.

• Legge 10 agosto 2000 n. 251

... *Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività diretta alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonch'è dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza ...*

• Legge di riforma del Welfare n. 328/2000

... *“stretto legame fra interventi sociali e sanitari”...*

“L'infermiere è un professionista svincolato dal mansionario e deve operare nell'ambito di un profilo professionale specifico. Lavora “con” il Medico, non “come” il Medico. Le due professioni sono e devono restare distinte, con pari dignità, ma diverse responsabilità, soprattutto nei riguardi del paziente.”

Senza rimpianti per il mansionario, il collaboratore sanitario deve affrontare una metodologia di lavoro innovativa, mirata all'espletamento della propria attività professionale dimostrando una capacità gestionale integrata con il corpo medico.

L'informatizzazione delle attività del CML ha ridotto quantitativamente e migliorato qualitativamente il lavoro del collaborato-

re sanitario che spesso si trovava costretto ad effettuare rilevazioni statistiche duplicate e/o pressoché inutili, con mansioni subordinate e non di supporto al corpo medico.

COSTITUZIONE

DI GRUPPI DI LAVORO

Il Dirigente Medico Legale Responsabile crea dei team, con l'obiettivo di trovare soluzioni alle problematiche non comuni (team composto da medici e collaboratori sanitari coordinati da un team leader). Il leader deve successivamente concordare modalità e metodo di interscambio gestionale con l'amministrativo, questo per acquisire e/o perfezionare le capacità di gestione del flusso delle pratiche.

Gestione di un magazzino in una azienda privata: "Just-in-time"

*a) Previsione del carico di lavoro
b) Approvvigionamento secondo fabbisogno*

*c) Lavorazione del prodotto
d) Scarico del prodotto soddisfacendo la domanda del mercato*

"L'ottimizzazione si ha quando la giacenza viene azzerata e si lavora il prodotto rispettando tempi di lavorazione e qualità del prodotto"

Analoga gestione si può effettuare per i seguenti prodotti:

- Revisioni mediche

- Conferme Assegno Ordinario Invalidità
- Ricorsi Amministrativi
- Assegni Nucleo Familiare
- Cure balneo-termali
- A.C.S.
- Disoccupazione

Le prime istanze, esulano dal percorso summenzionato poiché hanno un lead-time di lavorazione breve.

RICERCHE E STATISTICHE EPIDEMIOLOGICHE

Il team, potrà individuare ed elaborare studi e ricerche finalizzati alle realtà locali su casi clinici nell'ambito pensionistico e non pensionistico (es. statistiche epidemiologiche su Inabilità/A.O.I. collegate alla certificazione di malattia comune e alla certificazione INAIL).

Il team, potrà relazionare ricerche mediche, statistiche, studi di fattibilità, che hanno dato validi risultati e previo consenso del Dirigente Medico-Legale Responsabile rendere pubblici tali lavori.

Le ricerche possono stimolare la crescita professionale dei team, sfruttando la sinergia fra conoscenza clinica, demografica ed informatica.

Il collaboratore sanitario nei team opera strettamente con il medico per i casi clinici, esplora e studia situazioni ambientali locali, elabora i risultati con il PC migliorando così la conoscenza delle applicazioni office (Word, Excel, Access, PowerPoint).

AGGIORNAMENTI

L'aggiornamento tecnico-professionale è indispensabile ai collaboratori sanitari per il supporto professionale all'interno del CML e soprattutto nei centri polispecialistici ove la figura del collaboratore sanitario deve acquisire, perfezionare ed aggiornare la conoscenza specialistica.

INCONTRI

Indispensabili a livello locale, incontri programmati con tutto lo staff del CML coordinati dal Responsabile Medico Legale, aperto alle tematiche attuali.

Utili gli incontri a livello Regionale, fra i team delle varie Province per instaurare un rapporto di collaborazione, per apprendere e valutare nuove proposte, migliorare la metodologia di lavoro, assemblare i lavori di ricerca per ricavare elaborati regionali.

PROCEDURE INFORMATICHE

Le procedure informatiche già in uso, danno la possibilità di navigare, estrapolare e verificare dati ed informazioni utili allo svolgimento del nostro lavoro, pertanto ogni collaboratore sanitario, dovrebbe acquisire una conoscenza peculiare delle procedure collegate strettamente al CML e delle banche dati dell'Istituto.

PROIEZIONI

L'ottica del lavoro oggi si proietta verso le prestazioni di malattia e maternità. Bisogna creare un ponte telematico fra le prestazioni pensionistiche e non pensionistiche e tra INPS/INAIL, per monitorare in tempo reale:

- Malattia comune
- Competenza INAIL
- Ricadute
- Lunga malattia
- Acuzie della patologia cronica
- Prestazione pensionistica (L. 222/84).

INPS / INAIL

Nelle controversie INPS/INAIL il collaboratore sanitario potrebbe inserirsi nel contesto della lavorazione della pratica:

- interrogando il lavoratore infortunato circa la dinamica dell'evento;
- verbalizzando e sottoscrivendo quanto dichiarato (firma del lavoratore e firma del collaboratore sanitario);
- effettuando una breve rilevazione anamnestica per patologie analoghe sofferte recentemente o in passato;
- allegando tutta la documentazione medica inerente l'evento denunciato;
- convocando a visita medica, su richiesta del dirigente medico-legale.

VISITE MEDICHE DI CONTROLLO

Il collaboratore sanitario potrebbe gestire tutto il percorso della visita fiscale:

- acquisizione della VMC
- assegnazione delle VMC ai medici delle liste di controllo;
- rapporto con i datori di lavoro e/o studi commercialisti per le richieste delle visite fiscali;
- i medici delle liste, alla consegna dei verbali, potrebbero così interloquire direttamente con i medici di sede.

CONTROLLI AMBULATORIALI

Qualora il lavoratore disattenda il giudizio di capacità lavorativa, continuando la malattia, si potrebbe effettuare un controllo ambulatoriale, il giorno stesso della mancata ripresa al lavoro da parte del dirigente medico legale di II livello.

Il collaboratore sanitario in questo caso seguirebbe l'iter degli eventi monitorando in tempo reale:

- nuovo evento;
- stessa patologia;
- riacutizzazione della stessa patologia;
- ripresa del lavoro;

Attualmente, queste pratiche vengono definite agli atti, alla chiusura della malattia, circa due mesi dopo l'evento.

MATERNITÀ

Questo prodotto viene lavorato dal medico e dal collaboratore sanitario e nonostante sia in notevole aumento a tutt'oggi *non viene statisticamente considerato dal CML*.

MOD. A.S.1. (*modello per la rilevazione di eventuale responsabilità di terzi*)¹.

Viene compilato dal lavoratore, per descrivere le modalità dell'evento traumatico o l'eziologia dell'eventuale malattia professionale. Spesso questo modello risulta carente, incompleto o non compilato, pertanto il medico non è in grado di valutare la causa/effetto.

Il collaboratore sanitario, su indicazione del medico esaminatore:

- interroga il lavoratore circa la dinamica del fatto;
- richiede documentazione medica all'interessato;
- richiede il verbale di Pronto Soccorso;
- raccoglie ove è possibile chiarimenti telefonici.

Questo, per avviare una solerte ed accurata azione surrogatoria.

FRONT-OFFICE

Il collaboratore sanitario è sempre in prima linea nei rapporti con il pubblico, deve avere la capacità di interpretare, mediare, filtrare le richieste e soddisfare le loro domande.

RICERCA & SVILUPPO**“MALATTIA”:**

Cooperazione fra dirigente medico legale e collaboratore sanitario:

- Ricercare possibili soluzioni alle problematiche ambientali:
 - intolleranza al lavoro;
 - situazioni sempre più frequenti di Mobbing;
 - scarsa performance.
- Valutare situazioni locali di patologie sospette:

¹ Non statisticato al CML.

“carattere endemico o clonazione diagnostica” (esempio: certificati con stessa diagnosi e prognosi) dello stesso nucleo familiare, dello stesso aggregato urbano, della stessa azienda lavorativa).

- Identificare un canale preferenziale per le azioni surrogatorie, con verifiche medico-legali e chiusura della malattia, previa visita ambulatoriale, questo per vanificare o controllare a distanza di tempo, eventuali contenziosi giudiziari.
- Disporre visite specialistiche presso i nostri Centri Polispecialistici agli assicurati in malattia per situazioni “borderline”.

CONCLUSIONI

La figura del collaboratore sanitario deve crescere e valorizzarsi dimostrando capacità gestionale autonoma:

- ottimizzare il rapporto con i medici e con i colleghi di lavoro;
- collaborare con clienti esterni ed interni;
- migliorare l'intelligenza emotiva nei rapporti interpersonali con gli assicurati/pensionati in front-line e on-line;
- apprendere e condividere nuove esperienze di lavoro anche con iniziative proprie;
- gestire situazioni difficili e critiche, dimostrando padronanza nell'espone le proprie opinioni durante le riunioni di lavoro;
- apprendere ed approfondire l'informaticizzazione e la conoscenza delle apparecchiature medico - strumentali in uso;
- elaborare dati statistici con

proiezioni mirate ad eventi e/o situazioni particolari a breve-medio termine;

- eseguire accertamenti strumentali richiesti dal medico o dallo specialista;
- intervenire in caso di necessità per un primo soccorso medico;
- collaborare con il medico competente per la legge 626/94;
- gestire l'archiviazione degli atti d'ufficio, la biblioteca medica, la farmaceutica e i vari capitoli di spesa collaborando con il responsabile medico legale per le previsioni di spesa.

In tutte queste nuove iniziative il collaboratore sanitario può valorizzare la professione infermieristica ottenendo risultati e gratificazioni a tutt'oggi misconosciute, deve acquisire la capacità di essere imprenditore di se stesso.

RIASSUNTO

L'Autore ha voluto sottolineare l'importanza della figura infermieristica INPS alla luce della Legge 251/2000 che ha abolito il mansionario dando autonomia gestionale, incentivando iniziative mirate alla crescita professionale e nell'essere protagonisti di un percorso riorganizzativo orientato alla qualità, all'efficienza e all'efficacia.

L'infermiere chiede di avere uno spazio lavorativo ed un rapporto interpersonale con i suoi superiori deontologicamente riconosciuto.

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 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
- 3) angolo dell'infermiere

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; specificare il sito internet, nel caso che la bibliografia sia on-line.

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
www.inps.it (sez. libri e pubblicazioni)
Fotocomposizione e Stampa
Interstampa s.r.l.

Via Barbana, 33 - 00142 Roma - Tel. 06.54.03.349
www.interstampa.it - EMAIL: info@interstampa.it

Autorizzazione Tribunale di Roma N. 39488 del 6 luglio 1998

Finito di stampare nel mese di aprile 2002