

---

# MIP

---



RASSEGNA DI

## Medicina legale **Previdenziale**

---

La totale inabilità dell'ultrasessantacinquenne e l'indennità di accompagnamento: considerazioni medico-legali in merito ad alcuni casi di contenzioso

*Domenico De Mercurio  
Giuseppe Vetrugno*

*Francesco Paolacci  
Ernesto d'Aloja*

Le psicosi. Metodologia valutativa dell'inabilità pensionabile

*Giuseppe Vitiello*

*Giambattista Spinelli*

L'esame obiettivo cardiovascolare in medicina previdenziale: tra retaggio storico e ritorno di fiamma

*Stefano Castaldo*

*Domenico Cullia*

Consulenza tecnica

L'angolo dell'infermiere

ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE  
GENNAIO - FEBBRAIO - MARZO  
**1**  
**2002**

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

**Direttore**

Antonio PRAUSCELLO

**Direttore Responsabile**

Sergio D'ONOFRIO

**Direttore Scientifico**

Maurizio CECCARELLI MOROLLI

**Comitato Scientifico**

Paolo ARBARELLO

Fabio BUZZI

Luigi PALMIERI

Pietrantonio RICCI

**Redattore Capo Centrale**

Lia DE ZORZI

**Comitato di Redazione**

Cristina CATALANO

Federico CATTANI

Anita CIPRARI

Marco MASSARI

Claudio MELONI

Rosella PASTORE

Massimo PICCIONI

Sonia PRINCIPI

Benedetto VERGARI

**Segretaria dei Comitati Scientifico e di Redazione**

Patrizia COLABUCCI

Documenti e materiali pubblicati possono essere mostrati, riformattati e stampati esclusivamente ad uso personale. Senza il consenso dell'Editore, gli utenti internauti accettano di non riprodurre, ritrasmettere, fornire, vendere, divulgare o diffondere le informazioni, i documenti e i materiali pubblicati su [www.inps.it](http://www.inps.it) .

RASSEGNA DI

# Medicina legale Previdenziale

Rivista trimestrale dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale

---

---

## I

Anno XV, I trimestre 2002

### SOMMARIO

---

#### ARTICOLI

La totale inabilità dell'ultrasessantacinquenne e l'indennità di accompagnamento: considerazioni medico-legali in merito ad alcuni casi di contenzioso

*Domenico De Mercurio*      *Francesco Paolacci*

*Giuseppe Vetrugno*      *Ernesto d'Aloja*

5

---

Le psicosi. Metodologia valutativa dell'invalidità pensionabile

*Giuseppe Vitiello*      *Giambattista Spinelli*

19

---

L'esame obiettivo cardiovascolare in medicina previdenziale: tra retaggio storico e ritorno di fiamma

*Stefano Castaldo*      *Domenico Cullia*

46

---

#### CONSULENZA TECNICA

56

---

#### L'ANGOLO DELL'INFERMIERE

64

## **ERRATA-CORRIGE**

**“IV giornate estensi di medicina legale e delle assicurazioni”  
Ferrara 28-30 novembre 2001**

Gli interventi congressuali, pubblicati nel n. 4/2001 di “Rassegna di Medicina Legale Previdenziale”, non fanno riferimento unicamente al congresso citato in epigrafe, ma costituiscono l’opinione dell’Istituto nelle tre consensus conferences medico-legali del 2001.

---

## **LA SCOMPARSA DI FABIO TRIZZINO**

*Questo numero di MP è dedicato alla figura e all'opera di Fabio Trizzino, Presidente dell'INPS e Direttore Responsabile per tanti anni della nostra Rivista, scomparso prematuramente il 24 novembre scorso.*

*Entrato all'INPS giovanissimo, Fabio Trizzino ha ricoperto incarichi dirigenziali nelle posizioni chiave della struttura centrale e periferica .*

*Nel 1994 è stato nominato Direttore Generale dell'Ente e riconfermato nell'incarico nel 1999. L'indiscussa professionalità e la profonda conoscenza dei problemi del welfare ne avevano favorito, il 13 settembre scorso, la nomina a Presidente dell'Istituto.*

*Intensa anche la sua attività negli organismi internazionali e in particolare nell'A.I.S.S. di cui era delegato italiano e vice presidente della Commissione per la tecnologia informatica. Giornalista, ha pubblicato numerosi articoli e saggi in materia di organizzazione aziendale.*

*L'opera di Fabio Trizzino ha contrassegnato le tappe più importanti della vita dell'INPS negli ultimi 50 anni. Il suo impegno è stato costantemente rivolto al miglioramento e al rinnovamento della macchina organizzativa per garantire ai cittadini un servizio sempre più vicino alle loro esigenze.*

*Riguardo al ruolo medico dell'Istituto, Egli ha valorizzato la funzione della specialistica nel giudizio medico-legale ed ha creduto fortemente nei progetti d'innovazione tecnologica alla base del futuro della medicina legale istituzionale, anche sotto il profilo epidemiologico, e ne ha promosso la realizzazione.*

*Il personale sanitario dell'Istituto, il Comitato Scientifico e la Redazione tutta, cui sentitamente mi unisco, partecipano al profondo cordoglio della famiglia.*

**Il Direttore Scientifico**

---

# La totale inabilità dell'ultrasessantacinquenne e l'indennità di accompagnamento: considerazioni medico-legali in merito ad alcuni casi di contenzioso

Domenico DE MERCURIO

Francesco PAOLACCI

Giuseppe VETRUGNO

Ernesto d'ALOJA

Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni,  
Università Cattolica del S. Cuore - Roma

## INTRODUZIONE

**L**l Decreto Legislativo 509/88 ha introdotto una profonda innovazione nella definizione di invalido civile, poiché ha svincolato l'ultrasessantacinquenne dalla valutazione della capacità lavorativa generica, sulla base dell'assunto che chi è in età di pensione non è più in possesso di una capacità lavorativa (per quanto generica) su cui basare valutazioni percentualistiche, indicative della parziale o totale perdita della stessa.

Si è in tal caso passati ad una valutazione simile a quella del minore, cioè volta a definire la sussistenza di un deficit funzionale permanente - assimilabile al c.d. "danno biologico" - connotato da una forte correlazione con l'età del soggetto.

L'astrattezza della definizione di cui all'art.6 del D. Lgs. 509/88, standardizzata sulle "funzioni e compiti propri dell'età", senza riferimento ad una mirata valutazione dei "compiti e delle funzioni" ed in una prima fase storica apparentemente svincolata da un criterio percentualistico, ha prodotto sperequazioni nei giudizi di riconoscimento della condizione invalidante, giungendo talora al paradosso di accertare la sussistenza delle "difficoltà" anche per minime menomazioni in soggetti particolarmente impegnati e di elevato tenore sociale, disconoscendole viceversa anche a fronte di rilevanti menomazioni in soggetti di basso profilo socio-culturale (12).

Tale assunto si è rivelato ovviamente erroneo nell'impostazione concettuale

---

e nei risvolti pratici ed ha portato il Ministero della Salute ad intervenire nuovamente in materia, ripristinando la valutazione percentualistica, sia pure ancorata al parametro delle “difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell’età”.

Proprio perché differenti sono rimasti i parametri di riferimento, si può conseguentemente assistere a percentuali diverse nella valutazione prima e dopo i 65 anni di età con ovvio disorientamento per il cittadino.

Sorge lecito domandarsi se le varie Commissioni siano effettivamente preparate ad esprimere una serie di valutazioni basate sul differente impatto che una medesima menomazione ha sulla capacità lavorativa generica, su quella specifica, sulle difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell’età, ovvero se nella pratica si finisca per “travasare” semplicemente la percentuale di “generica” nella percentuale di “difficoltà persistenti”.

Presentiamo di seguito due casi il cui contenzioso mette in evidenza i paradossi valutativi cui possono giungere le Commissioni in assenza di una armonizzazione dei criteri di valutazione delle disabilità, traendo spunto per ulteriori riflessioni in merito alle prospettive che un’interpretazione letterale del combinato disposto di cui agli artt. 6 D. Lgs. 509/88 e 2 L. 18/80 potrebbe offrire in tema di riconoscimento dell’indennità di accompagnamento.

#### CASO I

A.B., donna dell’età di 84 anni. Nel periodo agosto 1999 - maggio 2000 si è sottoposta a frequenti ricoveri ambulatoriali presso il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) del proprio capoluogo. Dal diario clinico del 3 agosto 1999 si apprende che la paziente “da circa un anno presenta disturbi delle funzioni mnesiche ed attentive (confonde la propria casa con quella delle figlie, perde bollette, non ricorda dove lascia le cose)”. Questo quadro, unitamente al punteggio conseguito nell’esecuzione del test “Mini-Mental State”, - con risultato pari a 20 (contro un valore limite di 30), indicativo di alterazione significativa delle capacità cognitive come per demenza - ha inizialmente suggerito ai sanitari la diagnosi di “disturbi attentivi e deficit iniziale della memoria a breve termine”. Valutato lo stato di coscienza durante il sonno e rilevata una latenza del tempo di addormentamento, i responsabili del centro di Salute Mentale hanno quindi disposto una serie di accertamenti diagnostici tra i quali un esame ecodoppler carotideo, effettuato il 13 settembre 1999 presso l’ambulatorio di Cardiologia dell’Azienda U.S.L. del proprio capoluogo, che ha messo in evidenza un “marcato e diffuso ispessimento parietale. Placca fibrolipidica di 3-5 mm di spessore max è presente all’origine della carotide interna di sinistra, stenosante il lume del vaso del 35-40%. Deposizione fibrolipidica non emodinamicamente significativa all’origine della carotide interna destra. Nella norma il flusso vertebrale”. Sottoposta la paziente in data 15.09.99 a visita neuropsichiatrica di controllo presso gli ambulatori del DSM i sanitari hanno confermato la persistenza dei disturbi sotto il profilo cognitivo. Il 25 febbraio 2000 i sanitari del centro di salute mentale, dopo aver raccolto in

---

anamnesi il dato riferito dai familiari di un ulteriore peggioramento dei disturbi mnesici (la paziente non ricorda quello che fa nel corso della giornata), hanno deciso un diverso approccio terapeutico sospendendo il trattamento farmacologico in precedenza prescritto (perché le causava insonnia ed agitazione nelle ore notturne). Il 22 maggio 2000 i sanitari hanno confermato la persistenza dello stato di deterioramento cognitivo correlabile a disturbi del circolo cerebrale, ribadendo il giudizio clinico di situazione stazionaria. Da un certificato medico rilasciato in data 22.05.2000 dal responsabile del Dipartimento di Salute Mentale dell'A.U.S.L di appartenenza, si apprende che la signora A. B. [...] è in cura presso questo CSM con la diagnosi di "decadimento cognitivo correlabile a disturbi del circolo cerebrale". Si è appreso inoltre che la paziente risulta affetta da "miocardiosclerosi in compenso emodinamico".

Da numerosi certificati medici relativi a visite oculistiche presso gli ambulatori della A.S.L. di appartenenza risulta: "paziente monocola; OS vc (Occhio sinistro - visus corretto): 4/10 con correzione (+0.50 sf + 1.00 cil 180°); OSx: pseudoafachia [...], OSF (fondo oculare sinistro): pupilla pallida con aree di atrofia peripapillare. Macula distrofica".

La Commissione ha ritenuto di valutare tali patologie attribuendo una percentuale di invalidità pari al 100%, senza tuttavia riconoscere la sussistenza delle condizioni usualmente previste per la concessione dell'indennità di accompagnamento.

## CASO II

G.T., un uomo di 71 anni, è stato riconosciuto affetto fin dal 1988 da "segni di rigidità parietale a destra, con stenosi femoro-popliteo-tibiale a sinistra di notevole entità" e "circolo collaterale più efficiente rispetto al precedente controllo". Nel 1995, a seguito di un ricovero in ospedale gli è stata diagnosticata "arteropatia ostruttiva AAII". Sottoposto ad angiografia degli arti inferiori, l'esame ha messo in evidenza una notevole ateromasia dell'aorta sottorenale che appare ectasica e scoliotica in sede distale, ateromasia delle arterie renali, a destra: diffuse alterazioni ateromasiche a livello iliaco con obiterazione della femorale superficiale all'origine e compenso profondo con riabilitazione in sede distale, regolare la poplitea con circolo periferico sostenuto dall'arteria peroneale che ricanalizza i vasi periferici in sede distale; a sinistra: obliterazione dell'iliaca esterna all'origine con scarso compenso e riabilitazione segmentaria a livello della femorale profonda, non apprezzabile un evidente circolo periferico nè una ricanalizzazione dell'arteria poplitea anche allo studio eseguito in fase notevolmente tardiva. Il 31 gennaio 1995 il paziente è stato sottoposto ad intervento chirurgico di "by-pass cross-over femoro-femorale". Si riporta di seguito il verbale operatorio: "incisione cutanea allo scarpa ed isolamento del tripode femorale sinistro che appare completamente trombizzato. Si esplora il tripode popliteo rinvenendo un ramo tibiale posteriore di discreta qualità seppur placcato [...]. Si decide per un intervento di salvataggio mediante cross-over destro sinistro in goretex innestato a destra sulla fe-



morale comune ed a sinistra sulla vena safena invertita ed anastomizzata distalmente con la tibiale posteriore in termino-laterale. Al termine dell'operazione ed apertura del flusso si osserva una buona pulsatilità dell'innesto, mancata percezione dei polsi tibiali neppure al Doppler [...]". Il 6 febbraio 1995 il signor T.G. ha subito un intervento di amputazione di coscia con rimozione del cross-over femoro-femorale destro-sinistro ed amputazione della coscia al terzo medio. Dalla scheda di dimissione si apprende che il decorso post-operatorio è stato caratterizzato da parziale deiscenza della ferita chirurgica. T.G. è stato dimesso in data 01.04.1995 con diagnosi "arteriopatia IV stadio arto inferiore sinistro". Nel 1997 T.G., riconosciuto affetto da "OS cataratta", è stato sottoposto ad intervento chirurgico di OS: ECCE +IOL, effettuato il giorno 08.10.1997, con successivo reintervento, eseguito il giorno seguente, per diastasi della ferita chirurgica con riposizione iride prolassata e sutura della ferita. Nell'ambito dello stesso ricovero è stato diagnosticato glaucoma in OD, per il quale risulta in trattamento domiciliare. Nel 1998 T.G. si è sottoposto a visita angiologica con diagnosi "stenosi serrata in sede iliaca comune. Ostruzione della femorale superficiale al III medio, scarso circolo collaterale di compenso in sede poplitea, ostruita la tibiale anteriore e la posteriore con scarso circolo collaterale". Ricoverato presso una divisione di Chirurgia Vascolare, con diagnosi "Arteriopatia sclerotica arto inferiore sinistro superstite al 3° stadio, Ipertensione arteriosa", il paziente è stato sottoposto anche ad ecografia epatica che ha messo in evidenza un quadro di calcolosi della colecisti. Nel 1999 a seguito di visita angiologica gli è stata riscontrata stenosi serrata della iliaca comune con scarso compenso in femorale comune, ostruzione completa della femorale superficiale, scarso circolo collaterale di compenso in sede poplitea, assente flusso rilevabile in tibiale anteriore e posteriore.

La Commissione medica per l'accertamento dell'invalidità civile ha accertato la presenza di amputazione della coscia da arteriopatia obliterante, ipertensione arteriosa, calcolosi della colecisti ed ha riconosciuto T.G. ultrasessantacinquenne con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della sua età, ritenendolo invalido con percentuale pari al 100%, senza riconoscere la sussistenza delle condizioni previste per la concessione dell'indennità di accompagnamento.

## DISCUSSIONE

### *La valutazione dell'inabilità permanente*

Una delle maggiori perplessità in cui si è imbattuta la dottrina nella valutazione di un soggetto anziano (ultrasessantacinquenne) è costituita dal parametro di riferimento cui rapportare la menomazione psico-fisica eventualmente riscontrata.

Mentre infatti per i cittadini di età compresa tra i 18 ed i 65 anni in base alla normativa di cui alla Legge 10 marzo 1971 n.118, l'invalidità appare consequenziale

---

al riconoscimento di minorazioni congenite od acquisite che comportino una riduzione permanente della capacità lavorativa (c.d. generica) non inferiore ad un terzo, nella valutazione dell'anziano, soprattutto a seguito dell'emanazione di una ben nota circolare del Ministero della Sanità (04.12.1981), ci si è chiesto dai settori più accorti della disciplina medico-legale, quale fosse il parametro medio di capacità lavorativa universalmente riconosciuto in una determinata età, ed a titolo esemplificativo in un ultracentenario (1). Non sono peraltro mancate in dottrina le voci di chi, per astrazione concettuale, riteneva applicabile a tutti la valutazione della cosiddetta capacità lavorativa generica, anche a coloro che non fossero in età lavorativa (12).

Una prima risposta ad un simile quesito è stata data dal Legislatore dopo la pubblicazione del D. Lgs. 509/1988, dove all'art. 6 si dispone che "ai soli fini dell'assistenza sanitaria e dell'indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età", equiparando in tal modo la valutazione dell'anziano a quella del minore. L'esatta valenza da attribuire all'espressione contenuta nell'art. 6 del D.Lgs. 509/1988 è stata successivamente chiarita da una nota esplicativa del Ministero del Tesoro (n.14/1992), con la quale si è sottolineato come gli ultrasessantacinquenni non siano più valutabili sul piano dell'attività lavorativa, come del resto risulta evidente dalla lettura combinata delle norme di legge (art. 2 L. 30 marzo 1971 n.118, artt. 6 ed 8 D. Lgs. 21 novembre 1988 n. 509).

In epoca successiva alla pubblicazione del D.M. 05.02.1992 e del D. Lgs. 29 aprile 1998 n.124, il Ministero della Sanità ha emanato una altrettanto nota Circolare Ministeriale (27 luglio 1998) con la quale ha disposto, per i soggetti ultrasessantacinquenni, l'introduzione di un criterio valutativo in termini percentuali, determinati in base alla presenza di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età, allo scopo di sanare la contraddizione insita nel fatto che altre disposizioni in materia sanitaria subordinano la concessione di taluni benefici al possesso di specifiche percentuali di invalidità. Alla luce di quanto previsto dalla circolare ministeriale, il valore percentuale deve sintetizzare le conseguenze della menomazione sull'estrinsecarsi delle attività attese e consuete. In nessun modo il Ministero ha inteso ancorare la determinazione percentuale al criterio tabellare di cui al D.M. 05.02.1992, dal momento che le percentuali previste dalle Tabelle - per altro indicative - si riferiscono al parametro dell'incapacità lavorativa, che, come appena ricordato, non può essere esteso ad un anziano ultrasessantacinquenne. Proprio allo scopo di evitare simili sovrapposizioni il Ministero ha voluto anche suddividere i diversi livelli e gradi di difficoltà riscontrabili in un soggetto anziano in tre classi: difficoltà lievi (corrispondenti ad invalidità comprese tra 1/3 e 2/3), difficoltà medio-gravi (per invalidità comprese tra 2/3 ed il 99%) e difficoltà gravi corrispondenti ad invalidità del 100%.

La soluzione verso cui sembra volere indirizzare il Ministero deve essere in-

dividuata nel riferimento al “danno funzionale permanente” di cui all’art.1 1° capoverso D. Lgs. 509/1988.

Già a partire dalla metà degli anni ’80, la letteratura internazionale e nazionale hanno fornito numerosi strumenti valutativi per quanto concerne la stima del semplice deficit funzionale, tra cui a titolo di esempio il testo dell’AMA ed i Barèmes del Concours Medical (7).

Un’utile indicazione si può ricavare tuttavia anche dalle tabelle dell’inabilità civile allegate al D.M. 5 febbraio 1992. Infatti in tale sistema tabellare è prevista una prima parte relativa alle modalità d’uso; una seconda parte relativa alle “indicazioni per la valutazione dei deficit funzionali”; una terza parte ordinata in fasce ovvero in quota fissa e per apparati; una quarta parte relativa alla tabella ordinata per menomazioni con indicazione percentuale della riduzione della capacità lavorativa ed una quinta parte che prevede i criteri per la determinazione delle potenzialità lavorative.

Per i soggetti di età superiore ai sessantacinque anni appare dunque, del tutto coerente con il dettato normativo nazionale e con i suggerimenti provenienti dalla dottrina più attenta, (10) seguire l’impostazione valutativa della seconda parte della tabella, in quanto in essa vengono riportati, per quasi tutti gli apparati, almeno quattro livelli di gravità del deficit funzionale relativo, corrispondenti alle aggettivazioni lieve, medio, grave, gravissimo. In tal modo acquista maggior rilievo il richiamo ai tre diversi livelli (lievi, medio-gravi e gravi) di difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell’età, contenuto nella Circolare Ministeriale 27 luglio 1998.

Stanti le premesse di cui sopra, i casi pratici esposti analizzati tenendo conto della predetta impostazione metodologica, hanno costituito lo spunto per applicare correttamente le indicazioni contenute nella seconda parte del D.M. 5 febbraio 1992, riconoscendo per entrambi la sussistenza di una condizione di deficit funzionale gravissimo che, alla luce del recente richiamo ministeriale, è stato valutato con percentuale di invalidità pari al 100%.

Nel primo caso, infatti, il decadimento cognitivo riscontrato in A.B. ha indubbiamente prodotto un quadro di demenza, sia pure in uno stadio precoce.

Si tratta di una condizione clinica che si associa essenzialmente alla perdita della memoria, al punto che i soggetti che ne risultano affetti non riescono a ritrovare oggetti che hanno messo da parte e dimenticano particolari relativi a fatti recenti e, se interrogati, non riescono a ricordare i fatti di una storia, i nomi delle persone, non riescono a ritrovare la strada di casa, perdono facilmente il senso dell’orientamento mentre camminano a piedi, specie se l’itinerario non è loro familiare ed hanno difficoltà ad usare cartine stradali o a seguire i percorsi indicati a voce o per iscritto.

Questi sintomi e segni clinico-diagnostici risultano in tutto assimilabili alla definizione di **deficit grave** della memoria di fissazione e di quella autobiografica, con presenza di disorientamento temporo-spaziale, di cui alla seconda par-

---

te delle tabelle allegate al D.M. 05.02.1992.

Nel primo caso inoltre un ulteriore elemento di cui occorre tenere conto è rappresentato dalla cecità monoculare. Occorre considerare infatti che un individuo che sia cieco dall'infanzia e che diventa vecchio con questa invalidità ha già in qualche modo organizzato la sua vita con una certa sicurezza, mentre "una cecità che colpisce improvvisamente una persona anziana è una catastrofe che quasi sempre annulla ogni fiducia in se stesso e rende l'individuo totalmente dipendente dagli altri" (3). L'espressione può essere tenuta presente nel caso in esame, nonostante si tratti di cecità monoculare, peraltro insorta in passato, aggravata dalla concorrente riduzione dell'acutezza visiva dell'altro occhio. Bisogna peraltro considerare che la perdita della visione binoculare in un soggetto monocolo, produce la perdita della visione stereoscopica, interferendo sul grado di autonomia di un soggetto anziano e rende inapplicabile la tabella per la valutazione dei deficit visivi binoculari, cui rimanda la seconda parte delle tabelle allegate al D.M. 5 febbraio 1992.

Nel secondo caso, riguardante T.G., la minorazione invalidante è conseguente agli esiti dell'arteriopatia obliterante cronica da cui egli è affetto. Il quadro clinico è chiaramente riassunto nella classificazione di Leriche - Fontaine, che, se pur schematica, ha l'indubbio vantaggio di consentire una rapida valutazione della gravità della malattia. La storia clinica di T.G. ed i dati strumentali hanno dimostrato che l'arteriopatia obliterante dell'arto inferiore destro è assimilabile ad un II stadio secondo Leriche - Fontaine, mentre a sinistra vi sono gli esiti di un'arteriopatia giunta ormai al IV stadio, al punto da costringere all'amputazione di coscia, con sofferenza ischemica del moncone valutata dai sanitari al III stadio.

Una simile condizione può essere pertanto agevolmente paragonata a quella di un soggetto cardiopatico di IV Classe secondo la classificazione della New York Heart Association (NYHA) - "soggetto che presenta anche a riposo affaticamento, dispnea, palpitazioni, cianosi, dolore di tipo anginoso" - in quanto l'arteriopatia obliterante cronica da cui risulta affetto T.G. non solo determina una marcata limitazione di ogni attività fisica, ma di fatto interferisce persino con il riposo a letto, costringendo sovente il paziente a posizionare gli arti inferiori fuori dal letto per alleviare il dolore.

Una patologia vascolare sistemica, con prevalente localizzazione agli arti inferiori, riconducibile ad una IV classe NYHA, tenuto conto del quadro sintomatologico previsto nella seconda parte delle tabelle dell'invalidità civile allegate al D.M. 5 febbraio 1992 alla voce "apparato cardiocircolatorio", produce in maniera autonoma una gravissima compromissione funzionale, che nel caso in esame risulta persino "a rischio", in considerazione del sottostante quadro di ipertensione arteriosa, quantunque di grado lieve (ascrivibile ad una I classe NYHA), che inevitabilmente concorre ad aggravare il già critico livello di ischemia.

La valutazione globale del caso di T.G. non può prescindere ovviamente dalla gravissima limitazione funzionale della deambulazione, soprattutto se si considera l'impossibilità di applicare apparecchi protesici sul moncone sinistro residuo, non solo perché il III stadio di una arteropatia obliterante di per sé si associa a dolore a riposo, ma soprattutto perché la compressione che si verrebbe a creare nella sede di applicazione dell'impianto protesico finirebbe per ostacolare il flusso ematico del moncone, esponendo il paziente al rischio di gangrena secca e quindi di una nuova amputazione.

*La valutazione delle condizioni previste per il beneficio dell'indennità di accompagnamento*

Una volta appurata la sussistenza delle condizioni richieste per il riconoscimento di uno stato invalidante valutabile con percentuale pari al 100%, il successivo aspetto della valutazione dell'anziano ultrasessantacinquenne riguarda l'accertamento dei requisiti richiesti per la concessione dell'indennità di accompagnamento.

Anche in tale caso si rende necessario un breve richiamo normativo, soprattutto in merito all'interpretazione dell'espressione "atti quotidiani della vita" ed alla sua sostanziale equivalenza con quella che definisce "i compiti e le funzioni proprie dell'età", sulla base del concetto, introdotto dalla Circolare Ministeriale del luglio 1998, delle cosiddette "attività attese e consuete".

Considerata la possibilità di leggere il disposto normativo in modo estensivo, l'interpretazione che proviene dalla migliore dottrina medico legale (9), (10) ritiene di fatto le funzioni ed i compiti propri di un soggetto ultrasessantacinquenne equiparabili alle attività che di regola caratterizzano la maggior parte degli anziani: leggere, giocare a carte, vedere la televisione, ascoltare la musica, passeggiare, ecc., senza dimenticare le funzioni fisiologiche ed in genere gli atti quotidiani, che sono comunque considerati indispensabili per assicurarsi una vita dignitosa e che potrebbero essere resi difficoltosi, faticosi, critici da una o più menomazioni.

A tal proposito appare opportuno ricordare la definizione di "atti quotidiani della vita" contenuta nella Circolare Ministeriale n. 14 emanata dal Ministero del Tesoro il 28 settembre 1992 che aveva specificato trattarsi di "quelle azioni elementari che espleta quotidianamente un soggetto normale di corrispondente età e che rendono il minorato che non è in grado di compierle, bisognevole di assistenza", rientrando in quest'ambito "un insieme di azioni elementari ed anche relativamente più complesse non legate a funzioni lavorative, tese al soddisfacimento di quel minimo di esigenze medie di vita rapportabili ad un individuo normale di età corrispondente, così da consentire ai soggetti non autosufficienti, condizioni esistenziali compatibili con la dignità della persona umana [...]: vestizione, nutrizione, igiene personale, espletamento dei bisogni fisiologici, effettuazione degli acquisti e compere, preparazione dei cibi, spostamento

---

---

nell'ambiente domestico o per il raggiungimento del luogo di lavoro, capacità di accudire alle faccende domestiche, conoscenza del valore del denaro, orientamento temporo-spaziale, possibilità di attuare condizioni di autosoccorso o di chiedere soccorso, lettura, messa in funzione di radio e televisione, ecc.”.

Come autorevolmente sostenuto in un convegno internazionale tenutosi a Roma il 18-19 novembre 1999, le attività del vivere quotidiano possono essere definite in base alla loro importanza: alcune non sono essenziali alla sopravvivenza in senso stretto, ma indubbiamente lo sono alla vita in senso lato, soprattutto in ordine alla sua qualità: si consideri ad esempio la capacità di preparare il cibo, curare il proprio aspetto, viaggiare, spostarsi a proprio piacimento, comunicare con gli altri, avere delle relazioni sociali, e, non ultimo, svolgere attività per le quali si è retribuiti.

Altre assumono un significato particolare, rivestendo quel rilievo di “attività essenziali, necessarie alla vita stessa”, quali mangiare autonomamente, riuscire a vestirsi da soli, compreso il saper riconoscere le condizioni in cui è opportuno vestirsi in un determinato modo, tenersi puliti quanto basta per evitare malattie, lo spostarsi autonomamente nel proprio territorio: anche queste, ovviamente, sono funzioni proprie dell'età e variano caratteristicamente in funzione dell'età, ma indubbiamente costituiscono “atti quotidiani della vita”, la cui mancanza rende il soggetto incapace di “vita autonoma” e quindi meritevole della concessione dei benefici economici della indennità di accompagnamento”, o della assistenza continuativa (11).

Il concetto di “incapacità” o, in termini positivi, di “capacità” non può prescindere dal riferimento all'ambiente di vita della persona in esame, in quanto ciò che si è chiamati a valutare è il “globale” funzionamento del soggetto, inteso come “capacità della persona di interagire ed adattarsi alle più diverse circostanze” (11).

Il concetto di “vita autonoma” va ovviamente riferito alla sussistenza di situazioni patologiche che pongono il soggetto nella “totale impossibilità di badare a sé stesso”, non già alla sola “autosufficienza”, dal momento che non esiste un'autonomia “assoluta” di vita (es. un uomo perfettamente sano non può sopravvivere senza adeguata protezione a temperature polari).

In tal senso si è espressa del resto la Suprema Corte che con sentenza n. 10017/99 ha definito la situazione patologica di totale impossibilità a badare a sé stesso come derivata da infermità tali da compromettere in modo determinante la capacità di gestione della persona negli atti propri della vita quotidiana (5).

Tenuto conto di ciò, il problema sorge in relazione ai requisiti medico-legali richiesti per la concessione dell'indennità di accompagnamento ex art. 2 Legge 11 febbraio 1980 n.18: la totale inabilità per affezioni fisiche o psichiche cui si aggiunga l'impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore oppure il non essere in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, per cui si abbisogna di un'assistenza continua.

---

Di fatto per la lettura combinata dell'art. 1 Legge 18/1980 e dell'art. 6 D. Lgs. 509/1988, la concessione dell'indennità di accompagnamento ad un soggetto ultrasessantacinquenne è subordinata innanzitutto al possesso del requisito della totale inabilità per affezioni fisiche e psichiche. Contrariamente a quanto autorevolmente sostenuto in dottrina (4), l'art. 6 del D. Lgs. 509/88 non sembra assimilare ipso facto la condizione di difficoltà persistenti a svolgere le funzioni ed i compiti propri dell'età allo stato di inabilità lavorativa assoluta e permanente, ma si limita ad introdurre, ai soli fini dell'assistenza socio sanitaria e dell'indennità di accompagnamento, una definizione di mutilati ed invalidi diversa da quella prevista dall'art.2 della L. 118/71.

In realtà, il requisito della totale inabilità previsto ex art. 1 L.18/80 deve essere dimostrato anche nei mutilati ed invalidi ultrasessantacinquenni, laddove la differente valutazione rispetto ai soggetti in età lavorativa riguarda la diversa definizione dello stato di invalidità, nel primo caso correlata alla sussistenza delle difficoltà persistenti a compiere le funzioni proprie dell'età, nell'altro connessa alla riduzione della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo.

Questa esigenza introduce nella valutazione dell'ultrasessantacinquenne un ulteriore elemento di difficile interpretazione: mentre da un lato il richiamo alla necessaria presenza di affezioni fisiche e psichiche di cui all'art. 1 L. 18/80 sembra escludere le condizioni di para-fisiologico deterioramento psico-fisico ("senectus ipsa morbus"), dall'altro occorre tenere conto del fatto che la totale inabilità di un soggetto ultrasessantacinquenne, essendo riferita non alla incapacità lavorativa ma al parametro dell'invalidità psico-fisica che non consente di compiere le attività attese e consuete, di fatto comprende la quota di incidenza del "danno biologico" sugli atti quotidiani che, come detto, rientrano nell'ambito delle funzioni e compiti propri dell'età.

Se ne ricava conseguentemente che riconoscere una totale inabilità (ovvero una percentuale di invalidità pari al 100%) in un soggetto ultrasessantacinquenne equivale a constatare nella stessa persona un danno biologico pari al 100% e quindi la presenza dei presupposti patologici che determinano l'impossibilità a compiere gli atti quotidiani della vita, rendendone pertanto necessaria l'assistenza continua.

Non si vede infatti come sia possibile immaginare il grado di autonomia di un soggetto ultrasessantacinquenne affetto da menomazioni che rendano critica in maniera persistente - concetto assai più stringente di quello insito nell'attributo "permanente", in quanto sottolinea maggiormente il carattere di continuità della menomazione - la capacità di compiere le funzioni proprie dell'età, tra le quali anche i c.d. atti quotidiani. Ci si dovrebbe chiedere a quali energie psico-fisiche possa attingere un soggetto anziano ritenuto affetto da menomazioni così gravi da comportare la perdita della capacità di compiere le funzioni proprie dell'età (e quindi degli atti quotidiani della vita) per continuare ad assicurarsi una vita dignitosa, senza ricorrere all'assistenza continua.

---

Volendo a questo punto comparare la totale inabilità dell'ultrasessantacinquenne al danno biologico totale, ci sembra opportuno richiamare i casi di invalidità pari al 100% previsti in una delle tabelle orientative per la valutazione del danno biologico: l'emiasomatognosia con emiplegia omolaterale e disturbi della sensibilità specifica nell'ambito di una sindrome parietale; l'emianestesia con iperpatia termica associata ad emiparesi nell'ambito di una sindrome talamica; il parkinsonismo bilaterale; la sindrome demenziale traumatica associata a crisi epilettiche; la sindrome cerebellare bilaterale grave; la quadriplegia midollare completa a livello del quinto segmento cervicale con paralisi atrofica di alcuni muscoli e paralisi spastica di altri muscoli degli arti superiori, del tronco e degli arti inferiori; la quadriplegia midollare completa a livello cervicale inferiore con paralisi atrofica dei muscoli flessori del polso e delle dita e dei piccoli muscoli delle mani e paralisi spastica degli arti inferiori; la paraplegia midollare completa a livello della regione dorsale media con paralisi atrofica dei muscoli intercostali e paralisi spastica dei muscoli dell'addome e degli arti inferiori; la paraplegia midollare a livello del terzo e quarto segmento lombare con paralisi atrofica bilaterale dei muscoli quadricipite ed adduttori della coscia e paralisi spastica degli altri muscoli degli arti inferiori; le gravi aritmie o subscopimento cardiaco; l'insufficienza respiratoria con riduzione della CV superiore all'80%; la perdita di entrambe le mani; la cirrosi con alterazioni della protrombinemia, ipertensione portale ed aumento della bilirubinemia; le lesioni pancreatiche con complicazioni diabetiche; l'insufficienza surrenalica conseguente a lesioni delle ghiandole surrenali; la perdita di entrambe le gambe al terzo superiore (8).

Si tratta di situazioni di *superinvalidità*, cui la citata tabella orientativa – differentemente dalle altre e da quella introdotta in ambito INAIL ex D.Lgs. 38/2000 - attribuisce la percentuale del 100% sulla base del principio della *focalità delle menomazioni* (13), per il quale, rispetto al cento attribuito convenzionalmente alla persona, i valori percentuali vengono computati in relazione all'importanza della menomazione sulla vita e sul benessere, in tutti i suoi aspetti. Come è stato autorevolmente sottolineato il riverbero su tutta la persona delle superinvalidità è “quasi incommensurabile” (6).

Le situazioni di **invalidità biologica assoluta** appena ricordate sono del resto sovrapponibili a quelle previste per il riconoscimento della “superinvalidità” dell'assicurato in ambito INAIL: riduzione dell'acutezza visiva tale da permettere soltanto il conteggio delle dita alla distanza della visione ordinaria da vicino (30 cm.) o più grave; la perdita di nove dita delle mani, compresi i due pollici; le lesioni del sistema nervoso centrale che abbiano prodotto paralisi totale flaccida dei due arti inferiori; l'amputazione bilaterale degli arti inferiori (di cui uno sopra il terzo inferiore della coscia e l'altro all'altezza del collo del piede o al di sopra oppure all'altezza del collo del piede o al di sopra, quando sia impossibile l'applicazione di protesi); la perdita di una mano o di ambedue i



piedi, anche se sia applicabile una protesi; la perdita di un arto superiore e di un arto inferiore; l'alterazione delle facoltà mentali che apportino gravi e profondi perturbamenti alla vita organica e sociale; le malattie ed infermità che rendono necessaria la continua o quasi continua degenza a letto.

Dalla comparazione appena descritta si ricava che le condizioni di danno biologico totale costituiscono da tempo in altri settori di tutela situazioni patologiche che rendono l'individuo che ne risulta affetto meritevole di assistenza continuativa.

In mancanza di una inequivocabile interpretazione del concetto di totale inabilità da parte del Legislatore che secondo taluni autori (9) dovrebbe rimuovere un simile requisito nella concessione dell'indennità di accompagnamento e in assenza di chiare normative esplicative, la soluzione che abbiamo inteso proporre nei due casi esaminati è partita dal presupposto che il primo aspetto da valutare nell'ultrasessantacinquenne riguarda la sussistenza di un deficit funzionale gravissimo, per la cui definizione, come discusso in precedenza, può essere utile il ricorso alla seconda parte delle tabelle allegate al D.M. 5 febbraio 1992, indicative del "danno funzionale permanente".

Dovrebbe essere evitato invece il riferimento alla valutazione percentuale indicata nelle altre tabelle allegate al suddetto D.M., in quanto espressione esclusiva della riduzione della capacità lavorativa generica e quindi fuorviante nel giudizio di invalidità di un soggetto ultrasessantacinquenne e altrettanto in quello di incapacità a compiere gli atti quotidiani della vita.

Mentre infatti appare ammissibile l'ipotesi che un soggetto totalmente e permanentemente inabile al lavoro non presenti infermità tali da compromettere in maniera determinante la capacità di gestione degli atti quotidiani della vita - specie laddove si consideri che la totale inabilità lavorativa è il risultato di valutazioni percentuali tabellate - non sembra possibile, a giudizio di chi scrive, disconoscere la sussistenza della necessità di assistenza continua per gli invalidi ultrasessantacinquenni ritenuti totalmente inabili, in quanto affetti da minorazioni psico-fisiche tali da determinare gravissimo deficit funzionale di uno o più apparati, secondo le indicazioni contenute nella seconda parte delle tabelle allegate al D.M. 5 febbraio 1992.

Appare evidente infatti che patologie che determinino deficit funzionali compresi in IV classe o stadio, secondo l'indicazione contenuta nella seconda parte delle tabelle di cui al D.M. 5 febbraio 1992, impediscono lo svolgimento dell'attività fisica ordinaria e pertanto non possono consentire lo svolgimento degli atti quotidiani.

Nel primo caso sopra riportato, (A.B.) la grave compromissione funzionale di per sé conseguente allo stato di demenza precoce impedisce lo svolgimento di qualsiasi attività fisica che coinvolga le attività intellettive. Dottrina recentissima (9) suggerisce peraltro che a tale regola non dovrebbero sfuggire nemmeno gli stati c.d. predemenziali, dal momento che il deterioramento psichico si

---

manifesta, come detto, con graduale e progressivo decadimento delle funzioni mentali, quali la memoria, il giudizio, la critica, il ragionamento, espressione di una sofferenza organica diffusa, raramente focale, dell'encefalo. Questa connotazione dell'anziano, nelle fasi evolutive della malattia cerebrovascolare, quale è quella di cui si discute, comporta frequentemente delle poussés, alternate a periodi di relativa, anche se breve, lucidità. Ne consegue che l'anziano in questo avvicinarsi fra obnubilamento e lucidità, può costituire un serio pericolo per se stesso e per gli altri, imponendo così un'assistenza continuativa finalizzata dunque ad impedire azioni inadeguate. Ricordiamo inoltre a tal proposito che nel concetto di permanenza, non è escluso uno stato invalidante contrassegnato da manifestazioni clinicamente remittenti e che in quello di persistenza vi è insito il richiamo alla continuità-cronicità della malattia.

Nel secondo caso, (T.G.) la gravissima compromissione funzionale conseguente all'arteriopatia obliterante degli arti inferiori, che abbiamo dimostrato precedentemente assimilabile ad una condizione patologica riconducibile ad una IV Classe NYHA ("dispnea a riposo"), impedisce lo svolgimento di qualsiasi attività fisica che coinvolga l'uso dell'arto superstite o peggio del moncone. Occorre anche considerare che persino il riposo a letto può risultare sovente difficoltoso, se non addirittura impossibile, stante la comparsa del dolore, in parte alleviato dall'assunzione di posizioni "obbligate".

## CONCLUSIONI

La valutazione dell'ultrasessantacinquenne, essendo svincolata dal riferimento all'attività lavorativa, non può basarsi sul richiamo alle percentuali indicate nelle tabelle allegate al D.M. 5 febbraio 1992, in quanto queste riflettono il grado di riduzione della capacità lavorativa c.d. generica.

Attraverso gli esempi che sono stati illustrati in sede di discussione, abbiamo inteso dimostrare come un corretto approccio metodologico debba basarsi essenzialmente sulla definizione della gravità del deficit funzionale, utilizzando i suggerimenti contenuti nella seconda parte delle tabelle allegate al D.M. 05.02.1992.

Una volta stabilita l'entità del danno funzionale, che alla luce delle indicazioni contenute nella Circolare Ministeriale del 27 luglio 1998 potrà essere lieve, medio-grave o grave, si provvederà ad indicare la valutazione percentuale, tenuto conto del fatto che deficit funzionali gravi, i quali rispecchiano un danno biologico pari al 100%, automaticamente comportano la perdita delle funzioni proprie dell'età compresi gli atti quotidiani della vita, rendendo il soggetto bisognoso di assistenza continua.

## RIASSUNTO

**Lo scopo di questo contributo è quello di suggerire un approccio metodologico nella valutazione dell'invalidità dell'ultrasessantacinquenne alternativo a quello correntemente utilizzato dalle apposite Commissioni A.S.L.. E' consuetudine infatti che le Commissioni esprimano il loro parere facendo riferimento, anche per gli ultrasessantacinquenni, alle percentuali indicate nelle tabelle del D.M. 05.02.1992. Questa metodologia tuttavia non può essere ritenuta valida, perché le percentuali di invalidità di cui alle tabelle sono indicative della riduzione o della perdita della capacità lavorativa c.d. generica. Accertare la totale inabilità dell'ultrasessantacinquenne comporta invece il riconoscimento della totale compromissione delle funzioni proprie dell'età, nel cui ambito vanno ricompresi gli atti quotidiani della vita. Attribuire una percentuale di invalidità pari al 100% in un soggetto ultrasessantacinquenne equivale pertanto anche a riconoscere contestualmente la presenza di una delle condizioni richieste per la concessione dell'indennità di accompagnamento.**

---

## BIBLIOGRAFIA

- 1) ALTAMURA B.M.: «*Criteri medico -legali per il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento*». Convegno Nazionale di Medicina Legale L'invalidità civile: Aspetti giuridici e medico-legali. L'Aquila 14-16 maggio 1987. Atti pregressuali, Colosseum Roma, 1987.
- 2) «*Barème fonctionnel indicatif des incapacités en Droit Commun. Paris*»: Le Concours Medical, 1982.
- 3) BROCKLEHURST, S.C.: «*Geriatrics*». III edizione italiana a cura di Francesco Antonini, Milano Masson, 1994.
- 4) CARLINI L.: «*Aspetti medico-legali della tutela degli stati di invalidità, cecità e sordomutismo civili*». Trattato di Medicina Legale e Scienze affini a cura di Giusti G. Padova CEDAM, 1999.
- 5) Cass. Civile sez. Lavoro sentenza n. 10017/99 del 16.09.1999.
- 6) FIORI A. «*Appunti per una criteriologia scientifica nella costruzione di guide tabellari per la valutazione medico-legale del danno biologico permanente*». Riv. It. Med. Leg. 2001; 4-5: 663-677.
- 7) «*Guides to the evaluation of permanent impairment*», II ed. Chicago AMA, 1984.
- 8) LUVONI R., MANGILI F., BER-NARDI L.: «*Guida alla valutazione medico-legale dell'invalidità permanente*». Milano Giuffrè, 1994.
- 9) MARTINI M. SCORRETTI C. «*L'invalidità civile*». Parma Essebiemme, 1999, 3.
- 10) SCORRETTI C.: «*Handicap ed Invalidità Civile*». Napoli Liviana, 1993.
- 11) SCORRETTI C.: «*Prospettive sui criteri di valutazione dell'invalidità civile*». Atti della Conferenza Internazionale su «*La tutela del disabile nel 2000*», 67. Roma
- 12) UMANI RONCHI G.: «*Verso l'armonizzazione dei criteri di valutazione delle disabilità. In Atti della Conferenza Internazionale su La tutela del disabile nel duemila*». Roma 18-19 novembre 1999, 101.

---

# Le psicosi. Metodologia valutativa dell'invalidità pensionabile

Giuseppe VITIELLO

Dirigente medico-legale 2° livello  
Sede Regionale INPS - Torino

Giambattista SPINELLI

Dirigente medico-legale 1° livello  
CIM Saluzzo (CN)

L'incidenza della patologia psichiatrica sull'invalidità pensionabile appare in costante ascesa: dai dati statistici INPS risulta infatti che si è passati dal 5,17% del 1974 al 7,50 % del 2001 per quanto riguarda gli assegni ordinari di invalidità, il che colloca tali patologie al quarto posto, dopo le malattie cardiovascolari, le neoplasie e le osteoartropatie; per quanto riguarda l'inabilità le malattie psichiatriche rappresentano invece il 6,40 % del totale, collocandosi così al quarto posto dopo le neoplasie, le malattie del sistema nervoso centrale e le malattie cardiovascolari. Nell'ambito delle malattie psichiatriche assumono importanza del tutto preminente le psicosi, le quali peraltro sono state oggetto di un ampio dibattito giustificato da un lato da divergenze in ordine alla definizione nosologica, e di cui sono espressione le diverse classificazioni proposte; dall'altro lato, da indubbe difficoltà nello stabilire criteri oggettivi di definizione della gravità del danno.

Il termine psicosi è stato introdotto da von Feuchtersleben nel 1846 per indicare un gruppo eterogeneo di condizioni che hanno in comune una grave alterazione delle funzioni mentali, un disturbo del contatto psicologico con la realtà ed un comportamento sociale aberrante.

Successivamente il termine psicosi ha ricevuto interpretazioni varie: alcuni, basandosi sul grado di menomazione del funzionamento globale dell'individuo, hanno definito la psicosi come una menomazione che interferisce grossolanamente con la capacità di affrontare le ordinarie necessità della vita; i più, facendo invece riferimento al corredo sintomatologico hanno definito la psicosi ora restrittivamente, come quella condizione caratterizzata da deliri e/o allucinazioni rilevanti, associati o meno a consapevolezza della loro natura patologica, ora meno restrittivamente, come quella condizione in cui sono presenti gli altri sintomi "positivi" della schizofrenia (eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato o catatonico).

## CLASSIFICAZIONE

Numerosi sono stati i tentativi di classificare le malattie mentali. Per quanto riguarda specificatamente le psicosi la maggior parte degli Autori - Tanzi e Lugaro (21) (1923), Bini e Bazzi (5) (1959), Giberti e Rossi (10) (1972), Fornari (9) (1989) - sulla base del criterio etiologico ha distinto psicosi organiche (con base biologica apprezzabile e dimostrata) ed endogene (con base biologica non dimostrata, ma semmai supposta); lo stesso criterio è stato utilizzato nell' ICD-8 del 1968 (15) e dall' ICD-9 del 1978 (16), che prevedono entrambi dieci tipi di psicosi. Il DSM-I del 1952 (1) considerava tutte le psicosi nel capitolo dei disturbi a genesi psichica senza cause fisiche e/o modificazioni strutturali del cervello, al pari delle nevrosi e dei disturbi di personalità. Sia il DSM-II (2) che il DSM-III (3) hanno utilizzato invece il criterio etiologico, per cui distinguevano psicosi organiche e psicosi endogene: il DSM-III, in particolare, considerava psicosi endogene la Schizofrenia, il Disturbo delirante, il Disturbo dell'umore con aspetti psicotici, la Psicosi reattiva breve, il Disturbo schizoaffettivo, il Disturbo schizofreniforme, il Disturbo psicotico indotto.

Il DSM-IV (4) ha abbandonato invece qualsiasi riferimento alla natura "organica" di un disturbo mentale, ritenendola fuorviante in quanto presuppone l'esistenza di disturbi non organici, privi di una base biologica. Secondo il DSM-IV sono da considerare come psicosi la Schizofrenia, il Disturbo schizofreniforme, il Disturbo schizoaffettivo, il Disturbo delirante, il Disturbo psicotico breve, il Disturbo psicotico dovuto ad una condizione medica generale, il Disturbo psicotico indotto da sostanze, il Disturbo psicotico condiviso.

## QUADRI CLINICI

### Schizofrenia

Nella schizofrenia esiste fundamentalmente un'alterazione dell'autonomia dell' Io relativamente alle sue funzioni cognitive, organizzative, previsionali, decisionali ed esecutive; alterazioni che impediscono al soggetto di emettere risposte adeguate ed adattate, e si traducono in tutta una serie di disturbi fondamentali: perdita di unitarietà e di coesione nella coscienza dell' Io; conseguente venire meno della funzione integrativa dell' Io (cd. dissociazione); mancanza di sintonia con l'ambiente e ripiegamento su se stesso, in un mondo più o meno ricco di evocazioni fantastiche e temi deliranti (cd. autismo ricco o povero); perdita del contatto vitale con la realtà, con distacco tra malato e mondo esterno, soprattutto sul piano emotivo-affettivo. Tutto ciò si traduce in una serie di sintomi, distinti in sintomi positivi e sintomi negativi. Sintomi positivi sono: deliri (patognomonici quelli cd. bizzarri), allucinazioni (patognomoniche quelle uditive in cui due voci conversano tra loro o una voce commenta le azioni del

---

soggetto), disorganizzazione del pensiero (cd. disturbo formale del pensiero), comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico. I sintomi negativi sono: appiattimento dell'affettività, alogia, abulia. Secondo il DSM-IV per la diagnosi di schizofrenia occorre che siano presenti almeno due dei sintomi ricordati (Criterio A), per almeno un mese (o periodi più brevi se trattati con successo); peraltro è sufficiente un solo sintomo se trattasi di quelli patognomomici già ricordati. Occorre, poi, che i disturbi persistano per almeno sei mesi (Criterio C), con almeno un mese di sintomi che soddisfino il Criterio A (di meno se trattati): durante tale periodo devono sussistere sintomi negativi, o sintomi positivi, anche se attenuati. E' poi necessario che i disturbi causino una disfunzione sociale e/o lavorativa (Criterio B) per un periodo significativo.

Da tempo sono stati individuati vari tipi di schizofrenia, a secondo della prevalente sintomatologia. Il DSM-IV prevede cinque tipi: paranoide, disorganizzato, catatonico, indifferenziato, residuo.

Nella Schizofrenia tipo paranoide predominano le alterazioni del pensiero e della percezione: le manifestazioni principali sono quindi i deliri e le allucinazioni; nella Schizofrenia tipo disorganizzato (un tempo nota come ebefrenica) predominano i disturbi dell'affettività, per cui le manifestazioni principali sono l'eloquio ed il comportamento disorganizzato, l'affettività piatta o inadeguata; tuttavia, sono sempre evidenti anche disturbi della volontà (impulsi, manierismi, stereotipie), allucinazioni, deliri di vario tipo. Nella Schizofrenia catatonica predominano le alterazioni della volontà, per cui le manifestazioni principali sono l'arresto motorio (con catalessia, stupor), ovvero un'eccessiva attività motoria apparentemente senza scopo e non influenzata da stimoli esterni; negativismo estremo (con mutacismo e postura rigida), peculiarità del movimento (postura fissa, pose bizzarre o inadeguate, movimenti stereotipati, manierismi, smorfie). Nella Schizofrenia tipo indifferenziato sono presenti le manifestazioni generali della schizofrenia, senza che vengano soddisfatti i criteri per i tre tipi già elencati. Nella Schizofrenia tipo residuo vi sono sintomi positivi attenuati e sintomi negativi: si tratta in effetti di una schizofrenia in remissione parziale.

In tutti i tipi di schizofrenia possono essere presenti altri sintomi, più o meno rilevanti: affettività lievemente inadeguata (un'affettività francamente inadeguata è presente solo nel tipo disorganizzato), ambivalenza, anedonia, disturbi del sonno, alterazione dell'attività psicomotoria, difficoltà di concentrazione, distraibilità; non rari una certa disfunzione cognitiva (deficit di memoria, difficoltà di orientamento, confusione mentale); frequente la mancanza di consapevolezza di malattia (che può condizionare notevolmente la compliance per il trattamento).

Il decorso della schizofrenia è tipicamente cronico, anche se alcuni individui presentano fasi di esacerbazioni e fasi di remissione. La remissione solo raramente è completa; di solito si tratta di una remissione parziale, in cui i sintomi positivi sono assenti o quasi ma sono presenti sintomi negativi: tale evenienza è statisticamente più frequente con i tipi paranoide e indifferenziato, mentre è

rara per il tipo catatonico ed ancor più per il tipo disorganizzato. La remissione parziale può essere continuativamente presente per anni, con o senza esacerbazioni acute; in rari casi preclude ad una remissione completa.

### **Disturbo schizofreniforme**

Le caratteristiche del disturbo schizofreniforme sono analoghe a quelle del criterio A per la Schizofrenia; tuttavia, la durata della malattia è superiore a un mese ma inferiore a sei mesi, e non è prevista la compromissione del funzionamento sociale e/o lavorativo (che può essere presente o no). Si ritiene che un terzo dei soggetti con Disturbo schizofreniforme guarisca entro sei mesi; due terzi dei soggetti possono evolvere verso quadri di disturbo schizoaffettivo o di schizofrenia.

### **Disturbo schizoaffettivo**

La caratteristica del Disturbo schizoaffettivo è un periodo di malattia durante il quale ad un certo punto vi è un episodio depressivo maggiore, maniacale o misto, in concomitanza con sintomi del Criterio A per la schizofrenia. L'episodio depressivo maggiore deve durare almeno due settimane, mentre per l'episodio maniacale o misto è sufficiente una durata di una settimana; inoltre, disturbi dell'umore devono essere presenti anche al di fuori dell'episodio depressivo maggiore, maniacale o misto, per un considerevole periodo della malattia (ove il "considerabile" va valutato criticamente alla luce della durata complessiva della malattia). E' stato segnalato che il Disturbo schizoaffettivo va frequentemente incontro alla remissione parziale, soprattutto quando i disturbi dell'umore sono di tipo maniacale o misto.

### **Disturbo delirante**

La principale manifestazione del Disturbo delirante sono i deliri, non bizzarri, che persistono per almeno un mese. Possono essere presenti allucinazioni, ma non sono di solito rilevanti; il comportamento non appare disorganizzato, possono essere presenti disturbi dell'umore in concomitanza dei deliri, ma sono di solito di breve durata. Il funzionamento sociale e/o lavorativo è variabile: quasi integro in alcuni casi, di solito è moderatamente compromesso; in alcuni casi è marcatamente scadente, laddove deriva dalle stesse convinzioni deliranti; è stato anche notato che ad uno scadente funzionamento sociale nell'ambito coniugale può corrispondere un discreto funzionamento lavorativo, e che generalmente il funzionamento sociale e lavorativo è nettamente migliore quando le idee deliranti non sono messe in discussione o attivamente contestate.

Il decorso del disturbo delirante è quanto mai vario: alcuni casi vanno in remissione completa e guariscono completamente entro pochi mesi, oppure presentano una ricaduta; in altri casi si ha una remissione parziale, durante la quale i disturbi deliranti persistono ma notevolmente attenuati: tale fase può preludere ad una remissione completa, ma può essere interrotta da esacerbazioni. Tra i vari tipi di de-

liri, quello a prognosi migliore pare essere il delirio di gelosia.

### **Disturbo psicotico breve**

La caratteristica del disturbo psicotico breve è un periodo di malattia in cui è presente almeno un sintomo per il Criterio A della schizofrenia, di durata inferiore ad un mese, con ritorno del soggetto al normale funzionamento sociale e lavorativo.

### **Disturbo psicotico condiviso**

Si tratta della cd. “folie a deux”. Esiste un delirio, che si sviluppa in un soggetto che è in una relazione molto stretta con altro soggetto (cd induttore o caso primario) che presenta a sua volta un delirio, sì che le convinzioni deliranti di uno vengono condivise dall’altro. Si ritiene che trattasi di casi a decorso cronico; tuttavia, se avviene la separazione dal caso primario è frequente la remissione anche completa, sia pure entro tempi non sempre brevi.

### **Disturbo psicotico dovuto ad una condizione medica generale**

La caratteristica del disturbo psicotico dovuto ad una condizione medica generale consiste nell’esistenza di deliri e allucinazioni, dovuti agli effetti di una condizione medica generale. Queste possono essere le più varie: malattie neurologiche (neoplasie, malattie vascolari, malattia di Huntington, epilessia, lesioni del nervo acustico, sordità, malattie infiammatorie del sistema nervoso centrale); malattie endocrine (ipo o ipertiroidismo, ipo o iperparatiroidismo, iposurrenalismo); condizioni metaboliche varie (ipossia, ipercapnia, iperglicemia); squilibri idroelettrolitici; malattie epatiche o renali con quadri di insufficienza d’organo; malattie autoimmunitarie che coinvolgono il sistema nervoso (come nel lupus). E’ stato notato che i deliri sono particolarmente frequenti in caso di interessamento dei lobi temporali o delle strutture sottocorticali.

### **Disturbo psicotico indotto da sostanze**

Anche in questo caso si osservano allucinazioni e deliri, in relazione all’uso di una sostanza. Il DSM-IV precisa che la diagnosi può essere posta solo se deliri e allucinazioni sono presenti al di fuori di un delirium, e se le manifestazioni sono più intense di quelle che solitamente si registrano nel corso di una sindrome da astinenza o in un’intossicazione da sostanze. Le sostanze di cui trattasi possono essere assai varie: alcool, amfetamine, cannabis, cocaina, allucinogeni, inalanti, oppiacei, fenciclidina e simili, sedativi, ipnotici, ansiolitici.

### **Disturbo psicotico non altrimenti specificato**

Comprende tutti i casi in cui esistono sintomi psicotici, ma non è possibile fare una diagnosi più precisa. E’ quindi una categoria residuale e temporanea, in quanto il decorso in genere chiarisce le difficoltà di diagnosi.

---



## VALUTAZIONE MEDICO LEGALE

Prima di affrontare le problematiche della valutazione medico legale delle psicosi riteniamo opportuna una considerazione preliminare. Negli ultimi decenni la psichiatria ha spostato l'attenzione sugli aspetti più strettamente clinici e psicopatologici del disturbo mentale, secondo un approccio clinico-nosografico basato sull'utilizzazione del DSM che, nelle sue varie edizioni, si è ormai affermato come strumento indispensabile e punto di riferimento obbligato per il clinico ed il ricercatore. E' innegabile, infatti, che il DSM ha raggiunto uno scopo fondamentale: aumentare l'affidabilità delle categorie diagnostiche così da ridurre al minimo la soggettività delle diagnosi, favorendo l'allontanamento della psichiatria da quell'area non scientifica nella quale l'interpretazione e quindi l'inquadramento sono tanti quanti i modelli teorici di riferimento e variano nel tempo a secondo della moda culturale. Con il DSM si è andata progressivamente riducendo quella variabilità dipendente dall'adozione di criteri diagnostici disparati che ha sempre minato l'affidabilità della diagnosi psichiatrica, rendendo poco comparabili diagnosi e ricerche compiute in sedi diverse, attraverso l'individuazione di caratteristiche psicopatologiche e cliniche universalmente accettate, attraverso l'acquisizione di un consenso sul significato di terminologie finora impiegate con accezioni diverse, attraverso l'eliminazione di termini e di concetti ormai diventati ambigui. Il risultato complessivo è che all'attività diagnostica in psichiatria è stata conferita una formulazione più propriamente descrittiva, del tutto sfrondata di quegli aspetti denunciati eventuali origini da particolari teorie od orientamenti; il giudizio diagnostico viene così ad essere il risultato di un'attività che si basa in primo luogo sulla descrizione dei sintomi e successivamente sulla loro valutazione analitico-sintetica e sull'interpretazione in rapporto a schemi di riferimento precostituiti in base all'esperienza clinica. In ambito medico legale, tuttavia, i giudizi diagnostici si devono riferire non solo ai sintomi osservati, ma anche ai parametri giuridici che sono propri del vigente sistema di giustizia. Per tale motivo i giudizi medico legali sono al tempo stesso più specifici, più complessi e più relativi di quelli propri della medicina clinica: più specifici, perché riguardano particolarmente le scienze comportamentali di rilievo clinico (psichiatria e psicologia); più complessi, perché i citati schemi di riferimento comprendono non solo gruppi di sintomi, ma anche concetti di ordine giuridico e sociale; più relativi, perché tali concetti di ordine giuridico-sociale, espressi dalle norme legali e dalla giurisprudenza, sono collegati al sistema vigente in quel dato momento storico nel Paese (6). Ora è evidente che il contributo positivo del DSM si riferisce solo alla specificità della diagnostica clinica, che è la base dell'attività psichiatrico-forense, ma non può evidentemente estendersi agli altri due aspetti che la caratterizzano, e cioè la complessità e la relatività dello schema di riferimento giuridico. Per questo motivo appare assolutamente da evitare l'errore di far coincidere le categorie diagnostiche con un determinato giudizio medico legale, sia esso espresso in ambito penale, civile o assicurativo-previ-

---

denziale. Occorre avere sempre ben presente che, come raccomanda lo stesso DSM-IV, l'assegnazione di una determinata diagnosi non implica uno specifico livello di compromissione funzionale o di invalidità, in quanto capacità ed incapacità variano grandemente all'interno di ciascuna categoria diagnostica. D'altra parte, il criterio puramente psichiatrico (o medico biologico), ancorato al determinismo ed al patologismo introdotti dalle dottrine bioantropologiche lombrosiane, e che limita la valutazione peritale alla diagnosi psichiatrica da cui deriveranno eo ipso esiti in merito ai diversi ambiti del diritto è da considerarsi obsoleto e non trova consensi da noi. E' invece necessario che il giudizio medico legale sia certamente ancorato ad una ben precisa nosografia, onde sottrarre la valutazione alla diversa sensibilità del singolo perito, evitando al contempo quegli esercizi di etichettatura che finiscono solo con il ridurre il sapere psichiatrico ad una pura questione di nominalismo e formalismo; nello stesso tempo, la perizia non può esaurirsi con il momento diagnostico, ma deve essere ampliata ed arricchita attraverso un'approfondita analisi psico-sociale e dinamico-strutturale. E' quindi inaccettabile, come annota Fornari (loc. cit.) , il salto metodologico del perito che, avendo ricostruito un iter psicodinamico nell'ambito di una tematica patologica psichiatrica per il solo fatto di averla identificata, le attribuisce un valore di infermità, facendo discendere eo ipso un giudizio medico legale: viceversa, occorre non limitare la valutazione al momento diagnostico, ma estenderla all'analisi di tutte le compromissioni funzionali che derivano dai disturbi psicopatologici del soggetto.

Alla luce di tali considerazioni possiamo dire che la valutazione delle psicosi finisce per essere scandita in due fasi: la definizione nosografia, con quantificazione della sintomatologia, e la definizione della capacità del soggetto; per entrambe le fasi appare raccomandabile l'utilizzazione delle rating scales. Esse si sono ormai affermate come strumenti atti a descrivere in maniera quantitativa i segni ed i sintomi della patologia mentale in modo da accrescere l'obiettività della valutazione clinica e consentire un'ampia registrazione di sintomi e tratti comportamentali. In quanto di interesse medico legale va annotato anche che le rating scales sono uno strumento oggettivo: certo l'oggettività assoluta non è possibile, in quanto le determinanti del comportamento sono, per la loro stessa natura, in parte oggettive ed in parte soggettive; tuttavia, le rating scales possono dirsi oggettive nella misura in cui permettono valutazioni uguali da parte di osservatori diversi che valutano lo stesso soggetto nelle stesse condizioni ambientali, e quindi la loro utilizzazione è raccomandata quando si vuole una valutazione standardizzata che riduca le difformità valutative.

Preliminarmente notiamo che le rating scales utilizzate per la definizione nosografica e la quantificazione della sintomatologia fanno riferimento alla distinzione, proposta da Crow (8), di due sindromi schizofreniche: il tipo 1, caratterizzato da buon adattamento premorbo, funzione cognitiva normale, prevalenza di sintomi positivi, buona risposta ai neurolettici; il tipo 2, caratterizzato invece da prevalenza di sintomi negativi, scarso adattamento premorbo, compromissione cognitiva,

scarsa risposta ai neurolettici. Tralasciando le RS di significato ormai solo storico (come TLC, SANS e SAPS, tutte proposte dalla Andreasen), ricordiamo la PANSS. Questa scala, proposta da Kay e coll. nel 1987 (14), prevede 30 item in tre distinti cluster (7 item per i sintomi positivi, 7 item per i sintomi negativi, 16 item per i sintomi psicopatologici generali); per ogni item è previsto un punteggio da 1 a 7. L'intervista prevede una fase iniziale non strutturata, in cui le informazioni vengono raccolte dal paziente e dai familiari, ed una fase strutturata successiva. Applicando l'analisi statistica con la PANSS si sono evidenziate, nell'ambito della popolazione schizofrenica, quattro cluster di sintomi: una sindrome positiva (caratterizzata da deliri ed allucinazioni), una sindrome negativa (caratterizzata da isolamento e mancanza di spontaneità), una sindrome depressiva (caratterizzata da colpa, ansia, depressione), una sindrome da eccitamento (caratterizzata da ostilità e scarso controllo degli impulsi). Queste sindromi si collocano spazialmente a formare una piramide, che ha per base un triangolo rettangolo ai cui vertici si trovano la sindrome depressiva (all'angolo retto), la sindrome negativa e la sindrome positiva (agli angoli acuti); al vertice della piramide si trova la sindrome da eccitamento. Le sindromi descritte non sono dimensioni separate, ma fanno parte di un continuum: il lato che unisce la sindrome positiva con la sindrome negativa (asse positivo-negativo) comprende pazienti classificabili nella categoria diagnostica della schizofrenia disorganizzata; il lato che unisce la sindrome negativa con la depressione (asse depressivo-negativo) comprende pazienti classificabili nella categoria diagnostica della schizofrenia catatonica; il lato che unisce la sindrome positiva con la sindrome depressiva (asse positivo-depressivo) comprende pazienti classificabili nella categoria diagnostica della schizofrenia paranoide. Altra scala interessante è la 3TRE proposta da Pancheri nel 1995 (17). Tale scala è costituita da tre sezioni, rispettivamente per i sintomi positivi, negativi e comportamentali; ogni sezione è articolata su 3 item, con un punteggio variabile per ciascun item da 1 a 5 (punteggio totale quindi da 9 a 45). La validazione statistica ha dimostrato che questa scala ha proprietà psicometriche non inferiori a quelle di altre scale, rispetto alle quali peraltro è di più semplice e rapida somministrazione. In un certo senso complementare alla 3TRE è la scala SCADIS, proposta dallo stesso Pancheri nel 1996 (18) per coprire l'importante settore della disorganizzazione ideativa; la scala si articola su 7 item (finalizzazione, capacità di astrazione, sistema simbolico di riferimento, logica di riferimento, ridondanza procedurale, procedura di controllo, qualità della comunicazione). Di un certo interesse è la scala AHQ, proposta da Husting e Hafner nel 1990 (12) per la valutazione delle allucinazioni uditive, dei deliri e dei disturbi dell'umore: la scala si articola su 9 item (item 1-2: deliri; item 3-6: allucinazioni; item 7-9: disturbi dell'umore), con la possibilità di aver dei punteggi parziali (per gruppi di item) o totali. La scala è utile in ambito strettamente clinico, di meno quando sono in gioco problematiche medico legali in quanto trattasi di una scala del tutto autosomministrata (si tratta più precisamente di un diario che il soggetto deve riempire tre volte al giorno alle ore 8-14-20).

---

Per quanto riguarda la definizione delle capacità del soggetto, si può far utile riferimento alle scale di valutazione dell'adattamento sociale. In primo luogo, ricordiamo la scala VGF (loc. cit. sub 4), (Tabella 1) che considera il funzionamento psicologico, sociale e lavorativo del soggetto indipendente da limitazioni fisiche o ambientali secondo una parametrizzazione che va da 90-100 (assenza di sintomi) fino a 1-10 che esprime il massimo grado di compromissione osservabile.

Un'altra scala utile è la SVFSL (loc. cit. sub 4), che si distingue dalla precedente perché valuta solo il funzionamento sociale e lavorativo del soggetto e non viene direttamente influenzata dalla gravità globale dei sintomi psichici; inoltre, essa tiene conto di ogni compromissione di funzionamento, anche se dovuta ad eventuali condizioni mediche generali.

*TABELLA 1*

<b>SCALA PER LA VALUTAZIONE GLOBALE DEL FUNZIONAMENTO (SCALA VGF)</b>	
91-100	Nessun sintomo. Funzionamento superiore alla norma in un ampio spettro di attività, i problemi della vita non sembrano mai sfuggire di mano, è ricercato dagli altri per le sue numerose qualità positive.
81-90	Sintomi assenti o minimi, buon funzionamento in tutte le aree, interessato e coinvolto in un ampio spettro di attività, socialmente efficiente, in genere soddisfatto della vita, nessun problema o preoccupazione, oltre a quelli della vita quotidiana.
71-80	Se sono presenti sintomi, essi rappresentano reazioni transitorie e attendibili a stimoli psicosociali stressanti; lievissima alterazione del funzionamento sociale, occupazionale e scolastico.
61-70	Alcuni sintomi lievi; oppure, alcune difficoltà nel funzionamento sociale, occupazionale o scolastico, ma in genere funziona abbastanza bene ed ha alcune relazioni interpersonali significative.
51-60	Sintomi moderati, oppure moderate difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo e scolastico
41-50	Sintomi gravi; oppure qualsiasi grave alterazione del funzionamento sociale, lavorativo e scolastico.
31-40	Alcune alterazioni nel giudizio di realtà o nella comunicazione. Oppure, menomazione grave in alcune aree, quali il lavoro o la scuola, le relazioni familiari, la capacità di giudizio, il pensiero o l'umore
21-30	Il comportamento è considerevolmente influenzato da deliri o allucinazioni. Oppure, grave alterazione della comunicazione o della capacità di giudizio, oppure incapacità di funzionare in quasi tutte le aree.
11-20	Qualche pericolo di fare del male a sé stessi o ad altri; oppure, occasionalmente non riesce a mantenere l'igiene personale minima, oppure grossolana alterazione della comunicazione
1-10	Persistente pericolo di fare del male a sé stessi o ad altri; oppure, persistente incapacità di mantenere un'igiene personale minima; oppure, grave gesto suicida con chiara aspettativa di morire.
0	Informazioni inadeguate.

## TABELLA 2

**SOCIAL DYSFUNCTION RATING SCALE (SDRS) (Lynn et al., 1969)**

**Istruzioni** : valutare ciascuno degli item come segue :

1. Assente    2. Molto lieve    3. Lieve    4. Moderato    5. Grave    6. Molto grave

**Valutazione di sé**

1. (.....) Bassa autostima
2. (.....) Mancanza di scopi
3. (.....) Mancanza di una soddisfacente filosofia o di un ideale di vita
4. (.....) Preoccupazioni per la propria salute

**Relazioni interpersonali**

5. (.....) Distacco emotivo
6. (.....) Ostilità
7. (.....) Manipolazione
8. (.....) Interdipendenza
9. (.....) Ansia
10. (.....) Sospettosità

**Capacità prestazionali**

- 11.(....) Mancanza di rapporti soddisfacenti con persone significative
- 12.(....) Mancanza di amici, di contatti sociali
- 13.(....) Necessità manifestata di un numero maggiori di amici, di contatti sociali
- 14.(....) Mancanza di lavoro (remunerativo o non remunerativo)
- 15.(....) Mancanza di soddisfazione nell'attività lavorativa
- 16.(....) Mancanza di attività nel tempo libero
- 17.(....) Necessità manifestata di tempo libero, di attività arricchenti e gratificanti
- 18.(....) Mancanza di partecipazione alle attività della comunità
- 19.(....) Mancanza di interesse verso i problemi e le attività della comunità
- 20.(....) Insicurezza economica
- 21.(....) Rigidità adattiva

In passato è stata molto usata la KAS, proposta da Katz e coll. nel 1963, oggi abbandonata perché troppo complessa (essa è articolata in sottoscale, ognuna con decine e decine di item). La SDRS proposta da Linn e coll. nel 1969 (13) (Tabella 2) è particolarmente utile per valutare la capacità del soggetto di far fronte ai problemi, di risolverli e di raggiungere i propri fini. I 21 item della scala si articolano in tre sottogruppi (valutazione di sé, relazioni interpersonali, capacità prestazionali), e prevedono un punteggio da 1 a 6 (punteggio totale da 21 a 126).

TABELLA 3

<b>SOCIAL ADJUSTMENT SCALE (SAS) – II</b>		
<b>AREA 1 - LAVORO</b>		
<b>1. ATTIVITÀ LAVORATIVA</b>		
1 = Lavoratore	2 = Casalinga	3 = Studente
<b>2. ASSIDUITÀ LAVORATIVA</b>		
<b>LAVORATORE</b>	<b>CASALINGA</b>	<b>STUDENTE</b>
1 = Meno di mezza settimana	1 = Espleta tutte le attività casalinghe per la maggior parte del tempo	1 = Meno di una settimana
2 = Fino ad una settimana	2 = Normalmente espleta la maggior parte delle attività	2 = Fino ad una settimana
3 = Più di una settimana, ma meno di due	3 = Espleta una parte delle attività, ma non tutte	3 = Più di una settimana, ma meno di due
4 = Più di due, ma meno di quattro settimane	4 = Normalmente non espleta la maggior parte delle attività	4 = Più di due, ma meno di quattro settimane
5 = Più di quattro settimane	5 = Generalmente non riesce ad espletare alcuna attività	5 = Più di quattro settimane
<b>3. ADEGUATEZZA DELLE PRESTAZIONI</b>		
<b>LAVORATORE</b>	<b>CASALINGA</b>	<b>STUDENTE</b>
1 = Nessuna compromissione	1 = Nessuna compromissione	1 = Nessuna compromissione
2 = Adeguato, ma con lieve compromissione	2 = Adeguato, ma con lieve compromissione	2 = Adeguato, ma con lieve compromissione
3 = Compromissione moderata, o lavoro a tempo parziale, o lavori occasionali svolti adeguatamente	3 = Compromissione moderata, o necessita/ricive aiuto	3 = Compromissione moderata
4 = Compromissione rilevante, o lavori occasionali svolti in maniera inadeguata	4 = Compromissione rilevante, o necessita/ricive aiuto consistente	4 = Compromissione rilevante
5 = Grave compromissione, o interruzione del lavoro	5 = Grave compromissione, o completa inattività	5 = Grave compromissione, o totale mancanza di prestazioni

Una scala molto usata, anche se indubbiamente più complessa, è la SAS – II, messa a punto da Schooler e coll. nel 1976 (20). Si tratta di una scala etrosomministrata, costruita come un'intervista, strutturata ed articolata su 52 item che esplorano 5 aree (lavoro, famiglia, famiglia esterna, socializzazione e tempo libero, benessere personale); per ogni item è previsto un punteggio, è poi previsto un punteggio sintetico per ciascuna area, nonché un punteggio sintetico globale (Tabella 3).

## SEGUE TABELLA 3

**4. SENTIMENTI DI INADEGUATEZZA**

- 1 = Si sente quasi sempre valido ed in grado di far fronte alle cose
- 2 = In genere o spesso si sente valido ed in grado di far fronte alle cose
- 3 = Talvolta si sente valido ed in grado di far fronte alle cose
- 4 = Non si sente quasi mai in grado di far fronte alle cose
- 5 = Non lavora o non classificabile

**5. ATTRITI**

- 1 = Nessun attrito, rapporti tranquilli
- 2 = Qualche lieve attrito, ma non esitamento
- 3 = Qualche attrito e/o tende a limitare alcuni contatti
- 4 = Attrito moderato e/o tende a limitare molti contatti
- 5 = Notevole attrito ed evita o viene evitato dagli altri
- 9 = Non classificabile, o in trattamento terapeutico di giorno

**6. SENSAZIONI DI MALESSERE**

- 1 = Nessuna sensazione di malessere
- 2 = Modesta sensazione di malessere
- 3 = Sensazione di malessere moderata
- 4 = Grave sensazione di malessere
- 5 = Sensazione di malessere molto intensa
- 9 = Non valutabile

**7. PREFERENZE LAVORATIVE**

- 1 = Molti aspetti del suo lavoro sono di suo gradimento
- 2 = Nell'insieme gli piace il suo lavoro, anche se alcuni aspetti secondari non sono di suo gradimento
- 3 = Vi sono tanti aspetti considerati positivi, quanti considerati negativi
- 4 = Non gli piacciono vari aspetti del suo lavoro, ma non totalmente
- 5 = Non gli piacciono molti aspetti del suo lavoro
- 9 = Non valutabile

**8. INTERESSE**

- 1 = Molto interessato
- 2 = Piuttosto interessato
- 3 = Neutro
- 4 = Poco interessato
- 5 = Molto poco interessato
- 9 = Non valutabile

**9. FONTI DI SOSTENTAMENTO ECONOMICO**

- 1 = Guadagni propri
- 2 = Guadagni del coniuge
- 3 = Pensioni, prestiti, interessi su risparmi
- 4 = Guadagni di altri
- 5 = Assistenza sociale, sussidi

**10. ADEGUATEZZA DELLA SITUAZIONE ECONOMICA**

- 1 = Entrate e risparmi adeguati per le spese, gli rimangono soldi o una certa capacità di acquisto
- 2 = Entrate e risparmi sufficienti per le spese indispensabili, rimane capacità di acquisto ridotta
- 3 = Entrate e risparmi appena sufficienti per le spese indispensabili
- 4 = Entrate e risparmi piuttosto inadeguati per le spese indispensabili
- 5 = Entrate e risparmi del tutto inadeguati per le spese indispensabili

## AREA II - FAMIGLIA

### A – Membro principale della famiglia

#### 11. Membro principale della famiglia

- 1 = Coniuge o partner coniugale
- 2 = Madre
- 3 = Padre
- 4 = Fratello o sorella
- 5 = Cognato o cognata
- 6 = Altro parente
- 7 = Bambino non minore
- 8 = Non parente
- 9 = Nessuno

#### 12. Attriti

- 1 = Nessun attrito, rapporti tranquilli
- 2 = Qualche lieve attrito, ma non esitamento
- 3 = Qualche attrito e/ tende a limitare alcuni contatti
- 4 = Attrito moderato e/o tende ad evitare molti contatti
- 5 = Notevole attrito od evita o viene evitato dall'altro
- 9 = Manca il membro principale della famiglia

#### 13. Adattabilità

- 1 = E' consapevole ed in grado di provare empatia per i bisogni ed i desideri dell'altro
- 2 = E' consapevole dei bisogni e dei desideri dell'altro, ma ha scarsa empatia
- 3 = Limitata consapevolezza dei bisogni e desideri dell'altro e scarsa empatia
- 4 = Limitata consapevolezza dei bisogni e desideri dell'altro, senza empatia
- 5 = Non consapevole dei bisogni e desideri dell'altro, non empatia
- 9 = Manca il membro principale della famiglia

#### 14. Comunicabilità

- 1 = Quasi sempre riesce a parlare di sentimenti e problemi al momento opportuno
- 2 = Generalmente riesce a parlare di sentimenti e problemi al momento opportuno
- 3 = Solo a volte riesce a parlare di sentimenti e problemi al momento opportuno
- 4 = Generalmente non riesce a parlare di sentimenti e problemi al momento opportuno
- 5 = Quasi mai riesce a parlare di sentimenti e problemi al momento opportuno
- 9 = Manca il membro principale della famiglia

#### 15. Indipendenza

- 1 = Indipendente, non riceve aiuti
- 2 = Indipendente e riceve aiuti
- 3 = Dipendente, riceve un certo aiuto
- 4 = Dipendente, riceve molto aiuto
- 5 = Dipendente, non riceve aiuto
- 9 = Manca il membro principale della famiglia

#### 16. Sentimenti espressi – affetti

- 1 = Ha quasi sempre sentimenti positivi
- 2 = Ha sentimenti positivi e negativi in ugual misura
- 3 = Indifferente
- 4 = Ha per lo più sentimenti negativi
- 5 = Ha quasi sempre sentimenti negativi
- 9 = Manca il membro principale della famiglia



## **B – Situazione sessuale coniugale**

### **17. Controllo delle nascite**

- 1 = Legatura delle tube, vasectomia, spirale
- 2 = Pillola
- 3 = Diaframma, preservativo, schiume, creme contraccettiva
- 4 = Astinenza periodica
- 5 = Nessuna forma di contraccezione
- 6 = Superata l'età fertile; isterectomizzata; sterilizzazione chirurgica
- 9 = Manca il membro principale della famiglia, o questi non è il partner sessuale

### **18. Interesse**

- 1 = Piacevole o attivamente interessato
- 2 = Spesso piacevole o attivamente interessato
- 3 = Passabile e/o disinteressato-indifferente
- 4 = Spesso spiacevole e/o generalmente disinteressato
- 5 = Spiacevole e/o nessun interesse
- 9 = Manca il membro principale della famiglia, o questi non è il partner sessuale.

### **19. Problemi**

- 1 = Non ha problemi quasi mai
- 2 = Talvolta ha problemi e/o prova difficoltà
- 3 = Spesso ha problemi e/o prova difficoltà
- 4 = Molto spesso ha problemi e/o prova difficoltà
- 5 = Quasi sempre ha problemi e/o prova difficoltà
- 9 = Manca il membro principale della famiglia, o questi non è il partner sessuale.

### **20. Frequenza**

- 1 = Più di una volta la settimana
- 2 = Una volta la settimana
- 3 = Due volte al mese
- 4 = Una volta al mese
- 5 = Nessun rapporto
- 9 = Manca il membro principale della famiglia, o questi non è il partner sessuale.

## C – Genitori

### 21. Coinvolgimento

- 1 = Coinvolgimento attivo, partecipazione alla vita dei bambini
- 2 = Un certo coinvolgimento attivo, partecipazione alla vita dei bambini
- 3 = Scarsa partecipazione attiva, ma sufficiente conoscenza e preoccupazione per i bambini
- 4 = Nessuna partecipazione, ma una certa conoscenza e preoccupazione
- 5 = Nessuna partecipazione, minima conoscenza e preoccupazione
- 9 = Nessun figlio

### 22. Attriti

- 1 = Rapporti tranquilli e stretti
- 2 = Qualche attrito e/o freddezza
- 3 = Moderato attrito e/o freddezza
- 4 = Notevole attrito e/o freddezza
- 5 = Continuo stato di attrito e/o totale esitamento del genitore da parte dei figli
- 9 = Nessun figlio

### 23. Comunicabilità

- 1 = Quasi sempre in grado di identificare e rispondere ai bisogni ed agli umori dei figli e/o parlare facilmente con loro
- 2 = Abitualmente in grado di identificare e rispondere ai bisogni ed agli umori dei figli e/o parlare facilmente con loro
- 3 = Talvolta in grado di identificare e rispondere ai bisogni ed agli umori dei figli e/o parlare facilmente con loro
- 4 = Raramente in grado di identificare e rispondere ai bisogni ed agli umori dei figli e/o parlare facilmente con loro
- 5 = Quasi mai in grado di identificare e rispondere ai bisogni ed agli umori dei figli e/o parlare facilmente con loro
- 9 = Nessun figlio

### 24. Sentimenti espressi

- 1 = Ha quasi sempre sentimenti positivi verso i figli
- 2 = Ha sentimenti positivi per la maggior parte del tempo
- 3 = Ha in ugual misura sentimenti positivi e negativi
- 4 = Ha sentimenti negativi verso i figli per la maggior parte del tempo
- 5 = Ha quasi sempre sentimenti negativi verso i figli
- 9 = Nessun figlio

## **D – Preoccupazione per i membri della famiglia**

---

### **25. Preoccupazioni**

- 1 = Quasi mai preoccupato
  - 2 = Talvolta (lievemente) si sente preoccupato
  - 2 = Spesso (moderatamente) si sente preoccupato
  - 3 = Molto (spesso seriamente) si sente preoccupato
  - 4 = Quasi sempre (gravemente) si sente preoccupato
  - 9 = Nessun membro della famiglia
- 

### **26. Colpa**

- 1 = Quasi mai si sente in colpa
  - 2 = Talvolta (lievemente) si sente in colpa
  - 2 = Spesso (moderatamente) si sente in colpa
  - 3 = Molto (spesso seriamente) si sente in colpa
  - 4 = Quasi sempre (gravemente) si sente in colpa
  - 9 = Nessun membro della famiglia
- 

### **27. Essere trattato ingiustamente**

- 1 = Quasi mai si sente trascurato o trattato ingiustamente
- 2 = Talvolta (lievemente) si sente trascurato o trattato ingiustamente
- 3 = Spesso (moderatamente) si sente trascurato o trattato ingiustamente
- 4 = Molto (spesso seriamente) si sente trascurato o trattato ingiustamente
- 5 = Quasi sempre (gravemente) si sente trascurato o trattato ingiustamente
- 9 = Nessun membro della famiglia

**AREA III - FAMIGLIA ESTERNA****28. Attriti**

- 1 = Nessun attrito, rapporti tranquilli
- 2 = Qualche lieve attrito, ma non esitamento
- 3 = Qualche attrito e/ tende a limitare alcuni contatti
- 4 = Attrito moderato e/o tende ad evitare molti contatti
- 5 = Notevole attrito od evita o viene evitato dagli altri
- 9 = Nessun parente valutabile

**29. Indipendenza**

- 1 = Indipendente, non riceve aiuti
- 2 = Indipendente e riceve aiuti
- 3 = Dipendente, riceve un certo aiuto
- 4 = Dipendente, riceve molto aiuto
- 5 = Dipendente, non riceve aiuto
- 9 = Nessun parente valutabile

**30. Preoccupazioni**

- 1 = Quasi mai preoccupato
- 2 = Talvolta (lievemente) si sente preoccupato
- 3 = Spesso (moderatamente) si sente preoccupato
- 4 = Molto (spesso seriamente) si sente preoccupato
- 5 = Quasi sempre (gravemente) si sente preoccupato
- 9 = Nessun parente valutabile

**31. Colpa**

- 1 = Quasi mai si sente in colpa
- 2 = Talvolta (lievemente) si sente in colpa
- 3 = Spesso (moderatamente) si sente in colpa
- 4 = Molto (spesso seriamente) si sente in colpa
- 5 = Quasi sempre (gravemente) si sente in colpa
- 9 = Nessun parente valutabile

**32. Essere trattato ingiustamente**

- 1 = Quasi mai si sente trascurato o trattato ingiustamente
- 2 = Talvolta (lievemente) si sente trascurato o trattato ingiustamente
- 3 = Spesso (moderatamente) si sente trascurato o trattato ingiustamente
- 4 = Molto (spesso seriamente) si sente trascurato o trattato ingiustamente
- 5 = Quasi sempre (gravemente) si sente trascurato o trattato ingiustamente
- 9 = Nessun parente valutabile

## AREA IV - SOCIALIZZAZIONE – TEMPO LIBERO

### A – Attività

#### 33. Attività del tempo libero

- 1 = Attività ed interessi ben sviluppati, partecipa più di una volta la settimana.
- 2 = Esistono interessi ed attività, vi si dedica regolarmente, ma non troppo spesso
- 3 = Esiste qualche interesse specifico, ma l'attività è irregolare
- 4 = Esistono interessi superficiali (segue qualche programma televisivo, qualche rubrica particolare, una squadra o i fumetti, ecc).
- 5 = Mancano interessi specifici o attività; non ha preferenze tra i programmi televisivi.

### B – Contatti sociali

#### 34. Frequenza

- 1 = Più di una volta la settimana
- 2 = Una volta la settimana
- 3 = Due volte al mese
- 4 = Una volta al mese
- 5 = Mai o solo una volta negli ultimi due mesi

#### 35. Grado di attività

- 1 = Partecipa attivamente con gli altri e/o stabilisce dei contatti
- 2 = Talvolta partecipa con gli altri e/o stabilisce dei contatti
- 3 = Risponde ai contatti creati dagli altri
- 4 = Talvolta risponde ai contatti creati dagli altri
- 5 = Completamente passivo, non interagisce con gli altri neppure in una situazione di gruppo
- 9 = Completamente inattivo

#### 36. Ostacoli

- 1 = Numerosi ostacoli esterni reali ai rapporti sociali
- 2 = Un discreto numero di ostacoli esterni, reali, ai rapporto sociali
- 3 = Alcuni ostacoli esterni, reali, ai rapporto sociali
- 4 = Pochissimi ostacoli esterni, reali, ai rapporto sociali
- 5 = Nessuno ostacolo

#### 37. Benessere sociale

- 1 = Ha contatti e raramente è a disagio
- 2 = Ha contatti e raramente è a disagio
- 3 = Ha contatti e spesso è a disagio; oppure, non ha contatti ma non prevede di provare disagio
- 4 = Non ha contatti e prevede di provare un certo disagio
- 5 = Non ha contatti e prevede di provare un notevole disagio

## C – Contatti interpersonali

### 38. Frequenza

- 1 = Più di una volta la settimana
- 2 = Una volta la settimana
- 3 = Due volte al mese
- 4 = Una volta al mese
- 5 = Mai o solo una volta negli ultimi due mesi

### 39. Comunicabilità

- 1 = Quasi sempre parla facilmente con almeno una persona
- 2 = In generale parla facilmente con almeno una persona
- 3 = Talvolta parla facilmente e talvolta no
- 4 = In generale non parla facilmente
- 5 = Non riesce quasi mai a parlare con facilità con altre persone
- 9 = Mancano rapporti interpersonali

### 40. Attriti

- 1 = Nessun attrito, rapporti tranquilli
- 2 = Qualche lieve attrito, ma non evitamento
- 3 = Qualche attrito e/o tende a limitare alcuni contatti
- 4 = Attrito moderato e/o tende a limitare molti contatti
- 5 = Notevole attrito od evita o viene evitato dagli altri

### 41. Sensitività

- 1 = Non si è sentito offeso o ferito
- 2 = Si è sentito offeso o ferito una o due volte, ma si è ripreso rapidamente
- 3 = Si è sentito offeso o ferito una o due volte, e si è ripreso con una certa difficoltà
- 4 = Si è sentito spesso offeso o ferito, ed è stato in grado o meno di riprendersi in ugual misura
- 5 = Si è sentito chiaramente offeso e ferito nel corso degli ultimi due mesi

## **D – Coinvolgimento affettivo – rapporti affettivi**

### **42. Frequenza dei rapporti**

- 1 = Più di una volta la settimana
- 2 = Una volta la settimana
- 3 = Due volte al mese
- 4 = Una volta al mese
- 5 = Mai o solo una volta negli ultimi due mesi

### **43. Interesse**

- 1 = I rapporti sono quasi sempre piacevoli e/o è interessato attivamente
- 2 = I rapporti sono spesso piacevoli e/o è spesso interessato
- 3 = Tollerabili e/o indifferenti
- 4 = Spesso spiacevoli e/o generalmente disinteressato
- 5 = I rapporti sono quasi sempre spiacevoli e/o non è interessato
- 9 = Non applicabile (ha un partner coniugale)

### **44. Problemi**

- 1 = Non ha quasi mai problemi ad incontrare una persona
- 2 = Talvolta ha problemi con una persona
- 3 = Spesso ha problemi
- 4 = Molto spesso ha problemi
- 5 = Quasi sempre ha problemi nell'incontrare o nell'affrontare dei rapporti
- 6 = Non ha rapporti
- 9 = Non applicabile (ha un partner coniugale)

**F – Situazione sessuale non coniugale****45. Interesse**

- 1 = Piacevole e/o attivamente interessato
- 2 = Spesso piacevole e/o spesso interessato
- 3 = Passabile e/o disinteressato-indifferente
- 4 = Spesso spiacevole e/o generalmente disinteressato
- 5 = Spiacevole e/o nessun interesse
- 9 = Non applicabile (ha un partner coniugale)

**46. Problemi**

- 1 = Non ha problemi quasi mai
- 2 = Talvolta ha problemi e/o prova difficoltà
- 3 = Spesso ha problemi e/o prova difficoltà
- 4 = Molto spesso ha problemi e/o prova difficoltà
- 5 = Quasi sempre ha problemi e/o prova difficoltà
- 6 = Nessun rapporto
- 9 = Non applicabile (ha un partner coniugale)

**47. Frequenza**

- 1 = Più di una volta la settimana
- 2 = Una volta la settimana
- 3 = Due volte al mese
- 4 = Una volta al mese
- 5 = Mai
- 9 = Non applicabile (ha un partner coniugale)

**48. Controllo delle nascite**

- 1 = Legatura delle tube, vasectomia, spirale
- 2 = Pillola
- 3 = Diaframma, preservativo, schiume, creme contraccettiva
- 4 = Astinenza periodica
- 5 = Nessuna forma di contraccezione
- 6 = Superata l'età fertile; isterectomizzata; sterilizzazione chirurgica
- 9 = Non applicabile (ha un partner coniugale)



## AREA V - BENESSERE PERSONALE

### 49. Salute e cura fisica

- 1 = Cerca di raggiungere uno stato di salute ottimale
- 2 = Modesto interesse per la salute, ma non fa tutto il possibile
- 3 = Apparentemente non si trascura, ma non si prende attivamente cura della salute
- 4 = Alcuni segni o notizie di salute trascurata
- 5 = Numerosi segni o notizie di salute trascurata

### 50. Aspetto personale e pulizia

- 1 = Particolarmente pulito
- 2 = Sufficientemente pulito, in ordine ed appropriato
- 3 = Aspetto ragionevolmente curato, ma grazie alle cure degli altri
- 4 = Alcuni segni di trascuratezza, o di aspetto bizzarro, o inappropriato
- 5 = Mal tenuto, sporco, segni di estrema trascuratezza

### 51. Solitudine

- 1 = Non si è sentito solo
- 2 = Qualche volta si è sentito solo
- 3 = spesso si è sentito solo
- 4 = Talvolta o frequentemente si è sentito molto solo
- 5 = Si sente totalmente solo, anche in presenza di altri

### 52. Autovalutazione

- 1 = Estremamente felice, contento e soddisfatto
- 2 = Moderatamente felice, contento e soddisfatto
- 3 = Indifferente o infastidito o incapace di verbalizzare o di esprimere i sentimenti o sentimenti fluttuanti
- 4 = Moderatamente infelice, insoddisfatto, scontento
- 5 = Estremamente insoddisfatto, scontento ed infelice

## VALUTAZIONE GLOBALE

	A R E A  I	A R E A  II	A R E A  III	A R E A  IV	A R E A  V	ADATTAMENTO GENERALE
Adattamento eccellente	1	1	1	1	1	1
Adattamento molto buono	2	2	2	2	2	2
Adattamento buono	3	3	3	3	3	3
Adattamento discreto	4	4	4	4	4	4
Adattamento scadente	5	5	5	5	5	5
Adattamento molto scadente	6	6	6	6	6	6
Disadattamento grave	7	7	7	7	7	7
Non classificabile	9	9	9	9	9	9

Particolarmente analitica, ma decisamente troppo complessa è la SBAS proposta da Platts e coll. nel 1980 (19): si tratta di una scala articolata su 6 sezioni, per un totale di ben 239 item. Più agile la DAS-II (22), sviluppata sotto l'egida del WHO nel 1988 ed utilizzata sovente in alcune versioni parzialmente modificate: si articola su 97 item che esplorano quattro aree.

Ricordiamo infine la GSDS, proposta da Wiersma e coll. nel 1988 (23) e parzialmente inclusa dal WHO nel suo sistema di classificazione delle disabilità: si tratta di un'intervista semistrutturata che esplora 8 ruoli, attribuendo un punteggio tenendo in considerazione la deviazione rispetto al gruppo di riferimento, le aspettative, la libertà d'azione dell'individuo.

Le scale rappresentano certamente una preziosa guida valutativa; si tenga tuttavia presente che in ambito previdenziale il parametro di riferimento è più angusto, limitato com'è alla valutazione della sola capacità lavorativa variamente aggettivizzata: e ciò in ossequio al principio secondo cui le norme previdenziali sono dirette al soddisfacimento di bisogni derivanti da eventi che riducono la capacità lucrativa del soggetto. Per quanto qui interessa, due sono i riferimenti normativi: l'art. 1 della legge n. 222/84 (assegno ordinario di invalidità), con il requisito biologico della compromissione della capacità lavorativa per oltre due terzi in attività confacenti alle attitudini; e l'art. 2 della stessa legge (pensione di inabilità), ove il requisito biologico previsto è l'impossibilità a svolgere qualsiasi lavoro. Va poi specificato che in entrambi i casi è richiesto il requisito della permanenza, intesa in senso relativo come durata per un tempo indeterminatamente lungo.

Proprio la previsione del requisito della permanenza ci esime dal prendere in considerazione la categoria diagnostica del Disturbo Psicotico Breve, in quanto per definizione lo stesso si esaurisce entro un mese. Il requisito della permanenza difetta spesso anche per la categoria diagnostica del Disturbo Psicotico da Condizione Medica Generale. In tali casi ha primaria rilevanza la patologia generale che determina, con un rapporto causa-effetto, il disturbo psicotico: può trattarsi di patologia emendabile più o meno facilmente, ma in alcuni casi (ci riferiamo ad esempio alle gravi vasculopatie cerebrali, alle neoplasie cerebrali, alla m. di Huntington, etc.) il danno è permanente. In tali casi, tuttavia, il giudizio medico legale è essenzialmente condizionato dalla condizione medica generale, e solo marginalmente dal disturbo psicotico. La stessa annotazione può essere espressa per il Disturbo Psicotico Indotto da Sostanza: il requisito della permanenza è subordinato al grado di compromissione generale, che a sua volta condiziona pesantemente il giudizio medico legale.

Per le altre categorie diagnostiche il requisito della permanenza è solitamente accertato; il problema è quindi definire i criteri di valutazione, ovvero il corretto accertamento del danno funzionale.

## Schizofrenia

Nella schizofrenia è presente sempre un certo grado di compromissione del funzionamento sociale e lavorativo del soggetto, in assenza del quale non è possibile far diagnosi (Criterio B per la schizofrenia); il grado di compromissione è peraltro variabile.

Nella schizofrenia tipo disorganizzato la compromissione del funzionamento sociale e lavorativo è sempre molto grave: la disorganizzazione comportamentale può provocare grave danno della capacità di esecuzione anche delle semplici attività della vita quotidiana, associata ad un decorso cronico senza significative remissioni. Per questi soggetti va solitamente espresso un giudizio medico legale di inabilità.

Nella schizofrenia tipo catatonico la compromissione del funzionamento sociale e lavorativo è sempre molto grave, ed è determinata sia dall'arresto motorio, sia dall'eccessiva attività motoria afinalistica; a complicare il quadro vi sono anche l'automatismo a comando, l'ecolalia, l'ecoprassia, sempre presenti, espressione di una suggestionabilità patologica; nonché i disturbi dell'affettività (autismo, ambivalenza). Il decorso è cronico, senza significative remissioni. Anche per tali soggetti può essere espresso di solito un giudizio medico legale di inabilità.

Nella schizofrenia paranoidea la compromissione del funzionamento sociale e lavorativo è di grado variabile, ed è condizionata soprattutto dai deliri; tra questi, di solito i deliri di persecuzione espongono più di altri a manifestazione di collera ed aggressività, sulla base di un meccanismo di proiezione per cui il soggetto tende a liberarsi delle proprie angosce persecutorie spostandole sul mondo esterno e distruggendole: ovviamente ciò rende del tutto improbabile il mantenimento del posto di lavoro; in altri casi, in un certo senso più gravi, si realizza il meccanismo cosiddetto della "identificazione proiettiva", per cui il delirante colloca in altri della parti scisse del proprio sé, parti cattive, negative, riprovevoli, di cui vuole liberarsi, il che sottende atteggiamenti finalizzati alla punizione di altri in se stessi, con manifestazioni di violenza distruttiva. In qualche caso, tuttavia, le relazioni personali sono vissute meno intensamente, anzi prevale nel soggetto un atteggiamento superiore e condiscente, che si può tradurre in un certo rendimento nello svolgimento di un'attività lavorativa: ciò si può osservare con relativa frequenza in caso di deliri di grandezza, deliri scientifici, che tendono come ad autoesaurirsi. Una certa rilevanza hanno anche le allucinazioni, soprattutto quelle acustiche e quelle viscerali; i disturbi della volontà (impulsi improvvisi, acting-out repentini ed imprevedibili), i disturbi dell'affettività (specie autismo ed ambivalenza). Di un certo rilievo possono essere i disturbi motori da neurolettici (discinesia tardiva, parkinsonismo, acatisia). Nella valutazione di tali soggetti si deve tener conto anche del fatto che essi di solito non presentano importanti deficit cognitivi, e che la terapia neurolettica permette di solito di ottenere una remissione almeno parziale. In considerazione di tali variabili il giudizio medico legale sarà oscillante tra l'inabilità (in caso di impor-

---

tanti deliri, specie se di persecuzione, resistenti alla terapia), l'invalidità o addirittura la non invalidità (nel caso di soggetti in remissione parziale, con una compromissione del funzionamento sociale e lavorativo solo moderata).

Nella schizofrenia indifferenziata la compromissione del funzionamento sociale e lavorativo è variabile. Nei soggetti non adeguatamente trattati è condizionata essenzialmente dai sintomi positivi (deliri ed allucinazioni soprattutto), ed allora è sempre assai marcata. Nei soggetti trattati i sintomi più limitanti risultano essere quelli negativi (essendo quelli positivi più sensibili alla terapia neurolettica): molto importante è di solito l'abulia, ma rilevanti possono essere le limitazioni determinate da altri sintomi, primi tra tutti i disturbi cognitivi e psicomotori, nonché i disturbi motori da neurolettici (discinesia tardiva, acatisia, parkinsonismo). Il giudizio medico legale oscillerà di solito tra l'inabilità e l'invalidità.

Nella schizofrenia tipo residuo la compromissione del funzionamento sociale e lavorativo è variabile, ed è condizionata in gran parte dalla durata dell'episodio pienamente sviluppato della malattia. Solitamente i sintomi positivi sono assenti o comunque sfumati; presenti i sintomi negativi, spesso gravi, come nel caso dell'abulia. In rapporto alla durata dell'episodio pienamente sviluppato possono evidenziarsi disturbi cognitivi, talora così importanti da condizionare il funzionamento sociale e lavorativo del soggetto; frequenti sono pure i disturbi motori da neurolettici, di solito però non particolarmente marcati. Il giudizio medico legale potrà oscillare tra l'inabilità e l'invalidità, a meno che la sintomatologia non sia così povera da giustificare un giudizio di non invalidità.

### **Disturbo schizofreniforme**

Nel disturbo schizofreniforme la compromissione del funzionamento sociale e lavorativo non è costante, e quando presente di solito non è marcata. Per definizione poi il Disturbo ha una durata non superiore ai sei mesi, quindi la valutazione medico legale deve proiettarsi necessariamente oltre tale limite temporale, tenendo presente che solo un terzo dei soggetti guarisce, mentre due terzi evolvono verso il disturbo schizoaffettivo. Appare pertanto opportuno, nel caso in cui venga evidenziata tale categoria diagnostica, sospendere il giudizio, in attesa di verificare il decorso del disturbo.

### **Disturbo schizoaffettivo**

La compromissione del funzionamento sociale e lavorativo in corso di Disturbo schizoaffettivo è variabile, ma non è comune una grave disfunzione. I sintomi positivi e negativi sono infatti meno gravi di quanto si osserva di solito nella schizofrenia, ed inoltre è più frequente una remissione parziale durante la quale i sintomi sono sfumati ed il funzionamento tutto sommato buono. In particolare è stato segnalato un buon funzionamento sociale e lavorativo in soggetti con Disturbo schizoaffettivo tipo bipolare in remissione, meno buono in caso di Disturbo schizoaffettivo tipo depressione in remissione. Il giudizio

medico legale oscillerà di solito tra l'inabilità e l'invalidità, e tra l'invalidità e la non invalidità in fase di remissione.

### **Disturbo delirante**

Nel disturbo delirante il funzionamento psicosociale è variabile. Certi soggetti possono sembrare non compromessi nel funzionamento lavorativo; in altri, all'opposto, il funzionamento lavorativo è estremamente compromesso, condizionato talora dal ritiro sociale, più spesso dalle stesse convinzioni deliranti. Altra annotazione significativa è quella per cui il funzionamento lavorativo è solitamente meno compromesso del funzionamento sociale e coniugale. Il giudizio medico legale è quindi sostanzialmente condizionato dai deliri, e dal grado in cui questi, per le loro caratteristiche, interferiscono con il funzionamento lavorativo; da tener presente, anche, la possibilità di remissioni, parziali o anche complete, con o senza ricadute, per cui si deve ammettere che il giudizio medico legale potrà oscillare tra i due estremi valutativi.

### **Disturbo psicotico condiviso**

Anche in tale categoria diagnostica è la sintomatologia delirante a condizionare il grado di funzionamento sociale e lavorativo del soggetto; si deve inoltre tener presente che la remissione, parziale o completa, è frequente dopo la separazione dal caso primario. Anche in questi casi quindi il giudizio medico legale potrà oscillare tra i due estremi valutativi.

### **RIASSUNTO**

**Gli Autori analizzano la patologia psichiatrica, ed in particolare le psicosi, illustrandone gli aspetti clinici e soffermandosi poi sulle problematiche valutative del danno nell'ambito dell'invalidità pensionabile. Viene in particolare sottolineato come l'accertamento medico legale non può esaurirsi con l'assegnazione di una determinata diagnosi, facendo da ciò discendere automaticamente un giudizio in tema di capacità od incapacità lavorativa; si deve invece superare questo determinismo, ispirato ad una concezione bioantropologica di sapore lombrosiano, nell'ottica di una valutazione funzionale che soppesi capacità e limiti funzionali secondo criteri obiettivi e razionali; in tale ottica appare utile, anche al fine di appianare troppe difformità valutative, l'utilizzazione delle rating scales.**

## BIBLIOGRAFIA

- 1) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: «*Manuale Diagnostico e statistico delle malattie mentali*» DSM I. 1952
- 2) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: «*Manuale Diagnostico e statistico delle malattie mentali*» DSM II. 1968
- 3) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: «*Manuale Diagnostico e statistico delle malattie mentali*» DSM III. 1980
- 4) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: «*Manuale Diagnostico e statistico delle malattie mentali*» DSM IV. 1995
- 5) BINI L.; BAZZI T.: «*Trattato di psichiatria*». Vallardi, Milano, 1959-1967
- 6) CANEPA G.: «*Problemi dell'attività diagnostica nel sistema italiano di giustizia penale e perizia criminologica*». Riv. Ital. Med. Leg. 1979; 1:228.
- 7) CROW T. J.: «*Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamina*». Br. J. Psych. 1980; 137: 383.
- 8) FORNARI U.: «*Psicopatologia e psichiatria forense*». Utet, Torino, 1989.
- 9) GIBERTI F.; ROSSI F.: «*Manuale di psichiatria*». Vallardi, Milano, 1972.
- 10) GOLD.M.AN H.H.; SKODOL A.E; LAVE T.R.: «*Revising axis V for DSM – IV: a review of measures of social functioning*». Am. J. Psychiatry, 1992; 149: 1148.
- 11) HUSTING H.H.; HAFNER R.J.: «*Persistent auditory hallucinations and their relationship to delusion and mood*». J. Nerv. Ment. Dis. 1990; 178: 264.
- 12) LINN M. W.: «*A social disfunction rating scale*». J. Psic. Res. 1969; 6: 299.
- 13) KAY S.R.; FISZBEIN A.; OPLER L.A.: «*The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia*». Schizophrenia Bull., 1987; 13: 261.
- 14) Organizzazione Mondiale della Sanità: «*VIII Classificazione internazionale delle malattie mentali*» (ICD-8). Ginevra, 1968
- 15) ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ: «*IX Classificazione internazionale delle malattie mentali*» (ICD-9). Ginevra, 1978
- 16) PANCHERI P.: «*La 3TRE: una scala per la valutazione rapida della sintomatologia schizofrenica. Basi teoriche, descrizione, campi di applicazione*». Rivista di Psichiatria, 1995; 30: 205.
- 17) PANCHERI P.; MARCONI P.L.; BRUGNOLI R.: «*SCADIS: una nuova scala per la valutazione della disorganizzazione. I: Costrutti teorici, principi organizzatori, descrizione della scala*». Gior. Ital. Psicopatol.,1996; 3: 216.
- 18) PLATTS S.; WEYMAN A.: «*The social behaviour assessment schedule (SBAS): rationale, contents, scoring and reliability of a new interview schedule*» Social Psychiatry, 1980; 15: 43.
- 19) SCHOOLER N.; HOGARTY G.E.; WEISSMAN M.M.: «*Social adjustment scale II (SAS II)*» in Hargreaves W.A. et al. (eds.) «*Resource materials for community mental health program evaluators*». DHEW Publication No (AD.M.) 1979; 79: 238.
- 20) TANZI E.; LUGARO E.: «*Trattato delle malattie mentali*». Società Editrice Libreria, Milano, 1923.
- 21) WHO: «*WHO Psychiatric disability assessment schedule (WHO DAS)*». World Health Organization. Ginevra, 1985.
- 22) WIERSMA S.: «*The Groningen Social Disability Schedule (GSDS): development, relationship with ICDH and psycometric properties*». Intern J of Rehabilitation Research, 1988; 3: 213.s

# L'esame obiettivo cardiovascolare in medicina previdenziale: tra retaggio storico e ritorno di fiamma

Stefano CASTALDO

Dirigente medico-legale di 2° livello  
Sede Regionale INPS - Napoli

Domenico CULLIA

Dirigente medico-legale di 1° livello  
Sede Regionale INPS - Napoli

In questi ultimi dieci anni, l'introduzione e il perfezionamento di alcune metodiche strumentali non invasive hanno sconvolto il tradizionale approccio semeiologico in medicina cardiovascolare. In particolare, sia l'ecocardiografia che la risonanza nucleare magnetica (RNM), con la diffusione e, nel caso dell'ecocardiografia, la miniaturizzazione delle apparecchiature, si stanno proponendo come metodiche "one shop stop", capaci cioè da sole di fornire contemporaneamente informazioni su:

- 1) morfologia cardiaca;
- 2) alterazioni funzionali;
- 3) perfusione miocardica;
- 4) anatomia coronarica
- 5) metabolismo miocardico (2), (5), (14).

Di fronte alla completezza e all'attendibilità delle informazioni che si rendono in questo modo disponibili, viene ridimensionato il ruolo della semeiotica fisica, che per secoli è stata la fonte privilegiata di informazioni utili per la diagnosi di una patologia cardiaca.

L'orientamento attuale in ambito clinico (e in ambito anche medico-legale), è quello di ridurre l'esame obiettivo cardiovascolare ad una sorta di "approccio di facciata", di "retaggio storico". In pratica, l'ecocardiogramma diventa un esame di routine, per cui l'apparecchio ecocardiografico sostituisce, con buona pace dell'approccio bayesiano, il tradizionale fonendoscopio. Il cardiologo diventa una sorta di "homo echocardiographicus", metà uomo e metà macchina, che ne costituisce l'appendice tecnologica indispensabile all'esercizio della specialità (20), (22).

Questo tipo di orientamento ha il suo razionale in studi che hanno confrontato le informazioni ottenibili dall'esame fisico del malato, con quelle ottenibile da un esame ecocardiografico. Risulta evidente come, in numerosi ambiti, come le valvulopatie e le cardiomiopatie o lo scompenso cardiaco, le informazioni ottenute mediante il ricorso a questo esame strumentale sono più esaustive e attendibili rispetto a quelle ottenibili con un esame obiettivo, per quanto approfondito (11), (22).

*Ad esempio, Francis et Al (11), in una pubblicazione comparsa sul British Medical Journal già nel 1995 sottolineavano, come, nella diagnosi di scompenso cardiaco:*

- 1) *“La disfunzione sistolica del ventricolo sinistro è difficile da identificare sulla base dei soli sintomi e segni”*
- 2) *“La più semplice conferma diagnostica è fornita dall'ecocardiografia che è affidabile alla pari di altre metodiche diagnostiche come l'angiocardiografia radioisotopica”*
- 3) *Il contributo dell'ecocardiografia è particolarmente importante ”nella valutazione di quei pazienti in cui una è stata posta una diagnosi presuntiva di scompenso cardiaco ed è stata iniziata una terapia. In questo gruppo di pazienti l'esame ecocardiografico ha portato a importanti modifiche della impostazione terapeutica in circa il 70% dei casi”.*

Uno studio più recente (11) ha evidenziato che l'impiego dell'ecocardiogramma come parte integrante dell'approccio al paziente con sospetta cardiopatia ha ridotto dal 43% al 21% il mancato rilievo di una patologia cardiovascolare maggiore.

Tanto che Popp (19) proponeva in prospettiva, ma non certo provocatoriamente, che “si trovino modi per includere l'ecocardiografia nell'esame obiettivo al letto del malato e in clinica”. Dunque, questa metodica diventerebbe “una estensione dell'esame obiettivo”.

Due possibili obiezioni in merito sono state superate:

- 1) L'accessibilità delle apparecchiature: con i nuovi apparecchi portatili ad alta definizione disponibili attualmente anche presso i Centri Medico legali INPS, l'esame ecocardiografico può essere effettuato in tempi rapidi e spesso contestualmente alla visita medico-legale (22).
- 2) Il tempo di esecuzione: i tempi di esecuzione sono sovrapponibili a quelli di un esame obiettivo cardiovascolare completo “vecchio stampo”, corredato di tutte le manovre semeiologiche descritte dai testi classici di medicina cardiovascolare .

Inoltre, per quanto riguarda precipuamente l'ascoltazione cardiaca:

i tempi di apprendimento con le metodiche tradizionali di insegnamento sono lunghi;

con l'avvento dell'ecocardiografia l'insegnamento viene spesso trascurato;

per quanto riguarda alcuni reperti, come il terzo e il quarto tono cardiaci, la con-



cordanza inter-osservatore resta scarsa (15).

E' dunque arrivato il momento di mettere in soffitta l'esame obiettivo cardiovascolare e delegare all'approccio esclusivamente strumentale la diagnosi e la valutazione funzionale?

Il nuovo approccio proposto, in cui l'ecocardiogramma è parte integrante dell'esame obiettivo cardiovascolare ha comunque i suoi inconvenienti:

1. l'aumento dei costi che una simile operazione comporta, specie in ambito medico-legale, in cui si impone accanto al referto una documentazione iconografica il più possibile esaustiva delle patologie o addirittura la registrazione su supporto magnetico o su CD-ROM dell'intero esame;
2. la sensibilità, specificità e valore predittivo del test a cui è legata la sua utilità clinica. Un esame strumentale non raggiunge mai una sensibilità e specificità del 100% (6). Quindi, se si ricorre all'ecocardiogramma senza il filtro rappresentato dall'anamnesi, dall'esame obiettivo e da alcuni esami di routine, in particolare dall'ECG, oppure da un preventivo screening da parte del cardiologo, bisogna mettere in conto risultati falsamente positivi, legati sia alla patologia da indagare che alle qualità tecniche dell'operatore. Un falso positivo innesca un circuito che può portare alla necessità di conferme attraverso esami sempre più sofisticati, in una sorta di peregrinazione diagnostica (la cosiddetta "sindrome di Ulisse") (18), che non sempre permette di escludere l'esistenza di una determinata patologia. I margini di dubbio o anche la ragionevole certezza di una condizione di normalità al termine di un iter diagnostico che richiede l'esecuzione di una batteria di esami strumentali possono essere fonte di ansietà persistente per il paziente (l'apertura del "vaso di Pandora") (16). *Pertanto "a causa del rischio di ansia residua e dell'azzardo epidemiologico di un test falsamente positivo o non conclusivo, il ricorso al test dovrebbe essere evitato se è sufficiente l'opinione clinica di un esperto"*;
3. infine, collegato al problema precedente, è quello del personale medico (o paramedico) a cui affidare l'esecuzione tecnica, se non l'interpretazione, dell'esame. L'ecocardiografia richiede una preparazione teorica e un addestramento che ne limita l'estensione dell'esecuzione a non cardiologi o a tecnici di laboratorio.

La Tabella 1 riassume vantaggi e svantaggi di una "medicina tecnologica" (10) in cui la valutazione diagnostica e funzionale è basata solo sull'impiego di esami strumentali.

Nonostante l'ecocardiografia stia mettendo in crisi il tradizionale esame obiettivo in cardiologia, tuttavia, un aspetto va segnalato, come sta accadendo anche ad esempio per il "vecchio" elettrocardiogramma. Le nuove metodiche più sofisticate hanno permesso di rivalutare alcuni segni clinici, ai quali può essere attribuito un valore non solo diagnostico, ma anche prognostico-funzionale. Grazie a questo feedback positivo o "ritorno di fiamma", è

---

possibile allora “ridisegnare” l’esame obiettivo cardiovascolare, eliminando quelle manovre ormai obsolete e concentrando l’attenzione solo su alcuni reperti, che debbono essere sistematicamente ricercati. In Medicina legale previdenziale, la sopravvivenza dell’esame obiettivo cardiovascolare in questa forma adattata ai tempi ha anche un’altra ragione. Serve al medico valutatore come “conferma” del risultato di un certo esame strumentale, che altrimenti dovrebbe accettare a scatola chiusa, in base ad un rapporto fiduciario (o fideistico?) con l’operatore.

Inoltre, le nuove tecniche di insegnamento che comprendono l’ascoltazione simulata dei toni cardiaci e la discussione in piccoli gruppi hanno migliorato le performances auscultatorie anche dei medici di base (13). E’ stato evidenziato che, a seguito dell’applicazione di queste tecniche di insegnamento, medici di base riuscivano ad identificare correttamente il 62% dei reperti auscultatori cardiaci contro un valore di partenza del 36% (13).

*TABELLA 1*

<b>MEDICINA TECNOLOGICA- Vantaggi e svantaggi</b>
<p><b>VANTAGGI</b></p> <p>Informazioni anatomo-funzionali complete ottenibili da un solo esame strumentale (“one shop stop”)            Accessibilità e riduzione dei tempi di diagnosi            Riproducibilità            Attendibilità delle informazioni ottenute            (in termini di sensibilità, specificità e valore predittivo)</p>
<p><b>SVANTAGGI</b></p> <p>Costi            Preparazione teorica e addestramento            Possibilità di falsi positivi per mancata selezione con conseguente iter diagnostico aggiuntivo            (“la sindrome di Ulisse”)            Induzione di ansia residua al termine di una procedura diagnostica non necessaria            (“l’apertura del vaso di Pandora”)</p>

Nuovi dispositivi potrebbero rendere più accurata l'ascoltazione, come lo stetoscopio stereofonico (1) oppure lo stetoscopio elettronico (12). In particolare, lo stetoscopio elettronico potrebbe ridurre gli inconvenienti legati alla variabilità inter-osservatore dei reperti ascoltatori cardiaci, ma gli inconvenienti (insoddisfacente design ergonomico; interferenze dovute a rumori di fondo; sistemi di filtraggio incapaci di riprodurre la campana e la membrana del fonendoscopio tradizionale) non lo rendono ancora competitivo (12).

I reperti obiettivi che dovrebbero essere valorizzati sono riportati nella Tabella 2. Ognuno di essi assume poi particolare importanza a seconda del problema diagnostico.

TABELLA 2

<b>REPERTO</b>	<b>CORRELAZIONE CLINICO-FUNZIONALE</b>
<i>Segno di Hill (Gradiente pressorio brachio-popliteo)</i>	<i>Valutazione gravità insufficienza aortica (1)</i>
<i>Itto puntale</i>	<i>Presenza di cardiomegalia(8)</i>
<i>III tono (S3) alla punta</i>	<i>Scompenso cardiaco:</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>EF &lt; 50% (17)</i></li> <li>2. <i>Pattern restrittivo all'eco (24)</i></li> <li>3. <i>Incidenza significativamente più elevata di eventi sfavorevoli (9)</i></li> </ol> <i>Insufficienza mitralica e aortica</i> <i>Presenza di S3 è correlata ad una valvulopatia di grado severo (9)</i>
<i>IV tono (S4) alla punta</i>	<i>Corrispettivo auscultatorio del reperto doppler di alterato rilasciamento ventricolare sinistro (23)</i>
<i>Soffi cardiaci</i>	<i>Diagnosi di soffio patologico (3)</i> <i>Diagnosi di prolasso della mitrale (23)</i> <i>Valutazione protesi valvolari (23)</i>
<i>Polsi periferici: assenza contemporanea di pedidia e tibiale posteriore</i>	<i>Presenza di arteriopatia cronica ostruttiva (7)</i>

**PRESSIONE ARTERIOSA**

*Segno di Hill* (gradiente sistolico brachio-popliteo).

Viene misurata la pressione sistolica omerale e poplitea con il paziente in posizione orizzontale. Normalmente, la pressione poplitea è maggiore di quella omerale. Il gradiente pressorio è correlato al grado di insufficienza aortica determinato con l'angiografia (sensibilità del 97%) (1).

Un gradiente < 20 mmHg è correlato ad una insufficienza aortica minima (+ all'angiografia)

Un gradiente > 20 e < 40 mmHg è correlato ad una insufficienza aortica lieve o media ( ++/+++ all'angiografia)

Un gradiente > 60 mmHg è correlato ad una insufficienza aortica severa (++++ all'angiografia)

**ITTO PUNTALE**

L'itto puntale può essere palpato ponendo il paziente in decubito laterale sinistro in 4 pazienti adulti su 5. Ponendo il paziente in posizione seduta, è palpabile nel 20% dei soggetti normali di età > 40 anni: inoltre, quando in questa posizione l'itto è palpabile in un paziente di età > 50 anni obeso o con aumento del diametro antero-posteriore del torace, si può sospettare la presenza di una cardiomegalia (8).

Dell'itto puntale vanno ricercate:

- a) la sede: se è presente cardiomegalia, in genere l'itto puntale è palpabile più di 2 cm all'esterno della linea medio-toracica col paziente in posizione seduta (8).
- b) l'area: se è presente cardiomegalia, l'impulso è in genere più ampio di 3 cm (o si palpa in più di uno spazio intercostale) col paziente in decubito laterale sinistro (8).

**TERZO TONO CARDIACO (S3)**

Un terzo tono cardiaco (S3) udibile alla punta è fisiologico in soggetti di età < 30 anni. A parte questo caso, la presenza di S3 si associa ad una ridotta funzione sistolica nei pazienti con scompenso cardiaco. Un S3 udibile ha una sensibilità del 51%, e una specificità del 90% nell'identificare soggetti con una frazione di eiezione < 50%, con un valore predittivo positivo del 95% e un valore predittivo negativo del 32% (17). Se la frazione di eiezione è < 30%, sensibilità e specificità sono del 78 e 88% rispettivamente (17). Inoltre, in un recente studio di Tribouilloy ed altri, nei pazienti con disfunzione ventricolare sinistra primaria (e quindi non secondaria a valvulopatia), un terzo tono segnalava la presenza di una disfunzione diastolica severa ( pattern di tipo restrittivo) (24).

Sempre nei pazienti con scompenso cardiaco, la presenza di S3 si associa ad una incidenza significativamente più elevata di eventi sfavorevoli (morte o

ospedalizzazione) (9).

Infine, nei pazienti con insufficienza mitralica e aortica, un terzo tono si associa in genere ad una valvulopatie di grado severo (24).

#### **QUARTO TONO CARDIACO (S4)**

Un quarto tono *udibile alla punta* è un reperto generalmente patologico ed è prodotto da una più energica contrazione atriale associata ad una ridotta compliance ventricolare (23). Può dunque ben essere considerato il corrispettivo auscultatorio del reperto doppler di alterato rilasciamento ventricolare sinistro (23).

#### **SOFFI CARDIACI**

##### **Diagnosi di soffio patologico**

Le linee guida dell'American College of Cardiology/American Heart Association stabiliscono una correlazione clinico-patologica tra intensità e caratteristiche qualitative di un soffio cardiaco. Queste linee-guida hanno ricevuto recentemente una conferma "sul campo" (21), per cui possono rappresentare un utile approccio diagnostico. In pratica:

tutti i soffi cardiaci diastolici o continui sono da considerare patologici e richiedono un approfondimento diagnostico (ricorso in prima battuta all'ecocardiogramma);

analogamente patologici sono da considerare i soffi olosistolici o i soffi sistolici di intensità pari o superiore a 3/6;

i soffi mesosistolici (quelli quindi a carattere eiettivo), di intensità non superiore a 2/6 associati ad un secondo tono normale, in assenza di sintomi (tipo angina o sincope) e/o altri reperti obiettivi (ad esempio quarto tono) o strumentali (ECG, Rx Torace) patologici associati non richiedono ulteriori approfondimenti diagnostici.

##### **Prolasso della Mitrale**

In assenza dei classici reperti ascoltatori (click e/o soffio meso-telesistolico) non vi è una valida giustificazione a ricorrere all'ecocardiogramma per individuare un prolasso della mitrale. Peraltro, un prolasso evidenziato solo all'ecocardiogramma, in assenza di reperti ascoltatori, o è un artefatto oppure è un reperto clinico senza significativo impegno funzionale e senza implicazioni prognostico-terapeutiche (23)

##### **Protesi Valvolari**

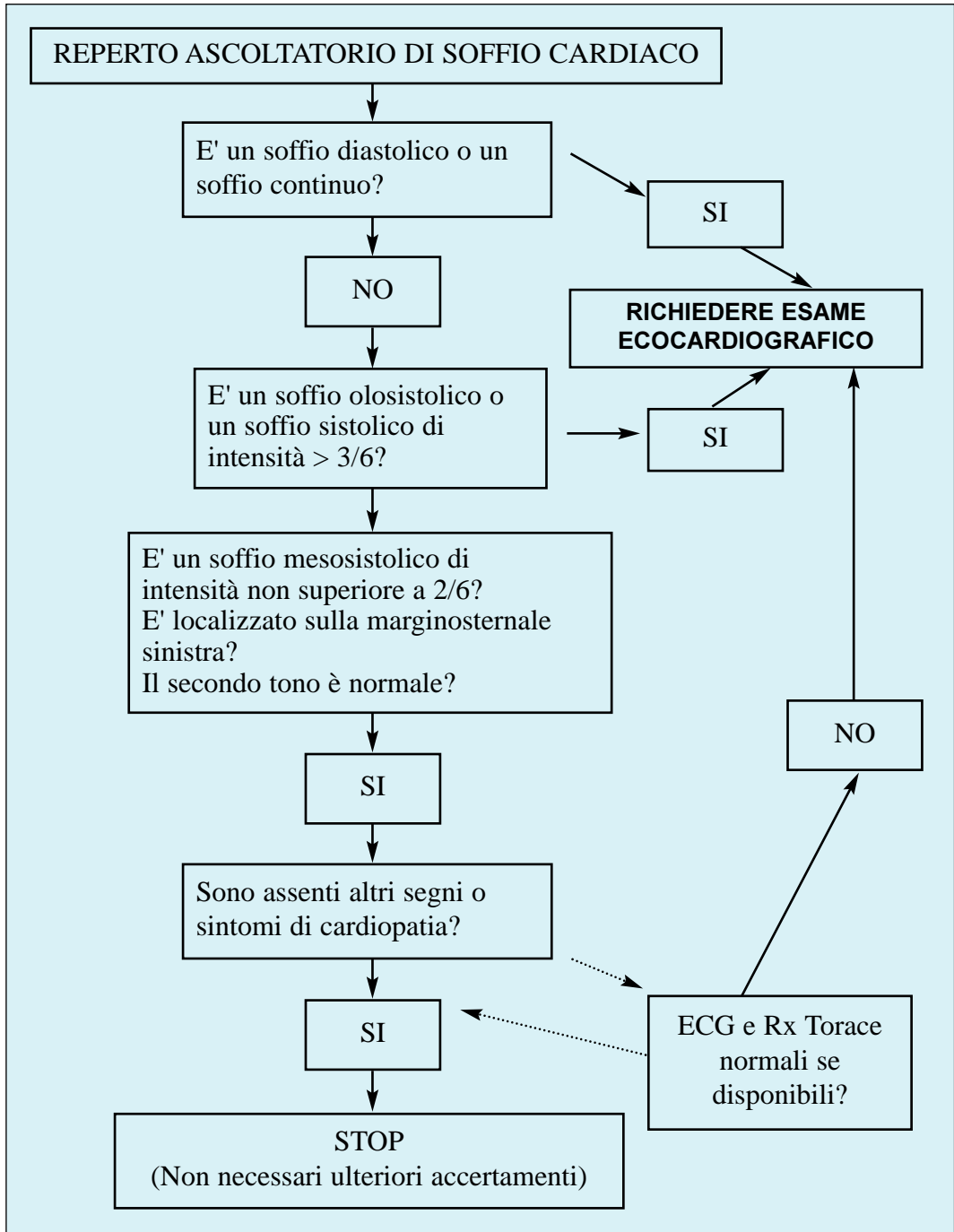
I reperti ascoltatori tipici per ogni protesi e le loro variazioni nel tempo rappresentano un utile orientamento per valutare la presenza di disfunzione protesica (23) (Figura 1).

#### **POLSI PERIFERICI**

Alla palpazione, l'assenza congenita dell'arteria pedidia può essere registrata nel 10% dei soggetti normali, mentre l'assenza congenita dell'arteria tibiale

---

FIGURA 1 - Soffi Cardiaci-Algorithmo diagnostico  
 Fonti: (3), (21) modificata e adattata



posteriore è presente nel 2% dei soggetti normali, ma *solo nello 0.5% dei soggetti normali non si palpavano contemporaneamente la pedidia e la tibiale posteriore* (24).

Quindi, il mancato riscontro alla palpazione di ambedue i polsi arteriosi depone fino a prova contraria per un'arteriopatia ostruttiva.

## RIASSUNTO

**A volte può, in alcuno, esserci un pò di nostalgia per un'epoca in cui si privilegiava l'obiettività clinica e gli esami strumentali erano la conferma (necessaria quanto si vuole, ma sempre la conferma) di un orientamento diagnostico che richiedeva tempo, metodicità e intuito.**

**Oggi gli esami strumentali hanno ridimensionato il contributo della semeiotica fisica, ma, in ambito diagnostico e terapeutico l'approccio bayesiano e la necessità di contenere costi e tempi di un accertamento diagnostico fanno sì che la ricerca di alcuni segni rappresenti ancora come sostiene Tavel "una fonte di informazione di valore clinico indipendente". Inoltre, in Medicina Legale Previdenziale, l'importanza di un riscontro legato all'intervento diretto del medico accertatore nell'iter diagnostico-valutativo e la possibilità di validare a posteriori il referto di un esame strumentale, fanno sì che l'esame obiettivo cardiovascolare semplificato rappresenti tuttora e rappresenti ancora per il futuro un indispensabile approccio e un'utile garanzia.**

---

## BIBLIOGRAFIA

- 1) ABELSON D.: «*Stereophonic stethoscope with teaching attachment*». Am. J. Cardiol 2000; 85: 669-671.
- 2) ACC/AHA TASK FORCE REPORT: «*ACC/AHA Guidelines for the clinical application of echocardiography*». Circulation 1997; 95: 1686-1744.
- 3) ACC/AHA: «*Guidelines for the management of patients with valvular heart disease*». J. Am. Coll. Cardiol 1998; 32: 1486-588.
- 4) BENCHIMOL A.: «*Toni cardiaci e sfigmogrammi normali*», in Benchimol A.: Tecniche diagnostiche non invasive in cardiologia - Piccin 1980.
- 5) BLACKWELL G.G., POHOST G.M.: «*L'utilità dell'imaging cardiovascolare mediante risonanza magnetica*». Current Problems in Cardiology 1994: 111-112.
- 6) CARTABELLOTTA A. e Al.: «*La medicina basata sulle evidenze nella valutazione dei test diagnostici*». Medic. 1997; 5: 113-119.
- 7) COFFMAN J.D.: «*Arteriosclerosis obliterans*» in Cecil Textbook of Medicine 1979 W.B. Saunders Company Chapt 368.1: 1299-1302.
- 8) CONSTANT J.: «*Ispezione e palpazione del torace*», in Constant J.: Diagnostica cardiologica al letto del malato Il pensiero Scientifico Editore 1989.

- 9) DRAZNER M.H. et AL.: «*Prognostic importance of elevated jugular venous pressure and a third heart sound in patients with heart failure*». N. Engl. J. Med 2001; 345: 574-81.
- 10) EBELL M.H., FRAME P: «*What can technology do to, and for, family medicine?*» Fam. Med. 2001; 33 (4): 311-9.
- 11) FRANCIS C.M. et AL: «*Open access echocardiography in management of heart failure in the community*». BMJ 1995; 310: 634-636 (11 March).
- 12) GRENIER M.C. et AL: «*Clinical comparison of acoustic and electronic stethoscopes and design of a new electronic stethoscope*». Am. J. Cardiol 1998; 81: 653-656.
- 13) HORISZNY J.A: «*Teaching cardiac auscultation using simulated heart sounds and small-group discussion*». Fam. Med 2001; 33 (1): 39-44.
- 14) KIM W.Y. et AL: «*Coronary magnetic resonance angiography for the detection of coronary stenoses*». N. Engl. J. Med 2001; 345: 1863-9.
- 15) LOK C.E. ET AL: «*The accuracy and interobserver agreement in detecting the "gallop sounds" by cardiac auscultation*». CHEST 1998; 114: 1293-1288.
- 16) McDONALD I.G: «*Opening Pandora's box: the unpredictability of reassurance by a normal test result*». BMJ 1996; 313: 329-332 (10 August).
- 17) PATEL R. ET AL: «*Implications of an audible third heart sound in evaluating cardiac function*». Western Journal of Medicine 1993; 158: 606-609.
- 18) PICANO E., CAMERIERI A.: «*Test provocativi di ischemia miocardica: lo scenario attuale*». Conoscere e Curare il Cuore '93" – Atti del X simposio del Centro per la lotta contro l'infarto. 1993 Ciba Edizioni, pagg. 29-39.
- 19) POPP R.L. et AL.: «*L'esame obiettivo del futuro: l'ecocardiografia come parte della valutazione*». ACC Current Journal Review 1999; Vol. 2 Numero 1: 62-64.
- 20) SHAVER J.A.: AUSCULTAZIONE CARDIACA: «*Un approccio diagnostico privo di costi*». Current Problems in Cardiology 1995: 301-305.
- 21) Shry E.A. et al: «*Auscultation versus echocardiography in a healthy population with precordial murmur*». Am. J. Cardiol 2001; 87: 1428-1430.
- 22) SPENCER K.T. ET AL: «*Physician-performed point-of-care echocardiography using a laptop platform compared with physical examination in the cardiovascular patient*». J. Am. Coll. Cardiol 2001;37: 2013-2018.
- 23) TAVEL M.E.: «*Cardiac auscultation: a glorious past-But does it have a future?*» Circulation 1996; 93: 1250-1253.
- 24) TRIBOUILLOY C.M. et AL.: «*Pathophysiologic determinants of third heart sounds: a prospective clinical and Doppler echocardiographic study*». Am. J. Med 2001 Aug; 111 (2): 96-102.s



# CONSULENZA TECNICA

a cura di Cristina Catalano\*

In questo numero viene presentato un caso il quale assume peculiare importanza in ragione della serrata attività svolta dai consulenti tecnici delle parti. L'iter giudiziario di primo grado, infatti, è stato caratterizzato dalla produzione di diversi, articolati pareri.

Una nota particolare deve essere rivolta all'operato del consulente tecnico d'ufficio, il quale - con correttezza metodologica e rigorismo procedurale - ha esaustivamente argomentato sia sull'incidenza disfunzionale ascrivibile alle singole infermità in diagnosi, sia sul complessivo pregiudizio alla "capacità lavorativa attitudinale" dell'Assicurato, per modo che anche le successive controdeduzioni del consulente di parte attrice non sono state ritenute utili, da parte dell'organo giudicante, «a superare le oggettive risultanze circa il discreto stato di salute del ricorrente».

Seguendo un criterio cronologico, si riportano i seguenti passi dalle relazioni medico-legali e dal dispositivo della sentenza.

**Tribunale civile e penale, sez. lavoro, giudice Dr. A.M. relazione di consulenza tecnica rilasciata dal Dr. R. C. specialista in medicina legale e delle assicurazioni, nella causa promossa da P.F. contro INPS.**

Il giorno 19.04.00 a seguito di ordinanza dell'Ill.mo dr. A. M., Giudice della Sezione Lavoro, fui convocato affinché prestassi giuramento in qualità di C.T.U. nella causa sopra indicata.

Prestato il giuramento di rito, mi venne posto il seguente quesito:

"letti gli atti di causa, compiuto ogni accertamento necessario, dica il CTU se la capacità lavorativa del ricorrente, in occupazioni confacenti alle sue attitudini, sia ridotta a causa di infermità o difetto fisico o mentale a meno di un terzo. In caso positivo, accerti l'epoca del superamento del limite legale (art. 1 della legge 222 del 1984), con riferimento in particolare alla data della domanda amministrativa".

In occasione dell'udienza mi veniva poi comunicato, dal procuratore della parte ricorrente, Avv. C. in sostituzione dell'avv. T., il nome del C.T.P. Dr. C.M. L. e dall'avv. G. F. la dr.ssa P. C.

Stabilito al 16.05.2000 l'inizio delle stesse, al sottoscritto, onde rispondere al succitato quesito, è stato concesso il termine di 90 giorni per il deposito della relazione in triplice esemplare e di prendere visione degli atti. L'udienza successiva veniva fissata al 19.09.00

---

\*Coordinatore Centrale Area Contenzioso Giudiziario

La visita veniva rimandata al 06.06.00. Alla data ed all'ora convenuta effettuavo la visita presso gli ambulatori dell'INPS di Verona alla presenza dei rispettivi CTP.

Il Sig. P. F. risulta essere nato a Verona il 21.12.46 e ivi residente. Dal 1960 ad oggi coltivatore diretto; sposato, due figli; la moglie e' collaboratrice nell'azienda agricola (riferisce attualmente 8 campi veronesi coltivati a cereali, mentre fino a circa 7 anni or sono erano 36 ad ortaggi e frutteto, seguiti, oltre che da lui e la moglie, da almeno altre 3 persone).

Gli antecedenti: abile alla leva, nel 1968 plastica per ernia inguinale destra + appendicectomia; nel 1973 frattura dell'omero destro con responsabilità di terzi riconosciuta dall'assicurazione dell'investitore. Nel 1974 intervento imprecisato all'arto superiore destro per migliorarne la funzionalità. Nel 1978 sciatica destra. Dal 1985 in cura per ipertensione arteriosa. Nel 1989 riscontro di oftalmopatia degenerativa destra, di ndd., con grave riduzione del visus (da referto del 1996 Od solo visione luce, O.S. 10/10). Comparsa di insufficienza venosa gamba destra; nel 1986 riscontro di epicondilitis gomito destro; riferisce inoltre diversi accertamenti per toracalgie atipiche.

Nel novembre 1996 giudicato NON invalido (cecità OD da verosimile fatto ischemico di probabile origine centrale, esiti di frattura omero destro). Nuova domanda nell'aprile del 1997 lamentando dispnea da sforzo.

In terapia con Isoptin Press, Moduretic, in compenso di circolo, presentava valori dialostici, nonché sistolici, quasi costantemente elevati (150/110, 140/100, 180/120 etc.) ; al tempo dichiarava di non essersi fatto più seguire dal medico specialista. L'attività usuale veniva giudicata confacente, venendogli negato il riconoscimento dello status di INVALIDO. La visita medico/collegiale del 14.11.97 si concludeva ugualmente con il giudizio di NON invalido, mentre il medico di patronato affermava che "vista l'obiettività si ritiene utile un riscontro in sede di Patronato". La diagnosi medico legale al tempo fu di "ipertensione arteriosa in obeso con iniziale sovraccarico cardiaco e retinopatia di II grado, poliartriosi, amaurosi OD, OS 10/10".

In data 19.02.99 veniva riesaminata la domanda di pensione con uguale risultato negativo.

Un certificato medico legale del 10.12.99 attestava quindi l'invalidità del ricorrente e sulla base di tale documento veniva presentato un ricorso il 07.02.2000; si giungeva quindi alla richiesta della presente indagine medico-legale.

## CONSIDERAZIONI MEDICO LEGALI

Il periziando soffre di ipertensione arteriosa verosimilmente essenziale in apparente scarso controllo terapeutico (il soggetto e' anche obeso, pesando 92 kg. per 170 cm, ma risulta non seguire molto attentamente le indicazioni dei medici terapeuti, soprattutto per quanto riguarda la dieta) complicata da retinopatia ipertensiva di II grado e da una cardiopatia ipertensiva senza segni di scompenso (come da ECOcardiogramma del 10.04.2000); soffre degli esiti di una vecchia frattura a carico del gomito destro (1973) con limitazione funzionale modesta; presenta inoltre una amaurosi dell'occhio destro (attualmente solo visione luce), esito di Neuropatia ottica (1989), associata ad una funzione visiva nella norma (10/10) all'occhio sinistro; Presenta in ultimo i segni di una poliartriosi che interessa soprattutto il distretto vertebrale, con iniziali segni di discopatia degenerativa ma senza segni clinici e/o radiologici di ernie discali e di sofferenza cronica delle radici nervose a livello lombo-sacrale. In tal senso l'esame obiettivo effettuato è da considerarsi altamente significativo (buona-ottima articolarietà dei predetti distretti, non segni di neuropatia in atto).

Il periziando ha sempre svolto l'attività di contadino, ed in particolare, fino a circa 7/8 anni or sono, coltivava una superficie complessiva di 36 c.v. presi in affitto, insieme ad altre 4 persone (oltre alla moglie, alcuni parenti); le colture erano ad ortaggi nonché frutteto; 7 anni or sono, per ragioni apparentemente non strettamente connesse alla sue condizioni fisiche, smise di affittare 28 di tali campi, continuando a coltivarne 8 ma a cereali; tale attività viene svolta con l'aiuto della moglie e si realizza essenzialmente nella aratura, nella semina e nella irrigazione, mentre la trebbiatura e la raccolta viene effettuata da terzi per suo conto. In tali ultime attività afferma, con verosimiglianza, di aiutare nelle operazioni.

Data la eseguità della superficie coltivata (8 campi, più o meno 30.000 metri quadri) e' evidente come tale forma di acquisto di servizi da terzi sia in ogni caso più economico che dover acquistare in proprio le costose apparecchiature necessarie ed il mantenerle.

Le indagini peritali hanno permesso di evidenziare una sostanziale discreta condizione fisica complessiva del soggetto, sotto il profilo della potenziale capacità lavorativa attitudinale; d'altronde il periziando risulta aver svolto con sufficiente normalità la sua attività pur avendo già sofferto della perdita pressoché completa del visus nell'occhio destro e pur con la limitazione (peraltro modesta) indotta dagli esiti della frattura del gomito destro, avvenuta nel 1973. L'esame diretto dell'arto ha permesso di evidenziare, al di là della predetta limitazione funzionale (escursione tra gli 80 ed i 140 gradi) una forza pressoché equivalente al controlaterale con un minimo deficit perimetrico (- 1 cm in release).

Il deficit della capacità visiva, inoltre, incide praticamente in misura molto limitata nelle attività che normalmente vengono svolte in campagna, dimostrazione è il fatto che la condizione di monocolo non è di ostacolo al rilascio della patente "agricola" (attualmente sostituita dalla patente tipo B od altre).

Analogamente la sintomatologia lombosciatalgica, riferita e certificata in alcuni atti esaminati, deve considerarsi quale condizione occasionale, spiegabile sulla base della degenerazione artrosica riscontrata sia con gli usuali esami radiologici sia con quelli tomografici, mentre non sono state rilevati sostanziali segni di discopatia di tipo erniario, con carattere di cronicità della sintomatologia. Ribadisce che l'esame obiettivo è stato altamente significativo in tal senso.

In ultimo, l'esame dell'apparato cardio vascolare, sia diretto sia tramite gli accertamenti eseguiti, non ha permesso di evidenziare una condizione specificatamente invalidante, avendo il soggetto raggiunto, ad esempio, nel corso del test da sforzo, un carico di lavoro (140 watt) notevole senza che comparissero alterazioni della ripolarizzazione né aritmie da sforzo. L'ipertrofia concentrica riscontrata all'esame ecografico è da considerarsi quale segno di risposta attiva della muscolatura cardiaca all'ipertensione non ben controllata e regredirebbe in condizioni di miglior controllo e di perdita di peso. Il senso di peso toracico, esauritosi spontaneamente, non trova quindi una esauriente spiegazione nei test eseguiti se si esclude la condizione di ipertensione non ben controllata farmacologicamente e, soprattutto, condizionata dal peso del soggetto, che non riesce (non vuole ?) dimagrire.

In conclusione, a parere dello scrivente, il periziando non presenta allo stato attuale una condizione fisica complessiva tanto invalidante sotto il profilo della capacità lavorativa attitudinale (ovvero in occupazioni confacenti e con questo sottolineando l'identificarsi di tale condizione con la sua usuale attività lavorativa, visto l'unicità "storica" della stessa e l'età del soggetto) da ridurla in misura minore ad un terzo.

Il consulente di parte ricorrente dissente da tali conclusioni mentre quello dell' INPS è concorde. Grato della fiducia accordatami.

*In data 06.06.00 ho partecipato come CTP INPS alle operazioni peritali effettuate dal CTU Dott. R.C.D. sulla persona del Sig. P. F.; alla visita era presente il Dott. C.M. L. come CTP della parte attrice.*

*Il contenzioso giudiziario verteva sul mancato riconoscimento del diritto ad usufruire dell'assegno ordinario di invalidità pensionabile INPS.*

## RISULTANZE DEGLI ACCERTAMENTI PERITALI del C.T.P. INPS.

### DIAGNOSI

Ipertensione arteriosa con retinopatia di II grado e cardiopatia ipertensiva con normale funzione ventricolare sin. Obesità di grado medio (BMI 32). Poliartrosi a modesta incidenza funzionale. Amaurosi O dx in esiti di neurite ottica (1989) con visus O sin 10/10. Esiti di vecchiaia (1973) frattura cubitale dx.

### CONSIDERAZIONI

Né gli esiti della vecchiaia frattura del gomito dx, né l'amaurosi dell'occhio sin sono stati, negli anni, causa di ostacolo allo svolgimento dell'attività lavorativa abituale. D'altro canto si sottolinea come, in base alle norme vigenti, la situazione di monocolo, non costituisce impedimento proprio al rilascio della patente "agricola". Le infermità sopravvenute non determinano comunque, anche considerate in associazione, una significativa riduzione della capacità lavorativa attitudinale, verificato il modesto deficit funzionale osteoarticolare rilevato e la capacità di sostenere uno sforzo fisico di discreta entità, come dimostrato anche dal recente test ergometrico.

### CONCLUSIONI

Sulla base di quanto esposto, in accordo con il CTU, attualmente e all'epoca della presentazione della domanda (03.04.97), il Sig. P. F. non presenta, e non presentava, una riduzione della capacità lavorativa attitudinale superiore ai due terzi.

Il giudizio conclusivo è, pertanto, **NON INVALIDO**.

### NOTE CRITICHE ALLA RELAZIONE DI CTU E DEL C.T.P.

Le valutazioni e le conclusioni cui è giunto il CTU sono eccessivamente rigorose ed ingiustificatamente riduttive della effettiva invalidità del ricorrente.

E' la storia globale del soggetto, sia clinica che lavorativa, letta nella sua complessità che dovrebbe guidare il giudizio finale ed indirizzare poi conseguentemente la decisione in un senso o nell'altro. E' metodologicamente improprio analizzare i vari deficit come singoli "impairment" (alterazione anatomico-funzionale), staccandoli dalle conseguenze che producono in termini di "disability" (riduzione di una specifica "abilità") sottoponendoli ad un meticoloso e pignolo vaglio critico per convincersi poi che, "insomma, tutto sommato, l'assicurato poi tanto male non sta".

In questo modo si finisce inevitabilmente per sminuire e banalizzare il peso specifico delle varie menomazioni e per perdere di vista l'unicità dell'uomo-lavoratore ed il suo concreto handicap.

Se la cecità monoculare (da neurite ottica) in un coltivatore diretto incide negativamente poco sulle sue capacità come dimostra il fatto che egli ancora continua a guidare il trattore (e le altre attività? nulla da dire sulla capacità stereoscopica? ma allora perché l'INAIL indennizza una invalidità del 35% e gli invalidi civili un 30 %);

se la sua obesità (quasi un quintale) è più che altro frutto dei suo non voler dimagrire (vogliamo punirlo per questo? io pensavo che l'obesità avesse motivazioni cliniche e socio-culturali più complesse);

se la documentata ipertrofia ventricolare cardiaca ("mancato aumento della massa miocardica con rimodellamento concentrico del VS; ipocinesia della parete postero-laterale del cuore") invece di essere interpretata come un significativo segno di cardiopatia ipertensiva viene proposta come un riscontro che "regredirebbe in condizioni di miglior controllo e di perdita di peso" (eccola di nuovo, la punizione:

se il P. volesse, potrebbe davvero stare bene... ed allora, quello sciagurato, perché non si cura?);

se la retinopatia ipertensiva di 2° grado ancora non è tanto grave dato che c'è anche un 3° e poi un 4° grado;

se da parecchi anni il suo medico certifica la comparsa di senso di peso sternale sia a riposo che sotto sforzo, ma i tests cardiologici, pur confermando valori pressori elevati, non sono ancora drammaticamente patologici;

se le varicosità venose sono grossolanamente evidenti ma sono limitate all'arto inferiore dx (quindi l'altro è sano);

se la seria discopatia multipla al rachide lombare su base artrosica è sì causa di periodici blocchi funzionali con sciatalgia (il dr C.D. la giudica "occasionale", anche se certificata ripetutamente ed in più occasioni) e la TAC ha evidenziato cospicui segni degenerativi con procidenza discale ed impegno in sede extraforaminale dx su L4-L5... ma ancora non è proprio un'ernia vera e propria, quindi tanto grave per ora non è (ma non stavamo parlando di un contadino, peraltro obeso? il CTU addirittura ritiene che la sua articolarietà ai distretti esaminati sia "buona-ottima"...); se presenta un gomito dx marcatamente rigido per un vecchio infortunio del 1973 con frattura dell'omero, in destrimane (ma la forza è buona, e poi eventualmente c'è il braccio sinistro);

- se il suo esser stato costretto a ridurre drasticamente il carico di lavoro e smettere di coltivare la maggior parte dei campi che ha sempre avuto in gestione non è sintomo o conseguenza di una insopportabile fatica a continuare da solo un impegno ormai divenuto eccessivamente oneroso ma viene descritto quasi come una scelta aziendale economicamente vantaggiosa (davvero non capisco!);

se è vero che svolge un lavoro forse anche pesante (dal 1960 ad oggi) ma, a prestare bene attenzione, non trebbia né raccoglie (lo fa fare agli altri, pagandoli, sempre per la oculata scelta aziendale di cui parlavano più sopra; al limite aiuta un pò) mentre molto meno pesante è arare (il CTU dice 30.000 mq, superficie che, beato lui, giudica "esigua"), irrigare, caricare e scaricare il frumento ed i cereali da solo (ma non era obeso, iperteso e con il gomito bloccato?).

... allora vuol dire che il metro di giudizio che finora ho utilizzato in ambito previdenziale (e visto applicare da altri ben più esperti di me) è sempre stato eccessivamente benevolo... oppure che è il CTU ad aver perso di vista la corretta parametrizzazione previdenziale e la filosofia del sistema di sicurezza sociale.

In questo senso depongono più di una espressione che si ritrovano nell'elaborato. Stupisce leggere ad esempio, che "d'altronde il periziando risulta aver svolto con sufficiente normalità la sua attività pur avendo già sofferto della perdita completa del visus all'occhio dx e pur con la limitazione (peraltro modesta) indotta dagli esiti di frattura del gomito dx, avvenuta nel 1973". Ma cosa vuol dire? Co-

---

s'è la "sufficiente normalità".

E poi, normalità per chi? e chi lo ha detto? forse perché il P. non si è mai lamentato prima ma solo oggi che stenta e fatica di più? Ma il naturale e magari precoce invecchiamento di un lavoratore (con attività manuale e certamente usurante) non hanno un proprio ruolo specifico nel determinare un decalage delle sue capacità produttive ed attitudinali?

Perché così poco si è approfondito l'impegno lavorativo quotidiano del P., differenziandolo nel corso delle varie stagioni, spiegando quali siano gli atti fisicamente più onerosi (e la loro durata) e quelli meno, i tempi delle varie lavorazioni, l'eventuale ruolo dell'esposizione ai fattori climatici avversi (le intemperie od invece la calura), le posture coatte prolungate, gli altri possibili fattori di rischio?

## CONCLUSIONE

Trovo le argomentazioni addotte nella CTU ampiamente insufficienti e pertanto non condivisibili nella sostanza. Le conclusioni non mi sembrano sostenute da elementi convincenti e mi si presentano viziate da una impostazione metodologica impropria in quanto non rispettosa della globale e complessiva incapacità dell'assicurato in occupazioni confacenti alle attitudini ma frutto di una imprecisa sommatoria di varie singole menomazioni di volta in volta restrittivamente analizzate.

## PARERE DEL CTP INPS IN MERITO ALLE CONTRODEDUZIONI DEL CTP.

### METODOLOGIA

La riduzione della capacità lavorativa attitudinale al di sopra del limite soglia fissato dalla legge, costituisce l'oggetto della tutela INPS. Tale riduzione deve essere determinata da infermità che producano una alterazione non solo anatomica, ma anche funzionale. Per poter valutare oggettivamente, e non a semplice "sensazione", il danno funzionale globale e il conseguente grado di riduzione della capacità lavorativa attitudinale, non si può prescindere da una analisi dettagliata dei danni funzionali derivati dal singolo rilievo patologico. Solo successivamente è possibile valutare nell'insieme il danno funzionale, che non deriva ovviamente dalla mera sommatoria dei deficit rilevati (errore in cui il CTP ricade nelle proprie controdeduzioni, dopo averlo contestato ad altri) ma dalla loro globale ripercussione negativa sulla capacità lavorativa. La ripercussione negativa deve poi superare un valore soglia fissato, per legge, a 2/3: in altre parole, anche il rilievo di una riduzione della capacità lavorativa attitudinale valutabile, per ipotesi, al 50%, non può dar luogo ad un giudizio positivo di invalidità, valendo, in quest'ambito, la legge del tutto o del nulla. E tutto ciò in un'ottica di corretta parametrizzazione previdenziale e nel rispetto delle norme vigenti, e non già della filosofia, del sistema di sicurezza sociale.

### RILIEVI TECNICI

- **Cecità monoculare:** il CTP commette l'errore di voler traslare percentuali di invalidità tabellate per altri ambiti valutativi. Essendo valutazioni tabellate non possono che essere ineluttabilmente generiche, dal momento che valgono per tutti, indipendentemente dall'ambito lavorativo atti-

tudinale del singolo. E', invece, quest'ultimo che va considerato e, con precisione il CTU, che considera anche la perfetta acuità visiva dell'occhio funzionalmente superstite dell'assicurato, puntualizza la conservazione, anche per legge, dell'idoneità ad effettuare una delle più complesse mansioni nell'ambito lavorativo specifico (e quindi più che attitudinale) dell'assicurato, rappresentata per l'appunto dalla guida di un trattore.

- **Obesità:** il CTP ama le parole e cerca di colpire l'immaginario riferendo, dell'assicurato, "la sua obesità (quasi un quintale)" e dimenticando che la comunità scientifica ha già da molti anni rigorosamente inquadrato l'obesità in lieve, media e grande sulla base dell'indice di massa corporea (BMI): nel caso di specie, il "quasi un quintale" rapportato all'altezza del soggetto, e cioè il BMI pari a 32, configura solo un'obesità di grado medio, non in grado di ostacolare l'attività lavorativa né di essere in qualche modo aggravata dalla stessa.

- **Cardiopatía intensiva:** nessuno ne ha mai negato l'esistenza, ma anche qui "accidentalmente" il CTP incorre in un altro errore. Enfatizza, infatti, il dato anatomico relativo all'ipertrofia strumentalmente rilevata, che dal punto di vista fisiopatologico rappresenta solo una risposta compensatoria all'incremento dei valori pressori arteriosi, e sottace il dato funzionale, evidenziato dal medesimo esame, di una "normale funzione sistolica complessiva".

- **Senso di peso sternale:** è un dato anamnestico, soggettivo, che, giustamente, viene certificato, come tale dal medico curante, ma che per assumere dignità valutativa medico legale deve essere convalidato da dati oggettivi. In tale ottica il paziente si è sottoposto ad un test da sforzo che non solo non è risultato "drammaticamente patologico", ma strumentalmente del tutto negativo, ad un **alto** carico di lavoro (140 Watt): anche in questo caso, infatti, è stato riferito dal paziente un soggettivo senso di peso toracico sotto sforzo, cui non è, però, corrisposta alcuna oggettiva alterazione elettrocardiografica.

- **Insufficienza venosa:** non solo le varicosità risultano limitate all'arto inferiore dx, ma ad un unico distretto dello stesso, e non hanno dato luogo a complicanza alcuna: assenza, oltre che di edema, anche di semplice succulenza pretibiale e di lesioni trofiche cutanee, segni inequivocabili di insufficienza venosa con significativa ripercussione funzionale.

**Apparato osteoarticolare:** anche in questo caso il CTP enfatizza il dato anatomico radiologicamente rilevato a scapito del dato funzionale. Il CTU, che ha effettuato un accurato esame semeiologico di tale apparato, non solo in mia presenza come CTP INPS, ma anche in presenza dello stesso CTP della parte attrice, ha palesemente oggettivato un modesto deficit funzionale in tutti i segmenti osteoarticolari puntigliosamente esaminati. Non si tratta, pertanto, di mere ipotesi formulate dal CTU, ma di concretezza oggettiva di un modesto deficit funzionale (peraltro già oggettivato, anche con visita ortopedica, nel corso dei numerosi accertamenti cui l'assicurato era stato sottoposto dagli specialisti medico legali INPS il 04.11.96, il 24.04.97, il 14.11.97 ed il 19.02.99).

Si ribadiscono pertanto la diagnosi medico legale con le esplicazioni funzionali già espresse.

Il Tribunale di Verona - Sezione Lavoro,

nella persona del Giudice Dr. A.M., ha pronunciato la seguente

SENTENZA:

nella causa civile previdenziale promossa con ricorso depositato in data 7.2.2000

DA

P. F. comparso in causa a mezzo dell'av. M.T. per mandato a margine del ricorso ed elettivamente domiciliato presso lo stesso in Verona, Via Nizza 20.

## CONTRO

ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE in persona del Presidente pro tempore comparso in causa a mezzo degli avv.ti A. Iandolo, A. Tagliente e G. Ferrighi per procure alle liti a rogito dei Notaio Franco Lupo di Roma del 7.10.93 rispettivamente n.22833, n. 22989 e n. 22790 ed elettivamente domiciliato presso l'ufficio di avvocatura dell'Istituto in Verona, Via C. Battisti n. 19.

### CONCLUSIONI DI PARTE RICORRENTE:

- 1) Accertare e dichiarare la sussistenza, in capo al ricorrente, dei requisiti previsti dall'art. 1 legge 222/84 per la concessione dell'assegno di invalidità;
- 2) Condannare l'I.N.P.S. a concedere al ricorrente l'assegno di invalidità previsto dalla norma citata, con decorrenza dal 1.5.97, ovvero con la diversa decorrenza ritenuta di giustizia;
- 3) Condannare l'I.N.P.S. ad erogare al ricorrente l'assegno in questione gravando i ratei già maturati di interessi e rivalutazione come per legge fino al saldo;
- 4) Con vittoria di spese, diritti ed onorari del presente procedimento, rifusi per distrazione a favore del procuratore antistatario.

### CONCLUSIONI DELL'INPS:

- 1) rigettarsi la domanda avversaria perché infondata
- 2) Spese diritti e onorari di causa rifusi.

### SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Con il ricorso epigrafato P.F., premesso di esercitare sin dal 1960 l'attività di coltivatore diretto e di essere affetto da varie patologie, conveniva in giudizio l'INPS esponendo che in data 3.4.97 aveva presentato domanda per la concessione della pensione di inabilità o in subordine dell'assegno ordinario di invalidità; che la domanda, così come il successivo ricorso al Comitato Provinciale, era stata respinta; che la decisione dell'Istituto era illegittima sussistendo nel caso di specie una riduzione della capacità lavorativa a meno di 1/3.

Pertanto chiedeva la condanna dell'INPS alla corresponsione dell'assegno ordinario di invalidità di cui all'art. 1 legge 222/84.

L'INPS, ritualmente costituitosi, chiedeva il rigetto del ricorso deducendone l'infondatezza per insussistenza del requisito sanitario.

Espletata consulenza tecnica d'ufficio, in esito alla discussione, la causa era decisa come da dispositivo, di cui era data lettura.

### MOTIVI DELLA DECISIONE

Il ricorso non è fondato.

Non vi sono ragioni per disattendere l'accertamento del consulente, risultato frutto di completa indagine tecnica, adeguatamente motivato, esente da vizi logici. Né l'esito della c.t.u. può ritenersi inficiato dalle osservazioni critiche sollevate dal consulente di parte ricorrente, tenuto conto che esse si sostanziano in una critica circa il metodo del vaglio critico delle singole invalidità (ritenuto «meticoloso e pignolo»), ma non sono sufficienti a superare le oggettive risultanze circa il complessivo discreto stato di salute del ricorrente, anche tenendo conto dello stato di obesità medio grave (cfr. in proposito le articolate osservazioni del consulente di parte convenuta).

Ne consegue il rigetto del ricorso.



## L'ANGOLO DELL'INFERMIERE

---

# Giacenze anomale e bonifica listado: un problema e la sua soluzione

Antonietta RANIERI

Collaboratrice Sanitaria  
Sede Regionale INPS - Catanzaro

Lucrezia RIPEPI

Collaboratrice Sanitaria  
Sede INPS - Reggio Calabria

Giuseppe SIVIGLIA

Dirigente medico-legale 2° livello  
Sede Regionale INPS - Catanzaro

### INTRODUZIONE

**D**ai prospetti statistici relativi alle Sedi della regione, si era notato un allungamento anomalo dei tempi di giacenza.

Indicazioni in tal senso venivano fornite anche dal Direttore Regionale, che, in seno alla conferenza dei Direttori, denunciava la giacenza di un numero di pratiche da considerare certamente anomalo, specie presso i Centri Medico-Legali.

Fra questi ultimi, caratteristiche di criticità assumeva la situazione del CML di Reggio Calabria.

Un primo controllo dei dati statistici di questo Ufficio faceva emergere due fenomeni che correavano parallelamente:

- da una parte, le pratiche effettivamente giacenti non risultavano numerose;
- dall'altra, si notava una sorta di incomprimibilità dei tempi di giacenza, nonostante fossero stati attivati tutti i normali meccanismi di recupero degli stessi (controllo delle varie fasi delle pratiche, dall'invio al sanitario alla visita, ecc.).

Conseguenza di questo era che, mentre da una parte il pervenuto, grazie ai meccanismi di cui sopra, veniva "liquidato" in tempi fisiologici, dall'altra non si riusciva a riportare i tempi di giacenza nell'ambito del range di normalità.

Quanto sopra, come si è detto, ha ingenerato il sospetto della presenza anomala di pratiche ancora giacenti al CML, anche se il normale iter delle pratiche, presso il CML stesso, fosse stato completato.

Da qui, la decisione di predisporre un programma di intervento mirato alla ricerca delle cause che avevano ingenerato il problema (problem finding) e delle relative soluzioni (problem solving), con l'obiettivo finale, quindi, di una sorta di bonifica dei listado.

Pertanto, simbolicamente, assumeva questa denominazione l'impegno che un gruppo di operatori, composto dal Coordinatore Medico Legale Regionale e da due Collaboratrici Sanitarie, una della Sede Regionale e una della Sede di Reggio Calabria, andava ad assumersi e che costituisce l'oggetto del presente lavoro.

## **DESCRIZIONE DELLE PROCEDURE**

Punto di partenza e strumento operativo di questo lavoro sono state le procedure automatizzate in uso, e, in particolare, i programmi 4560 e 5 (che sono parte integrante della procedura EAD 75) e il programma 4119 (parte integrante della procedura automatizzata degli Uffici Sanitari), collegato all'EAD 75.

La predisposizione di questi programmi e di queste procedure, come di altre, si era resa necessaria per attuare il controllo del processo produttivo e mettere a disposizione degli operatori degli strumenti gestionali di tipo automatizzato, che rendessero più efficace ed efficiente l'azione amministrativa dell'Istituto, in funzione, soprattutto, della qualità totale che l'Istituto stesso si era dato come obiettivo.

Fra le procedure di cui trattasi, di sicuro interesse per i CML sono la procedura "EAD 75" (1) e la procedura "GASAN" (3), (4), che permettono la gestione automatizzata di tutte le domande di pensione e ricostituzione e che andremo qui di seguito a descrivere brevemente.

### **Procedura EAD 75**

E' uno degli strumenti informatici principali, attraverso il quale si concretizza, di fatto, il sistema automatizzato delle domande di pensione.

Detta procedura prevede l'acquisizione della domanda e la gestione della stessa, dal momento della presentazione fino alla definizione.

Consente, inoltre, di seguire costantemente le varie fasi in cui si trova la domanda e di attuare controlli di tipo operativo e statistico.

In particolare, vengono utilizzati:

il programma 5, per la gestione delle pratiche;

il programma 4560, per la consultazione delle stesse.

Il pannello in uso, relativo a questi programmi, comprende i campi da 00 a 47; di questi, i campi di interesse sanitario sono:

- campo 26 (data di invio al CML);
- campo 27 (data di restituzione da parte del CML);
- campo 36 (codici particolari di tipo domanda).

All'EAD 75 è collegata la procedura automatizzata per i CML, comunemente conosciuta come GASAN.

### **Procedura automatizzata del CML**

La procedura GASAN (Gestione Automatizzata dei CML), in uso ormai da circa

10 anni, è stata attivata principalmente per creare un collegamento tra l'area amministrativa e l'area medico legale.

Il collegamento di cui trattasi trova una sua specifica utilità nel seguire passo passo, in tutte le fasi del ciclo di lavoro, l'iter di una domanda, dal momento in cui la pratica perviene al CML al momento della sua definizione e quindi restituzione agli Uffici addetti. Quanto sopra, però, relativamente alle sole prestazioni che vengono trattate presso il CML.

Altri obiettivi della procedura così come vengono specificati nella circolare sono i seguenti:

- raggiungimento del massimo grado di omogeneizzazione sull'intero territorio nazionale nei rilievi clinico-obiettivi, nelle valutazioni diagnostiche ed in quelle medico legali, così come richiesto dalle nuove formulazioni dei profili medico legali invalidanti (valutazione della capacità di lavoro in luogo della capacità di guadagno);

- controllo di compatibilità delle diagnosi cliniche e conseguenti valutazioni medico - legali con gli accertamenti clinico - strumentali richiesti;

- riduzione al minimo dei tempi morti relativi all'iter burocratico sanitario delle pratiche;

- controllo direzionale sanitario inteso alla individuazione dei "bottle necks" e alla determinazione, istante per istante, del flusso delle pratiche presso i CML;

- immediata determinazione dei parametri di spesa esterni ed interni (spese degli accertamenti in convenzione esterna, spese per il rimborso viaggi, ecc.);

- creazione di un "data - base" centrale contenente i dati sanitari degli assicurati richiedenti i benefici previdenziali ex legge 222/84;

- produzione di statistiche sanitarie in tempo reale e quindi prontamente utilizzabili, finalizzate all'individuazione di parametri medico - legali rispetto alla legge 222, nonché alla costituzione di un osservatore epidemiologico sulla morbilità in generale della popolazione assicurata, utili allo studio di possibili interventi di prevenzione.

All'interno della procedura automatizzata del CML, particolare rilevanza assume il programma 4119, che ha consentito di:

- creare un archivio dei sanitari operanti all'interno dell'ufficio.

- monitorare le varie fasi di lavorazione di una domanda all'interno del CML;

Ritornando a parlare della procedura automatizzata sanitaria in generale, essa consta di vari momenti di lavorazione.

Un primo momento prevede l'utilizzo del programma 4119, con il quale vengono costantemente aggiornati i vari passaggi di lavorazione della pratica: detti passaggi sono automaticamente codificati ogni qualvolta vengono inseriti dati nuovi, richiesti dalla procedura.

Le diverse fasi di lavorazione vengono così codificate:

**EI:** esame infermieristico: data in cui il fascicolo viene inviato al CML (aggiornamento del campo 26 da parte del personale amministrativo).

---

E' bene precisare fin da subito che non tutte le pratiche per cui è stato effettuato l'aggiornamento del campo 26 si agganciano alla procedura automatizzata sanitaria, ma restano escluse particolari tipologie di prestazioni, come gli Assegni familiari, TBC, alcune Convenzioni internazionali ecc;

**EM:** esame del dirigente ML: il fascicolo viene sottoposto a parere preliminare da parte del sanitario , per stabilire o meno l'invito a visita medica, acquisendo il codice del medico, che ha esaminato la pratica;

**IV:** invito a visita medica: si acquisisce la data in cui l'assicurato dovrà essere sottoposto a visita medica;

**SP:** accertamenti specialistici: si acquisiscono i vari accertamenti richiesti dal dirigente ML nel corso della visita ( tutti gli esami specialistici sono stati codificati);

**D.M.:** decisione medico legale: si acquisisce la data in cui si trasmette il fascicolo, completo di accertamenti, al dirigente ML che ha effettuato la visita, per la successiva definizione;

**RI:** registrazione da parte dell'infermiera: acquisizione del giudizio medico-legale (accolta o respinta) con indicazione del codice nosologico;

**IA:** invio all'Uff. Amministrativo del fascicolo definito (automaticamente si aggiorna anche il campo 27 dell'EAD 75).

Nella Tabella 1, sono riportati i due pannelli così come appaiono sulla schermo del PC, utilizzando il programma 4119.

*TABELLA 1*

<b>Primo pannello del programma 4119</b>			
DOMANDA DI ASSEGNO DI INVALIDITÀ			
NUMERO ..... CATEGORIA IO TIPO 444 PRESENTATA IL 17/05/01			
DA ..... SESSO ..... NAT..... IL .....			
AGENZIA DI REGGIO CALABRIA			
INVIATA ALL'UFFICIO SANITARIO DAL REPARTO COMPETENTE IN DATA 24/07/01			
RESTITUITA DALL'UFF. SANITARIO AL REPARTO COMPETENTE IN DATA 29/08/01			
ITER ISTRUTTORIO: FASE ATTUALE IA DAL 29/08/01			
FASE	DESCRIZIONE DELLA FASE	DATA IN.	
			INVITO A VISITA MEDICA
EI	PREESAME PERSONALE PARAMED	24/07/01	DATA 27/08/01 ORA
EM	PREESAME MEDICO RESPONSAB.	02/08/01	V
IV	INVITO A VISITA MEDICA	02/08/01	(V= VISITATO, N= NONVISITATO)
SP	ACCERTAMENTI SPECIALISTICI	28/08/01	
D.M.	ALLA DECISIONE DEL MEDICO	28/08/01	ESITO DELLA DOMANDA: 29/08/01
RI	REGISTRAZ. STATIST. INFERM.	29/08/01	
IA	RESTITUITA ALL'UFF. AMMIN.	29/08/01	ASS. INVALIDITA' = R
			"A" = ACCOLTA
			"R" = RESPINTA
			" " = NON ESAMINATA
"PF2" PER PANNELLO SUCCESS.			
"AP1" PER PANNELLO INIZ, "AP2" PER TERMINARE			

Segue *TABELLA 1*

<b><u>Secondo pannello del programma 4119</u></b>	
MEDICI INCARICATI PER LA DOMANDA DI .....	
020 .....	02/08/01
073 .....	28/08/01
088 .....	28/08/01
ACCERTAMENTI SPECIALISTICI RICHIESTI	
I 0202 ELETTROCARDIOGRAMMA	
E9999 RICHIESTA DOCUMENTAZIONE SANITARIA ALL'ASSICURATO	
-----	
CODICI NOSOLOGICI DELLE INFERMITÀ ACCERTATE	
233	
"PF2" PER PANNELLO PRECEDENTE	
"AP1" PER PANNELLO INIZ, "AP2" PER TERMINARE	

Il collegamento tra EAD 75 e programma 4119 avviene così come illustrato sinteticamente nella Tabella 2.

*TABELLA 2*

<b>EAD 75</b>	<b>Campo 26</b>	<b>Campo 27</b>	<b>Campo 36</b>
<b>4119</b>	<b>Invio al GD fase EI (esame infermiere)</b>	<b>Restituzione dal GD fase IA (invio all'ufficio Amministrativo della pratica definita)</b>	<b>Tipo domanda (se trattasi di Invalidità, Inabilità o altro)</b>

Come si può notare, ad ogni movimentazione dei campi dell'EAD 75, corrisponde una movimentazione delle fasi previste dalla procedura automatizzata del CML.

Un secondo momento prevede la trasmissione al sistema centrale, da parte degli operatori di controllo, di tutti i dati accumulati con il programma 4119 sull'AS 400 di Sede. Detta trasmissione si avvale dell'attivazione di un altro programma, che è il programma 3796.

Un terzo momento consente, limitatamente al personale medico e/o infermieristico, preventivamente autorizzato, l'accesso agli archivi centrali sanitari, tramite INFOINPS.

Il suddetto accesso si realizza attraverso il collegamento con la procedura GASAN e consente di:

- elaborare i prospetti statistici relativi ai Dirigenti medico-legali dell'Istituto ed alle pratiche lavorate;
- consultare le pratiche stesse per conoscerne l'esito, il tipo di patologia, la categoria, gli accertamenti specialistici richiesti, ecc.

Inoltre, rappresenta un valido strumento di controllo per la verifica delle giacenze anomale presso ciascun CML.

Infatti, con messaggio n° 26597 del 13.07.1998 (8), è stata attivata l'opzione 7 sul pannello della Gasan, che evidenzia tutte quelle pratiche con eccessiva o anormale permanenza nell'attuale fase dell'iter sanitario.

## **PROBLEM FINDING**

Il lavoro si è svolto, con diversi accessi, presso i CML della Sede di Reggio Calabria e delle Agenzie di Caulonia, Melito Porto Salvo e Polistena (che sono servite tutte dallo stesso AS 400), in due distinte fasi di tempo.

La prima fase, compresa tra il 5 Settembre e il 25 Ottobre 2001 e concernente le pratiche presentate dall'01.01.90 al 31.08.01, sarà illustrata nella prima parte del lavoro.

La seconda fase, durata per tutto il mese di novembre 2001, ha interessato le pratiche comprese tra lo storico ed il 25.10.01, in quanto dopo aver bonificato il listado relativo al primo periodo prescelto, era sorto il sospetto che potessero risultare giacenti al CML anche pratiche presentate in data antecedente a questo stesso periodo.

Questa seconda fase costituirà argomento della seconda parte del lavoro.

### **Prima parte**

Per ogni Centro Medico Legale, si è proceduto alla stampa, utilizzando il programma 34, di un listado comprendente tutte le pratiche giacenti dall'01.01.90 al 31.08.2001.

Dall'esame dei listado ottenuti, risultavano effettivamente giacenti al CML numerose pratiche, così distinte:

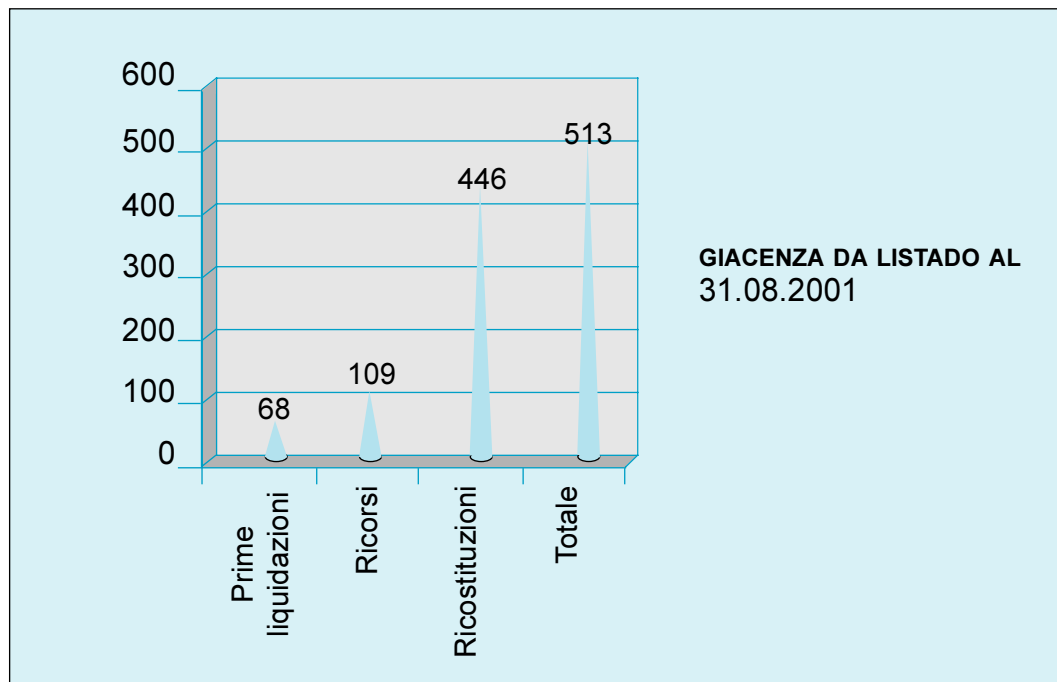
- prime liquidazioni: prime visite, convenzioni internazionali, vecchiaia all'80%, fondi speciali, reversibilità (quasi tutte rientranti in procedura automatizzata);
- ricostituzioni: revisioni e conferme (che rientrano in procedura automatizzata); assegni nucleo familiare (che non rientrano in procedura automatizzata);

- ricorsi (che rientrano quasi tutti in procedura automatizzata). (Tabella3).  
 Si è proceduto, inizialmente, a una verifica “de visu” delle pratiche effettivamente presenti all’interno dell’ufficio, costituite da pratiche:  
 in attesa del parere preliminare;  
 da invitare a visita medica;  
 in attesa accertamenti specialistici;  
 con richiesta documentazione sanitaria;  
 alla decisione del medico;  
 da dattiloscivere;  
 da registrare;  
 pronte per la restituzione.

*TABELLA 3 - Tipologia delle pratiche*

Tipologia	Prime liquidazioni	Ricorsi	Ricostituzioni	Totale
Giacenza da listado al 31.08.01	68	109	446	513

*GRAFICO TABELLA 3*



Da detta verifica è emersa una notevole incongruità tra il numero delle pratiche risultanti giacenti da listado e quelle effettivamente presenti al CML, come da Tabella 4.

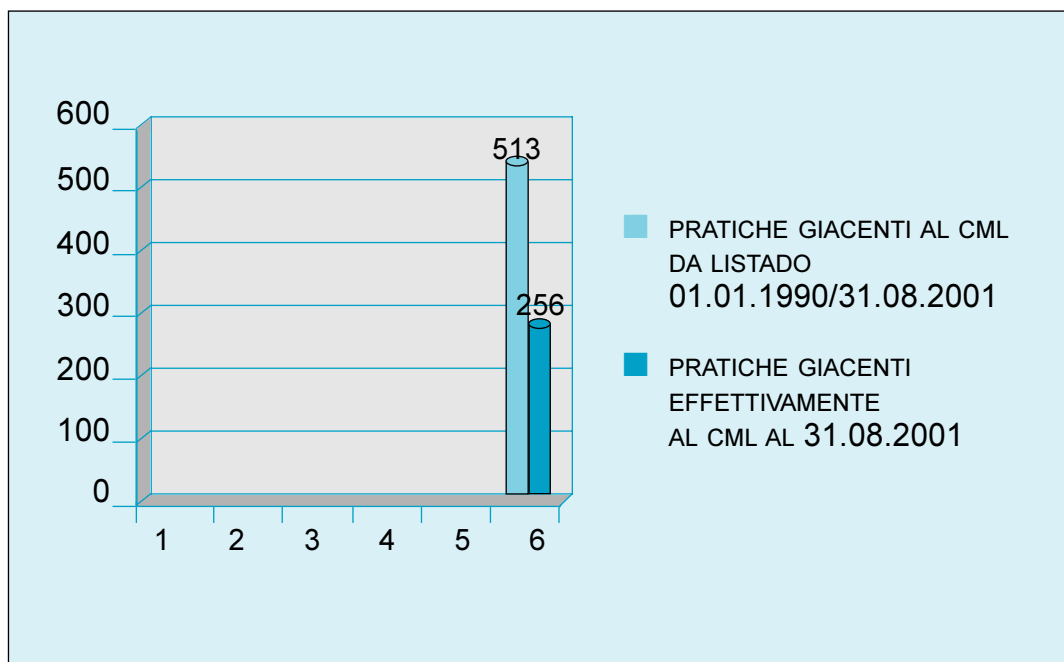
Per rendersi meglio conto dell'entità e della natura delle problematiche che avevano concretizzato l'incongruità di cui trattasi, si è proceduto al controllo delle pratiche presenti in listado, ma non effettivamente giacenti presso il CML, attraverso la ricerca della documentazione sanitaria presso gli archivi dell'Ufficio stesso, la visione dei registri cartacei e degli elenchi di restituzione pratiche.

In un secondo momento e solo dopo essersi accertati che dette pratiche non fossero effettivamente giacenti al CML, si è proceduto all'aggiornamento del relativo campo, presso il pannello previsto in procedura EAD 75.

*TABELLA 4 - Situazione pratiche giacenti al CML di Reggio Calabria dal 01.01.90 al 31.08.2001.*

Pratiche giacenti al CML (da listado) dall'01.01.90 al 31.08.2001	Pratiche effettivamente giacenti al CML al 31.08.01
513	256

*GRAFICO TABELLA 4*





In Tabella 5, viene fotografata la nuova situazione delle giacenze, così come scaturita dal lavoro di aggiornamento di cui sopra, effettuato presso il CML di Reggio Calabria.

*TABELLA 5*

Tipologia	Prime liquidazioni	Ricorsi	Ricostituzioni	Totale
Giacenza da listado al 31.08.01	68	109	446	513
Aggiornate da altri operatori	55	25	214	294
Aggiornate dal gruppo di lavoro	0	80	74	154
Giacenti al 31.08.01	13	4	48	65

In Tabella 5 bis, invece, viene illustrato il lavoro di aggiornamento effettuato presso le Agenzie di produzione di Caulonia, Melito Porto Salvo e Polistena.

*TABELLA 5 BIS*

Area	Pratiche giacenti al 31.08.01	Aggiornate da altri operatori	Aggiornate dal gruppo di lavoro	Giacenti al 31.08.01
Caulonia	57	35	0	22
Melito	38	20	12	6
Polistena	86	41	18	27
TOTALE	181	96	30	55

Si è proceduto, quindi, all'individuazione delle cause che avevano determinato l'incongruità in argomento ed è apparso subito evidente che la stessa fosse da ricercarsi principalmente in unico fattore e, cioè, il mancato aggiornamento del campo 27 dell'EAD 75 da parte dell'Ufficio Amministrativo, relativa-

mente alle pratiche restituite al suddetto Ufficio da parte del CML.

Quanto sopra, era reso possibile dal fatto che, non rientrando in procedura automatizzata le pratiche di cui trattasi, il campo 27 non si aggiornava automaticamente, per cui le pratiche continuavano a risultare in carico al CML.

In effetti, a riprova di quanto detto, dai controlli effettuati, la maggior parte delle pratiche che restavano, per così dire, “appese” al CML erano costituite da Assegni nucleo familiare, Reversibilità, Convenzioni Internazionali, tutte pratiche non rientranti nella procedura automatizzata dei CML.

Per quanto riguarda i ricorsi, si sottolinea il fatto che parecchi di questi risultavano giacenti in quanto agganciati alla procedura “Contendo” (7).

Detta procedura, attivata con programma 4119 per collegare il CML con l’Ufficio Legale, attualmente non è più attiva.

## **Seconda parte**

Come si è detto in precedenza, subito dopo il completamento della verifica delle pratiche presentate tra il 1° gennaio 1990 e il 31 agosto 2001, era sorto il sospetto che potessero risultare al CML anche pratiche antecedenti a questo periodo di riferimento.

Si è provveduto, quindi, alla stampa del listado cosiddetto “storico”(senza, cioè, indicare la data di partenza), in modo tale da evidenziare tutte le pratiche aperte al CML, dall’attivazione dell’EAD 75 fino alla data di espletamento della prima parte del nostro lavoro (25.10.2001).

Visionando detto listado, si è manifestata evidente la fondatezza del nostro sospetto, in quanto risultavano al CML anche numerose domande presentate nel nuovo periodo di riferimento, alcune delle quali giacenti fin dal lontano 1975.

Quanto sopra, ha reso necessario un nuovo intervento presso la Sede di Reggio Calabria, concretizzatosi in sei accessi nel corso del mese di novembre 2001.

Da un punto di vista operativo, si è proceduto alla bonifica del nuovo listado con gli stessi criteri e stessa metodologia del precedente.

Tuttavia, è intervenuta un’ulteriore difficoltà, rappresentata dal fatto che, risalendo l’istituzione degli archivi sanitari solamente agli anni 1989-1990 (2), non era presente presso gli archivi stessi alcuna documentazione relativa a pratiche di quell’epoca.

Per questo motivo, si è visionata la situazione personale di ciascun assicurato (utilizzando il Gape e il 4560) e si è notato che un certo numero di pratiche giacenti al CML si riferiva ad assicurati ormai deceduti da diversi anni.

Inoltre, rispetto alla prima bonifica e relativamente alle pratiche sospese, veniva riscontrata un’ulteriore anomalia, essendo queste costituite da domande presentate presso la Sede madre (Reggio Calabria) con un numero di EAD, ed acquisite, poi, con altro numero, presso alcune Agenzie di produzione di nuova apertura.

Pertanto, si erano venuti a creare due diversi numeri di EAD 75 per la stes-

sa pratica, concretizzando dei veri e propri doppioni, costituiti da una pratica “reale”, in quanto effettivamente lavorata presso l’Agenzia di produzione, ed una “virtuale” rimasta appesa presso la Sede madre.

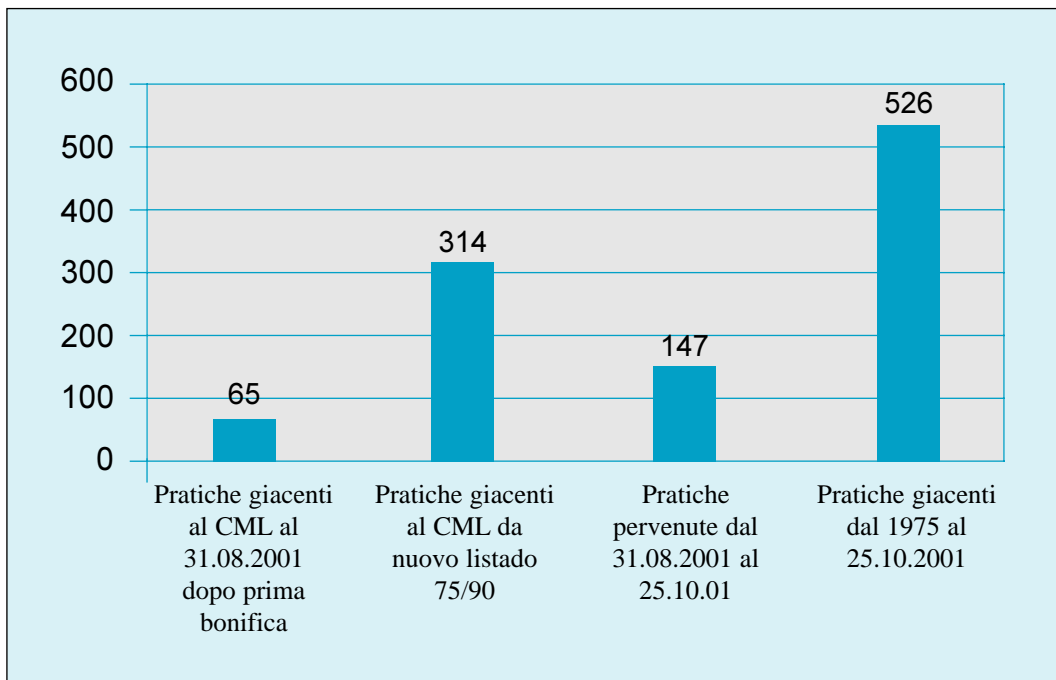
A tale proposito, si fa presente che, con le modifiche di recente applicazione, relative all’ acquisizione delle domande, questa anomalia non dovrebbe più verificarsi, in quanto la nuova procedura consente l’aggancio automatico in ambiente ARCA (5), per cui viene visualizzata subito la presenza per uno stesso assicurato di più posizioni.

Nella Tabella 6, illustriamo il numero delle pratiche giacenti al CML al 25.10.2001, data di stampa del listado.

*TABELLA 6*

Pratiche giacenti al CML al 31.08.2001, dopo la prima bonifica	Pratiche giacenti al CML da nuovo listado 1975/01.01.90	Pervenute dal 31.08.2001 al 25.10.01	Giacenti dal 1975 al 25.10.2001
65	314	147	526

*GRAFICO TABELLA 6*

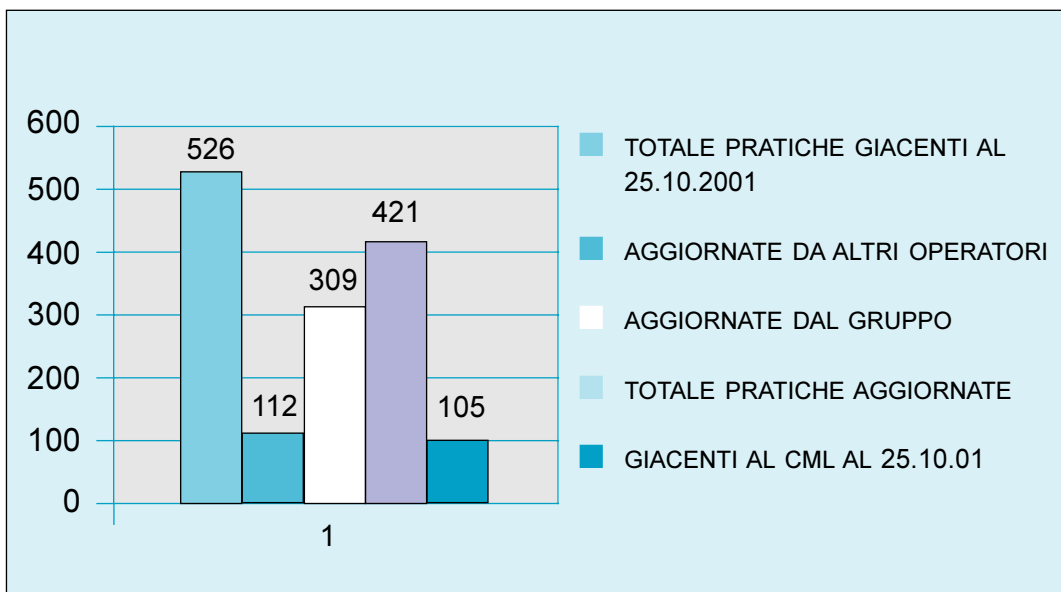


Nella Tabella 7 illustriamo la bonifica effettuata nel mese di novembre 2001.

*TABELLA 7*

Totale pratiche giacenti al 25.10.2001	526	
Aggiornamento da parte di altri operatori	112	
Aggiornamento da parte del nostro gruppo	309	Di queste 25 erano domande di assicurati risultati deceduti
Totale pratiche aggiornate	421	
Giacenti al CML al 25.10.2001	105	

*GRAFICO TABELLA 7*

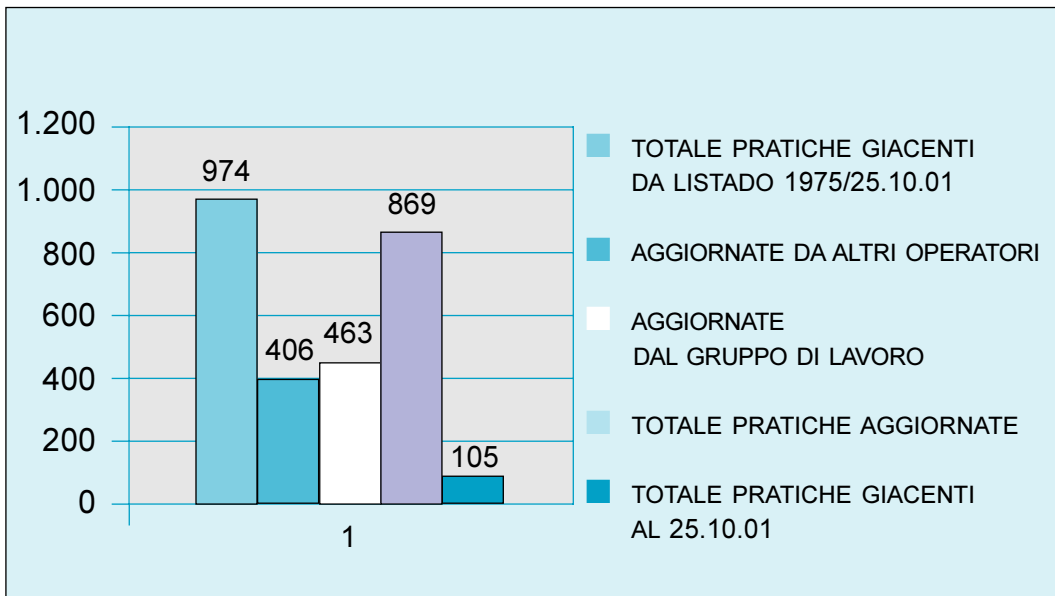


Infine, nella Tabella 8, vengono riepilogati i dati relativi alle due diverse fasi di lavoro, riferiti solamente al Centro Medico Legale di Reggio Calabria, per tutto il periodo tra il 1975 e l'ottobre del 2001.

*TABELLA 8*

Totale pratiche giacenti da listado dal 1975 al 25.10.01	974
Aggiornamento da parte di altri operatori	406
Aggiornamento da parte del gruppo di lavoro	463
Totale pratiche aggiornate	869
Totale pratiche giacenti al 25.10.01	105

*GRAFICO TABELLA 8*



## PROBLEM SOLVING

La soluzione dei problemi sopra descritti potrebbe passare attraverso alcuni interventi da eseguire sia in Sede Centrale che in periferia.

In Sede Centrale, si tratterebbe di modificare la procedura automatizzata dei CML, così come è già stato fatto ultimamente per alcune tipologie di pratiche (Reversibilità, Vecchiaia all'80%, Convenzioni Internazionali).

In questo modo, verrebbe completato il processo di automatizzazione, inserendo tutti i prodotti che vengono trattati presso i CML e che attualmente non rientrano in procedura (Assegni Nucleo Familiare, Contenzioso Giudiziario, Prestazioni TBC, ecc.).

Questo, da una parte consentirebbe un più efficace monitoraggio delle pratiche, dall'altra eviterebbe che il mancato aggiornamento manuale del campo 27, da parte degli Uffici amministrativi, lasciasse "appese" al CML le pratiche non in procedura.

A livello periferico, in attesa di quanto sopra proposto, un primo passo nella soluzione dei problemi di cui trattasi potrebbe essere rappresentato da una attenta e continua verifica dei listado, da fare rientrare nella normale attività di controllo da parte degli Uffici, sia sanitari che amministrativi, di ciascuna Sede.

Questo consentirebbe, monitorando le pratiche effettivamente giacenti e seguendole lungo tutto il loro iter, di aggiornare continuamente le giacenze, prima che queste raggiungano livelli di criticità e permetterebbe, inoltre, di eliminare le giacenze anomale.

A questo proposito, c'è da dire che è possibile effettuare una stratificazione, per anno, delle giacenze esistenti sull'EAD 75, attraverso la procedura "Sintesi" (9), di recente attivazione.

Sempre nelle more, considerato che, nella maggioranza dei casi, la radice del problema affonda nel mancato aggiornamento del campo 27 da parte degli Uffici amministrativi, si propone una sensibilizzazione degli stessi da parte dei responsabili degli Uffici preposti.

A questo proposito, corre l'obbligo di segnalare un certo grado di separatezza tra i vari Uffici, nel senso che gli Uffici stessi colloquiano poco fra di loro, a scapito della trasversalità dei processi operativi.

Dovrebbe, quindi, essere migliorato il livello di comunicazione tra tutti gli Uffici e, nel caso specifico, tra quelli amministrativi e il CML, magari utilizzando le nuove figure di "ottimizzatore", (6) anche se limitatamente agli Uffici in cui questi sono previsti.

Stando all'esperienza degli scriventi, la soluzione vera del problema passerebbe attraverso una semplice modifica operativa. Si è visto, infatti, che, mentre il campo 26 viene aggiornato sempre dagli Uffici amministrativi, il campo 27 viene aggiornato dal CML per quanto riguarda le pratiche che rientrano in procedura automatizzata e dagli Amministrativi per quelle che non vi rientrano.

Si tratterebbe, quindi, di trasferire al CML il compito di aggiornare il campo 27 per la totalità delle pratiche, con l'impegno di far pervenire, nel più breve tempo possibile, i fascicoli ai Reparti amministrativi onde evitare anomale giacenze presso questi ultimi.

## CONCLUSIONI

Fermo restando che la verifica delle giacenze dovrebbe far parte della normale attività di controllo all'interno del CML, c'è da sottolineare come molti operatori non abbiano, a tutt'oggi, la padronanza necessaria delle procedure, la conoscenza e l'utilizzo delle quali, dovrebbe far parte non solo del bagaglio tecnico e culturale di ciascuno, ma dovrebbe diventare una sorta di mentalità operativa nell'esercizio quotidiano delle attività istituzionali.

In mancanza di appositi corsi di formazione, uno dei quali è già stato programmato per il mese di settembre presso la Sede Regionale Calabria, quello che finora ha sorretto l'attività istituzionale è stata la formazione continua sul posto di lavoro, con l'handicap che, spesso, la stessa si è tradotta in una sorta di autoapprendimento affidato alla volontà dei singoli.

A questo, si aggiunge, in alcune Sedi, anche la mancanza degli strumenti informatici indispensabili sia per l'attività di controllo dell'iter delle pratiche, sia per l'attività di gestione operativa interna agli Uffici.

Una volta realizzate le condizioni di cui sopra, sarà comunque opportuno, se non necessario, partire da una scrematura di base dei listado, attraverso un'operazione di "bonifica" così come descritta in questo lavoro.

E' per questo motivo, quindi, che il Direttore Regionale della Calabria, nell'ambito della Conferenza dei Direttori della Regione, ha deciso di estendere a tutte le Sedi l'operazione di bonifica dei listado, creando un apposito gruppo di lavoro, costituito, come base, dagli autori della presente relazione, ma estendibile, in funzione di eventuali necessità emergenti, anche ad altre figure professionali, sia sanitarie che amministrative.

A conclusione ci sentiamo di affermare che l'utilizzo delle procedure informatiche non dovrebbe limitarsi a una semplice acquisizione e conoscenza di dati ed informazioni, ma dovrebbe costituire la base ed il punto di partenza per un governo, convinto e consapevole, dei processi operativi.

## RIASSUNTO

**I prospetti statistici di alcune Sedi della Regione Calabria mettevano in evidenza un allungamento anomalo dei tempi di giacenza, che, assumeva carattere di criticità presso il Centro Medico Legale della Sede di Reggio**

---

## **Calabria.**

**Nell’ambito della normale attività di controllo della Sede Regionale, veniva avviata una verifica delle giacenze, che dava come risultato un abnorme numero di pratiche risultanti giacenti presso quell’Ufficio.**

**La maggior parte delle pra-tiche di cui trattasi, però, non era costituita da pratiche effettivamente giacenti al CML, ma da pratiche rimaste per così dire “ appese” presso questo Ufficio, in quanto non era stato effettuato l’aggiornamento previsto da parte del reparto direttamente competente.**

**Si trattava, per la maggior parte, di pratiche non rientranti nella procedura automatizzata dei CML e che, normalmente, vengono aggiornate dagli operatori degli Uffici amministrativi.**

**Si decideva, pertanto, di dare corso ad una operazione di “ bonifica”, consistente in un aggiornamento dei listado stessi da parte di personale sanitario degli Uffici della Sede Regionale e della Sede di Reggio Calabria.**

**In particolare, sono state individuate 974 pratiche, molte delle quali appesantite da una giacenza ventennale. Di queste ne sono state aggiornate 869, per cui, a fine lavoro, risultavano effettivamente giacenti al CML solo 105 pratiche, il cui numero può essere considerato quale giacenza fisiologica per un Ufficio con le caratteristiche di quello esaminato.**

**Viene fatta un’analisi delle problematiche, cercando di risalire alle cause delle stesse e vengono avanzate alcune proposte di soluzione, con interventi da mettere in atto sia a livello centrale che periferico.**

## **NOTA DEGLI AUTORI**

Ringraziamo l’Istituto, nelle persone dei Colleghi della Sede Regionale, dei Colleghi di tutte le Sedi della Regione visitate, per la collaborazione offerta con simpatia e per la squisita ospitalità.

Un ringraziamento particolare al Direttore della Sede Regionale, cui questo lavoro è dedicato, per l’iniziale provocazione, quasi una sfida, per la fiducia ed il sostegno accordatici, per averci aiutato a capire che “l’utilizzo delle procedure informatiche non dovrebbe limitarsi ad una semplice acquisizione e conoscenza di dati ed informazioni, ma dovrebbe costituire la base ed il punto di partenza per un governo, convinto e consapevole, dei processi operativi”.



## BIBLIOGRAFIA

- 1) ATTI UFFICIALI SUPPLEMENTO AL MESE DI GENNAIO 1992: «EAD e procedure collegate».
- 2) CIRCOLARE N. 187 DEL 17.08.1989: «Prime misure di intervento scaturenti dalla Conferenza nazionale sull'invalidità pensionabile del 12 e 13 aprile 1989».
- 3) CIRCOLARE N.176 DEL 21.07.1990: «Procedure automatizzate delle attività sanitarie. Istruzioni sui flussi procedurali di competenza del personale dei gabinetti diagnostici».
- 4) CIRCOLARE N. 159 DELL'11.06.1992: «Procedure automatizzate per gli Uffici sanitari: consultazione degli archivi centrali».
- 5) CIRCOLARE N. 108 DEL 12.05.1997: «Archivio anagrafico unico nazionale ARCA. Rilascio delle applicazioni di consultazione».
- 6) CIRCOLARE N. 2 DEL 04.01.2001: «Sviluppi organizzativi e conferimento posizioni organizzative».
- 7) MESSAGGIO 32625 DEL 28.12.1992: «Nuova procedura Contendo per la gestione del Contenzioso giudiziario relativo alle domande di pensione di inabilità e di assegno di invalidità».
- 8) MESSAGGIO N. 26597 DEL 13.07.1998: «Procedura Gasan – Nuovo elenco domande giacenti ai CC.MM.LL.- trasmissione giornaliera dei dati sanitari al sistema centrale (programma 3796)».
- 9) MESSAGGIO N. 25 DEL 26.10.2001: «Rilascio della procedura Sintesi di analisi della stratificazione delle giacenze esistenti sull'archivio 83 (EAD 75)».

---

# “Lo specifico relazionale”

Assisi 14-17 Novembre 2001

Maria SILVANO

Collaboratrice Sanitaria  
Sede Regionale INPS - Reggio Calabria

Assisi, città di culto e d'arte, ha ospitato il congresso “Lo specifico relazionale infermieristico”.

I relatori hanno spiegato ai professionisti dell'assistenza in maniera dettagliata la cultura della relazione, che non è qualcosa di naturale e generico, ma una vera e propria arte, con precise caratteristiche e regole, che va acquisita fino a diventare competenza. Per relazionare, è indispensabile dialogare e integrare.

Il counselling rappresenta un processo mediante il quale un “consulente” aiuta chi lo consulta a prendere decisioni, ad agire in rapporto a queste e a fornire un'accurata ed attenta informazione con adeguato sostegno anche di tipo psicologico.

Nel counselling, utilizzando tecniche che presuppongono il superamento del normale rapporto infermiere-paziente con una tecnica comunicativa e relazionale più strutturata e perfezionata, si possono affrontare questioni personali cercando di oltrepassare qualsiasi stato di crisi con un accostamento empatico.

L'empatia, un termine che abbiamo udito ripetutamente e su cui per quattro giorni abbiamo riflettuto, analizzato, sviscerato e persino ironizzato.

Ma senza dubbio abbiamo compreso la psicologia clinica di questo termine, che indica la capacità di immergersi nel mondo soggettivo altrui e di partecipare alla sua esperienza in tutta la misura in cui la comunicazione verbale e non verbale lo permette.

La comprensione empatica riguarda appunto la capacità dell'helper (aiutante) di cogliere accuratamente la situazione personale di colui che gli sta di

fronte (helped-aiutato), da ciò che dice (dai contenuti oggettivi delle sue espressioni) e da ciò che è (dal suo rivelarsi nel non verbale).

Nel nostro lavoro, dove dialoghiamo continuamente con i clienti, con i sofferenti, con gli anziani, con i colleghi, con gente che si aspetta risposte appropriate, dopo aver acquistato e fatto nostra questa qualità, potremo uscire da noi stessi e cercare di vedere le cose attraverso gli occhi del nostro interlocutore per capirlo empaticamente e porgerci nel modo giusto per essergli veramente d'aiuto, intendendo come aiuto l'offerta di risorse affinché un soggetto possa affrontare adeguatamente una situazione di bisogno.

Il tutto deve svolgersi nell'immediatezza, perché la relazione d'aiuto altrimenti diviene monca e falsata in partenza, infatti, solo un intervento immediato ha lo scopo di stimolare e produrre una relazione senza sottintesi e reticenze, una relazione nella quale l'helped possa prendere coscienza di ciò che sente e riesce ad esprimersi senza paure e blocchi interiori.

Questo congresso ci ha fatto capire che ogni relazione lavorativa e, in questo caso sanitaria, è strettamente legata ad uno specifico professionale, motivo per cui la stessa è sempre caratterizzata da obiettivi, contenuti, metodi e verifiche.

Ci siamo chiesti che cosa caratterizza e distingue la relazione infermieristica da tutte le altre e abbiamo sviluppato, per questo, la specificità della natura relazione dell'assistenza infermieristica nei suoi aspetti concettuali, metodologici ed applicativi.

Gli spunti proposti e gli argomenti trattati sono stati senza dubbio punti di partenza per una riflessione più approfondita e specifica per una formazione permanente nell'ambito professionale e personale.

## Norme redazionali per gli Autori

**L**a “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 videoscrittu-

ra 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.

## INTERNET

Documenti e materiali pubblicati possono essere mostrati, riformattati e stampati esclusivamente ad uso personale. Senza il consenso dell'Editore, gli utenti internauti accettano di non riprodurre, ritrasmettere, fornire, vendere, divulgare o diffondere le informazioni, i documenti e i materiali pubblicati su **www.inps.it**.

---

*Direttore:* ANTONIO PRAUSCELLO - *Direttore Responsabile:* SERGIO D'ONOFRIO

---

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE

INPS - Direzione Generale

Direzione Centrale Organizzazione

Area Sviluppo Immagine

Via Ciriaco De Mita, 21 - 00144 Roma - Eur

Tel. 06/59055125 - Fax 06/59055114

[www.inps.it](http://www.inps.it) (Informazioni → le pubblicazioni)

Fotocomposizione e Stampa: Interstampa s.r.l.

Via Barbana, 33 - 00142 Roma - Tel. 06.54.03.349

[www.interstampa.it](http://www.interstampa.it) - EMAIL: [info@interstampa.it](mailto:info@interstampa.it)

---

Autorizzazione Tribunale di Roma N. 39488 del 6 luglio 1998

---

Finito di stampare nel mese di febbraio 2003