



**mlp**  
rassegna di  
**m**edicina **l**egale  
**p**revidenziale

■ **Analisi dei rapporti tra bioetica e medicina legale previdenziale**

*Claudio Meloni, Rita Cafaggi, Antonio Sapone*

■ **Disturbi di personalità: il paziente Border-line**

*Stefania Cupido, Roberto De Simone, Mario Cecinelli*

■ **La classificazione NYHA e la disfunzione meccanica in cardiologia forense**

*Armando Mori*

■ **Il conflitto tra l'accesso, la privacy e il segreto professionale: problematiche operative all'interno di un centro medico-legale pubblico**

*Tiziana Di Biagio, Federico Cattani*

■ **Osservazioni sulla teoria e la prassi dell'accertamento d'invalidità nel Fondo di Previdenza per il Clero e i Ministri di culto**

*Antonio Ricciotti, Ivana Sellitti*

■ **Comunicazione e qualità in Medicina Previdenziale**

*Carlo Masi*

■ **Consulenza tecnica**

■ **L'angolo dell'infermiere**

**INPS**

Istituto Nazionale Previdenza Sociale



**Periodico trimestrale dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale**  
Numero unico 2003 - Anno XVI - Poste It. S.p.A. - Sped. in a.p. 70% DCB - Roma

**Direttore**

**Vittorio CRECCO**

**Direttore responsabile**

**Annalisa GUIDOTTI**

**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).

---

*Direttore:* VITTORIO CRECCO - *Direttore responsabile:* ANNALISA GUIDOTTI

---

REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE  
INPS - Direzione generale  
Comunicazione e relazioni esterne  
via **Ciro il Grande, 21** - 00144 Roma - Eur  
tel. 06 5905 5125 - fax 06 5905 5114  
[www.inps.it](http://www.inps.it) (Informazioni → le pubblicazioni)

Fotocomposizione e Stampa: **Stilgrafica s.r.l.**  
via **Ignazio Pettinengo, 31/33** - 00159 Roma - tel. 06 43588200 (4 linee r.a.)  
[www.stilgrafica.com](http://www.stilgrafica.com) - EMAIL: [info@stilgrafica.com](mailto:info@stilgrafica.com)

---

Autorizzazione Tribunale di Roma N. 39488 del 6 luglio 1998

---

Finito di stampare nel mese di novembre 2004



Numero unico 2003

Anno XVI

SOMMARIO

---

<b>Analisi dei rapporti tra bioetica e medicina legale previdenziale</b> <i>Claudio Meloni, Rita Cafaggi, Antonio Sapone</i>	<b>3</b>
<b>Disturbi di personalità: il paziente Border-line</b> <i>Stefania Cupido, Roberto De Simone, Mario Cecinelli</i>	<b>13</b>
<b>La classificazione NYHA e la disfunzione meccanica in cardiologia forense</b> <i>Armando Mori</i>	<b>24</b>
<b>Il conflitto tra l'accesso, la privacy e il segreto professionale: problematiche operative all'interno di un centro medico-legale pubblico</b> <i>Tiziana Di Biagio, Federico Cattani</i>	<b>44</b>
<b>Osservazioni sulla teoria e la prassi dell'accertamento d'invalidità nel Fondo di Previdenza per il Clero e i Ministri di culto</b> <i>Antonio Ricciotti, Ivana Sellitti</i>	<b>54</b>
<b>Comunicazione e qualità in Medicina Previdenziale</b> <i>Carlo Masi</i>	<b>62</b>
<b>Consulenza tecnica</b>	<b>77</b>
<b>L'angolo dell'infermiere</b>	<b>81</b>

---

*ERRATA CORRIGE*

**“CONFERENZA NAZIONALE SULL’INABILITÀ”  
N. 3/2002**

Nel numero di “Rassegna di Medicina Legale Previdenziale”, citato in epigrafe, è stata omessa la pag. 2, contenente il ringraziamento ai colleghi per il lavoro svolto nella preparazione della Conferenza e degli Atti.

Si pubblica di seguito la pagina omessa.

*Atti preparati a cura dei dirigenti medici dell’Area delle Invalidità  
Coordinamento Generale Medico Legale I.N.P.S. Roma  
Dott. Federico Cattani, Coordinatore Centrale  
Dott.ssa Lucia Cristina D’Acquarica  
Dott.ssa Tullia Mariani  
Dott.ssa Loredana Pallini*

*Un ringraziamento particolare va al dr. Paolo D’Atri e alla signora Letizia Autunno per il loro contributo nonché a tutti i dirigenti medici delle Aree regionali, provinciali e sub-provinciali senza il cui diretto tributo di pluriennale esperienza tale Conferenza non sarebbe stato possibile realizzare.*

# Analisi dei rapporti tra bioetica e medicina legale previdenziale

Claudio MELONI

Dirigente medico-legale  
2° livello  
Sede INPS - Roma

Rita CAFAGGI

Dirigente medico-legale  
1° livello  
Sede INPS - Roma

Antonio SAPONE

Dirigente medico-legale  
1° livello  
Sede INPS - Roma

## PREMESSA

**L**a problematica riguardante il contributo da dare per il miglioramento delle condizioni di vita di chi ha subito un evento sfavorevole, e pertanto generatore di bisogno, determinato dalla perdita o riduzione del proprio patrimonio bioattitudinale, possiede chiari risvolti etici che coinvolgono direttamente chi opera in campo medico previdenziale.

Il rigorismo medico legale che sottende ogni giudizio conforme alla legge non esime il medico valutatore da un impegno etico e quindi, più in generale, dal problema delle interconnessioni tra due scienze multidisciplinari, una emergente, la bioetica, ed una già consolidata, la medicina legale.

L'etica medica era, nel recente passato, l'etica applicata all'esercizio della professione del medico ed aveva radici molto lontane che giungevano fino alla tradizione ippocratica. Il passaggio dall'etica medica alla bioetica, dovuto al progressivo mutare dei tempi ed all'avanzare delle tecnologie in ambito sanitario è storia contemporanea.

La parola bioetica appare per la prima volta in letteratura nel titolo di un'opera di Van Rensselaer Potter; l'autore che è un oncologo rileva che nel passato, anche non troppo lontano, l'etica era stata considerata soltanto un ambito degli studi umanistico-filosofici; ciò non è più accettabile perché lo sviluppo tumultuoso delle biotecnologie impone un cambiamento di mentalità: non è possibile attualmente separare i valori etici dai fatti biologici rendendosi necessaria un'etica globale e cioè un'etica della vita che includa estesamente i problemi dello sviluppo delle popolazioni, dei giovani, degli anziani, delle risorse energetiche, del mondo del lavoro, della scelta delle spese sanitarie, della natura, dell'impatto ambientale etc. (23). Soltanto il

confronto tra valori e fatti biologici permette un controllo virtuoso con la realtà al fine di risolvere i singoli problemi e condividendo in pieno questa ottica si può affermare che esistono evidenti rapporti tra bioetica e aspetti fondativi ed operativi della medicina legale previdenziale.

Tali rapporti si possono schematizzare essenzialmente in cinque gruppi tematici:

1. lo studio dei criteri per una equanime allocazione della spesa pubblica per i soggetti affetti da stati invalidanti;
2. la trasparenza del giudizio;
3. la concezione etico filosofica di tipo personalistico come guida del giudizio;
4. il dovere etico della formazione e dell'aggiornamento del medico valutatore;
5. la particolarità e la delicatezza dell'acquisizione del consenso per l'atto medico non terapeutico.

## **ESAME DEI RAPPORTI TRA LE DUE DISCIPLINE**

### **1) Criteri di allocazione**

Allocazione è l'attività consistente nel distribuire le risorse disponibili, tra i possibili impieghi cui possono essere destinate, seguendo una scala di priorità.

Uno dei grandi temi che la bioetica è chiamata ad affrontare è quello inerente la allocazione delle risorse in un campo, quello della sanità e della previdenza, in cui economia ed etica si confrontano, si incontrano e si scontrano sul rapporto tra beneficio del singolo ed interesse della collettività.

La salute è un diritto assoluto (perché può essere fatto valere nei confronti di tutti) e rientra nel novero dei diritti inviolabili dell'uomo che la Costituzione, caso unico, definisce diritto "fondamentale".

Perseguire il bene salute non è quindi solo un fatto puramente naturalistico ma oggetto del diritto più importante che il nostro ordinamento giuridico riconosca (19). Oggetto del diritto costituzionale non è soltanto la salute (art. 32) ma anche la sua "perdita" (art. 38) da cui può discendere una condizione di invalidità o di inabilità. Al verificarsi di tale evenienza l'atto medico legale, che si concretizza nell'espressione di un giudizio conforme alla legge, rappresenta lo strumento di eccellenza per una adeguata protezione sociale, apportando così il proprio contributo alla complessiva promozione del bene salute.

Allo stato attuale la tutela costituzionalmente garantita di questi diritti sembra non poter più prescindere da considerazioni di carattere economico.

Infatti, finito il cosiddetto boom economico, mentre le società occidentali hanno subito un rapido rallentamento nella crescita del loro prodotto interno lordo e del reddito pro capite, fattori demografici, epidemiologici, tecnolo-

gici, politici, nonché inefficienze produttive hanno supportato, un incremento esplosivo della spesa pubblica, nei settori sanitario e previdenziale (11).

È sorta quindi la necessità di razionalizzare la spesa e di contenere i costi, ed è sorto, come sottolinea Fiori *“il grande problema della allocazione delle risorse sempre più limitate quanto invece necessarie alla sanità ed alla ricerca biomedica per non dire della previdenza”* (9).

Date queste premesse la domanda da porsi è se, ed eventualmente come, la necessità di limitare la spesa pubblica, che investe anche il settore della tutela dell'invalidità, possa accordarsi all'etica.

In tema di allocazione di risorse, in linea di principio, il razionamento delle prestazioni previdenziali a chi ne ha bisogno è ovviamente incompatibile con i principi etici.

Criteri puramente produttivistici in politica sanitaria possono portare infatti a scelte contrarie al bene della persona: una scelta che si traduca, nel concreto, in opportunità di protezione e di salute offerta ad alcuni cittadini e sottratta ad altri. In un sistema che risponde solo a logiche di bilancio, il rischio incombente è il paradosso del cosiddetto effetto Matteo: *“a chi ha sarà dato e sarà nell'abbondanza e a chi non ha sarà tolto anche quello che ha”*. Vale a dire che la messa in atto di criteri di limitazione di accesso alla protezione sociale potrebbe incidere maggiormente su chi ha di meno ed ha più bisogno (20).

La bioetica è oggi chiamata proprio a riflettere sui criteri di equità che determinano o che dovrebbero determinare le scelte di allocazione nel campo della previdenza e della sanità.

Dall'esame della più recente letteratura (4), (5), (8), (9), (16), (17), (21), impegnata nello studio dei rimedi da apportare al malessere dello stato sociale, emerge anche, a fronte di una mentalità manageriale che non prescinde dal fine di lucro, la impossibilità di uscire dallo stato di crisi senza una adeguata scelta di valori: il fattore etico rappresenta quindi una esigenza intrinseca nella mediazione tra economia e politica sanitaria.

L'etica è infatti la disciplina che riflette sui valori vissuti in una determinata società e cerca di fornire argomenti di ragione plausibili per tutti per fondare norme basate su principi che consideriamo irrinunciabili a che vengono qualificati come valori morali.

La composizione dell'apparente antinomia tra etica ed economia va dunque ricercata anche nella lettura antropologica del problema e nella ricerca del bene della persona. In questa ottica la protezione sociale e la salute dell'uomo sono l'obiettivo primario che deve sempre prevalere sulle questioni di carattere economico perchè qualsiasi scelta contraria al bene della persona è una scelta contraria al bene della comunità che si raggiunge solo quando ciascuna persona, che racchiude in se il bene della società, è riconosciuta e difesa nei suoi diritti fondamentali.

Per concludere su questo primo aspetto, nello specifico dell'ambito previdenziale, riteniamo, in tema di giusta allocazione della spesa pubblica a favore dei portatori di stati invalidanti, di poter individuare, come punti determinanti e meritevoli di studio e di valide soluzioni, l'omogeneità dei criteri valutativi e l'armonizzazione della normativa per gli stati invalidanti.

L'obiettivo della omogeneità dei giudizi che discende da una omogeneità di criteri valutativi rappresenta peraltro un "target" di qualità del sistema. Alla luce delle precedenti considerazioni crediamo che, in quanto espressione di equità nella distribuzione delle risorse, debba essere considerato anche un imperativo etico. Come tale sarà da perseguire non solo con la perizia, qualità quest'ultima che riteniamo si possa acquisire, come si dirà in seguito, nell'ambito di costanti percorsi formativi e di aggiornamento ma soprattutto con la diligenza, il cui obbligo nell'esercizio professionale è imposto al medico non solo da fonte giuridica ma anche deontologica, il che ne sottolinea maggiormente la valenza etica.

La valutazione medico legale, quando incongrua, è gravata da responsabilità nei confronti del singolo (negazione di un legittimo supporto economico) e della collettività (spreco delle risorse disponibili, innesco di un contenzioso giudiziario...), non tanto nei casi di gravi infermità in cui il range interpretativo è esiguo ma nel caso di infermità di media o discreta entità in cui il giudizio del medico è determinante ai fini della concessione della prestazione previdenziale (13).

Infine un intervento legislativo auspicabile di grande valenza etica potrebbe essere quello riguardante l'armonizzazione dei requisiti medici e dei relativi criteri di riconoscimento previsto nella legge di riforma pensionistica n. 335/1995 (10). A nostro avviso l'unificazione concettuale degli stati invalidanti, tenuto conto che il fine ultimo è comune e costituzionalmente tutelato (art. 38), rappresenterebbe una svolta epocale, non solo in ambito economico-sanitario (contenimento delle spese, razionalizzazione dei costi) ma etico (appropriata unificazione di criteri valutativi e massima trasparenza sul concetto di invalidità). Concetto di invalidità che oggi, per le sue molteplici denominazioni e prestazioni, può risultare a volte incomprensibile e soprattutto foriero di confusioni semantiche ed interpretative non solo per i medici non specialisti od esperti della materia ma soprattutto per i cittadini. Ne consegue che i primi possono, in buona fede, alimentare aspettative che deluse danno adito ad azioni giudiziarie immotivate, mentre gli altri possono essere titolari di diritti di cui spesso non conoscono l'esistenza o la modalità di accesso.

## **2) La trasparenza del giudizio**

La definizione del concetto di trasparenza del giudizio non è semplice; peraltro il termine evoca istintivamente un'idea di efficienza e di onestà tra

---



cittadino ed istituzioni che anche nel difficile ambito della medicina legale previdenziale deve concretizzarsi in un rapporto fiduciario tra medico ed utente.

La trasparenza deve, a nostro avviso, identificarsi in un giudizio equo, rigoroso ed esaustivo; esso sarà tale quando formulato secondo le seguenti procedure:

- a) accertamento dell'infermità o del difetto fisico o mentale mediante una accurata visita diretta;
- b) ricorso, quando necessario, al supporto di accertamenti specialistici validi e di fiducia che devono perseguire l'eccellenza;
- c) produzione di appropriata documentazione scritta sintetica ma chiara e completa sia della visita medica diretta, sia degli esami specialistici, sia dei dati che emergono da cartelle cliniche e da serie e valide refertazioni esibite. Questo fondamentale aspetto documentale sarà, tra poco, sostituito utilmente dal fascicolo sanitario elettronico.

Trasparenza del giudizio può, infine, significare anche comunicazione. Questa non è solo trasmissione, a senso unico, di informazioni ma è permettere agli altri di esprimersi, è capacità di ascoltare, è possedere intelligenza operativa ed empatia. Il contributo che può derivare da una logica comunicativa svilupperà l'auspicata trasparenza, che porterà una maggior conoscenza tra utente ed istituzioni, così da favorire una trasformazione culturale in senso partecipativo (1), (3).

### **3) L'idea guida di tipo personalistico**

La concezione etico-filosofica di tipo personalistico considera la persona come principio ontologico fondamentale; questa idea trova la sua origine nella ragione stessa dell'uomo in quanto egli esprime l'identità ed il valore di "persona" perché è in grado di autodeterminarsi, di riflettere su se stesso, di avere un linguaggio cosciente, di comprendere il senso universale delle cose che lo circondano ed infine di esprimere necessità non solo immediate e materiali, ma anche esistenziali.

È l'uomo così inteso che deve, o dovrebbe essere, il centro del nostro studio valutativo a fini medico-legali; vi è peraltro da precisare che il personalismo non è da identificare con l'individualismo soggettivista, ma deve integrare le caratteristiche della componente soggettiva con quelle dello statuto oggettivo ed ontologico inalienabile della persona, che va quindi sempre vista e giudicata, anche nel nostro più ristretto e terreno ambito, globalmente.

Ci sembra che questa riflessione concettuale, oltre che per il suo profondo valore etico, possa essere senz'altro utile al medico legale previdenziale nella valutazione della capacità di lavoro ai sensi di legge, in quanto anche quest'ultima è un insieme complesso ma integrale comprendente la validità

---

psico-fisica e la confacenza attitudinale della persona e cioè un compendio di elementi oggettivi e soggettivi da unificare saggiamente con il rigorismo della disciplina medico-legale (12).

#### **4) Il dovere etico della formazione**

Il dovere della formazione e dell'aggiornamento del medico valutatore rappresenta un altro momento di incontro tra etica e medicina legale previdenziale.

Il vecchio codice di deontologia medica, approvato dal consiglio della federazione nazionale degli Ordini dei medici in data 7/1/1978, già riportava testualmente all'articolo 21: "Il medico è tenuto a un aggiornamento continuo delle proprie conoscenze in campo diagnostico e terapeutico per garantire il diritto del paziente alla tutela della propria salute nel migliore dei modi consentito dalle acquisizioni scientifiche più recenti. Tale impegno del medico, oltre che un suo preciso dovere, ne costituisce un diritto che deve essere assicurato dalle istituzioni sanitarie esistenti, nell'ambito di una formazione professionale permanente".

Tale principio è stato costantemente ribadito dalle successive stesure del Codice Deontologico l'ultima delle quali (3 ottobre 1998) all'art. 16 così si esprime: "il medico ha l'obbligo dell'aggiornamento e della formazione professionale permanente, onde garantire il continuo adeguamento delle sue conoscenze e competenze al progresso clinico scientifico".

Se la conoscenza è il presupposto di ogni atto medico, uno dei cardini professionali è pertanto rappresentato dal dovere-diritto del medico all'aggiornamento, per adeguare la propria cultura e competenza al continuo e rapido progredire delle acquisizioni scientifiche.

Al dovere di garantire all'utente un giudizio medico-legale equo perchè aderente alle più recenti acquisizioni nel campo della diagnosi, della terapia e della riabilitazione si aggiunge il diritto del medico che attraverso l'aggiornamento può elevare il bagaglio delle proprie conoscenze e può conseguire legittime soddisfazioni professionali (18).

La formazione, non ultima quella etico deontologica, è quindi importante per il mantenimento ed accrescimento del livello di motivazione oltre che di qualificazione del personale medico.

A tale scopo i canali di comunicazione scientifica sono numerosi (congressi, riviste, selezione di pubblicazioni, sintesi della letteratura medica periodica e così via) ma non è facile raggiungere pienamente l'intento di trasferire i risultati delle ricerche scientifiche alla pratica dei medici operanti nei vari settori dei servizi sanitari. Occorre anche il contributo delle autorità sanitarie nazionali e locali nel coordinare e valicare i convegni e ogni altra manifestazione di studio su temi generali e su singole tematiche specialistiche.

Tale contributo è diventato fattivamente operante con l'introduzione dell'Educazione Continua in Medicina, sancita definitivamente dalla Circolare del Ministro della Salute del 5 marzo 2002.

A partire dal 1° gennaio 2002, il programma dell'ECM è applicato a tutte le categorie professionali sanitarie (dipendenti, convenzionati o libero professionisti) e cioè a circa 800.000 professionisti. È escluso dall'obbligo dell'ECM il personale sanitario che frequenta, in Italia e all'estero, corsi di formazione post-base propri della categoria professionale di appartenenza (corso di specializzazione, corso di formazione specifica in medicina generale, dottorato di ricerca, master) per tutti gli anni compresi nell'impegno formativo. Sono esclusi, altresì, dall'obbligo dell'ECM, i soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della gravidanza di cui alla legge 30 dicembre 1971, n. 1204, e successive modificazioni, nonché in materia di adempimento del servizio militare di cui alla legge 24 dicembre 1986, n. 958, e successive modificazioni, per tutto il periodo in cui usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni.

Tale disposizione ministeriale ha cambiato radicalmente le modalità dell'aggiornamento medico introducendo il criterio della certificazione e dell'obbligo dell'aggiornamento stesso mediante crediti che “nel futuro prossimo saranno necessari per validare l'esame di abilitazione professionale e come titolo di carriera”.

La formazione e l'aggiornamento professionale sono di fondamentale importanza, anche e soprattutto per il medico legale, al fine di migliorare l'erogazione delle prestazioni in base alla reale permanenza o emendabilità della menomazione funzionale. Infatti il rapido e tumultuoso succedersi di innovazioni diagnostiche e terapeutiche modifica rapidamente il decorso prognostico delle patologie invalidanti; inoltre le sempre più moderne terapie vicarianti, le protesi funzionali ed i trapianti d'organo sempre di più hanno la capacità di far riacquisire al soggetto invalido una concreta possibilità occupazionale che può meritare ulteriore studio valutativo a distanza di tempo.

## **5) Il problema del consenso**

La particolarità e delicatezza dell'acquisizione del consenso per l'atto medico non terapeutico quale è quello effettuato a fini medico legali è, tra gli operatori sanitari, non solo fonte di interesse ma anche di giustificata preoccupazione per la complessità del problema e la rilevanza assunta sotto il profilo giudiziario oltre che etico-giuridico.

Sotto questo aspetto le tematiche riguardanti il consenso informato all'atto medico sono in continua e rapida evoluzione e quindi oltre alle norme fondamentali contenute nella Costituzione (artt. 13 e 32), nel vigente codice

penale (art. 50) e nel Codice di deontologia medica (art. 32), bisogna tener conto delle istanze della giurisprudenza di merito che si sta orientando verso interpretazioni piuttosto restrittive.

La locuzione “consenso informato”, da semplice enunciazione formale, sta portando ad una sostanziale modifica nei rapporti tra medico ed utente (15), (22), (24).

Il primo problema da risolvere è dato dal fatto che il consenso presuppone, per definizione, l’informazione che per essere corretta presuppone, a sua volta, la costruzione di un rapporto di alleanza e di fiducia tra le due parti. Nel caso specifico della nostra attività medico legale, la possibilità che possa instaurarsi un clima disteso e di fiducia appare maggiormente complessa perché, per erroneo pregiudizio storico, le ragioni dell’utente e quelle dell’istituzione possono essere vissute come antitetiche; peraltro esso va sempre ricercato pazientemente e perseguito, tenendo anche conto che la corretta informazione sul consenso è ritenuta un indicatore di qualità.

Il caso, non frequente, di rifiuto al consenso implica la necessità di informare sulla possibilità di esami alternativi con l’indicazione dei motivi per i quali un esame è più opportuno o dirimente rispetto ad altri.

Il rifiuto del consenso non va visto necessariamente con sospetto in quanto alla base potrebbero esserci ansie che, anche se immotivate, sono comunque degne di rispetto; sarà utile segnalare, per iscritto, il mancato consenso specificando chiaramente, ma senza eccessivo fiscalismo, i motivi del diniego adottati dall’esaminando. A questo proposito riteniamo auspicabile in caso di rifiuto al consenso una fattiva collaborazione tra medico richiedente e specialista intesa come interscambio di informazioni soprattutto sulla reale necessità ai fini diagnostici, prognostici e quindi valutativi di un determinato accertamento (15).

Altro dovere del medico, rapportabile all’ambito del consenso, è quello della giustificazione. Nel vigente decreto legislativo 187/2000 è ribadita la particolare attenzione da porre nel richiedere esami (nello specifico radiologici) a fini medico legali (art. 3 comma 7) e l’importanza del principio di giustificazione: “Le esposizioni di persone nell’ambito delle procedure medico legali che non presentano un beneficio diretto per la salute devono essere giustificate in modo particolare...”. L’altro principio fondamentale riportato nel citato decreto è quello della ottimizzazione esecutiva dell’esame da parte del medico specialista.

Inoltre, non solo per le richieste a fini medico legali, ma in generale, viene detto testualmente (art. 3 comma 5): “il prescrivente e lo specialista, per evitare esposizioni non necessarie si avvalgono delle informazioni acquisite o si assicurano di non essere in grado di procurarsi precedenti informazioni diagnostiche o documentazione medica pertinenti alla prevista esposizione”.

---

Appare pertanto, alla luce di queste nuove normative necessario ed inderogabile giustificare la richiesta con la segnalazione dei quesiti diagnostico-valutativi non altrimenti risolvibili; può essere a nostro avviso utile e prudente anche se non obbligatorio, quando ci si sia attenuti ai principi sopra descritti, far sottoscrivere un modulo di consenso.

Infine, come modalità operativa generale, valida non solo per la radiologia, si può affermare che, in caso di incertezza, la decisione finale di praticare o meno un determinato esame spetta al medico specialista e non al medico richiedente, in quanto solo il primo ne conosce la specifica opportunità, la precisa modalità di esecuzione e la possibilità di alternative; ovviamente tuttocì nell'ambito di una reciproca collaborazione e collegialità nel fine ultimo di una corretta diagnosi e di un equo giudizio (2), (6), (14).

Ci piace infine a questo punto sottolineare come proprio sul tema del consenso lo sviluppo degli studi bioetici, al di là dei principi giuridici, abbia fatto decadere ogni atteggiamento paternalistico a favore di una maggiore affinità e comprensione, anche culturale, con la persona oggetto dello studio diagnostico e della complessa valutazione medico-legale previdenziale.

## CONCLUSIONI

Tutti gli argomenti esaminati hanno un sicuro rilievo e meritano attenta considerazione e possono costituire, come nel caso del consenso, delle novità interpretative ed operative. Senza porre scale di valori e di priorità, appare però particolarmente importante il dovere etico della formazione e dell'aggiornamento in quanto l'attività professionale medica si deve quotidianamente confrontare con novità tecnologiche incessanti e talora esplosive e con acquisizioni scientifiche che crescono in maniera esponenziale.

La concezione etica di tipo personalistico che abbiamo auspicato obbliga pertanto intrinsecamente i medici legali valutatori ad una conoscenza di dati e di esperienze sempre più completa in modo da confermare così il rapporto, a nostro avviso, fondamentale e non scindibile tra etica e scienza.

## RIASSUNTO

**Gli Autori, in questo studio, considerano gli aspetti che emergono attualmente dall'analisi dei rapporti tra bioetica e medicina legale previdenziale. Vengono prese in esame cinque tematiche specifiche: i criteri di allocazione delle risorse, la trasparenza del giudizio, la concezione di tipo personalistico come guida del giudizio stesso, il dovere etico della formazione e le problematiche del consenso. Particolari ampiezza e riflessione vengono date alla prima ed alla quinta tematica; inoltre per il consenso vengono considerati anche gli aspetti operativi.**

---

**BIBLIOGRAFIA**

- 1) Arena G.: *"Trasparenza amministrativa e democrazia"*. Sistema previdenza 1993; 127: 23-33.
- 2) Baima Bollone P.L.: *"Medicina legale"*. Giappichelli Editore, Torino, 2002.
- 3) Billia G.: *"Le nuove solidarietà"*. Sistema previdenza 1993; 127: 8-13.
- 4) Bompiani A.: *"Economia ed etica nello sviluppo del sistema sanitario italiano"*. Medicina e Morale; 1996/5.
- 5) Boyd K.M.: *"The ethics of resource allocation"*. J. Med Ethics 1983; 9: 25-27.
- 6) Buccelli C., Smaltino F., De Ferrari F., Tamburrini O.: *"Radiologia forense"*. Mediserve, Milano 2000.
- 7) Comitato Nazionale per la bioetica: *"Informazione e consenso all'atto medico"*. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento per l'informazione e l'editoria Roma 1992.
- 8) Duggan M.J.: *"Resource allocation and bioethics"*. The Lancet 1989; 772-3.
- 9) Fiori A.: *"I graffiti e l'allocatione delle risorse"*. Medicina e Morale 1997; 5: 857-9.
- 10) Iacovelli G.: *"La riforma delle invalidità"*. Rass. Med. Leg. Prev. 1995; 1: 3-6.
- 11) Lucioni C.: *"Economia e salute"*. Medicina e Morale 1986; 4: 777-86.
- 12) Macchiarelli L., Feola T.: *"Medicina Legale"*. Torino 1995.
- 13) Meloni C.: *"Problemi bioetici nel giudizio medico legale di invalidità"*. Atti del Congresso internazionale "Le radici della bioetica", Roma 15-17 febbraio 1996, Editrice Vita e Pensiero.
- 14) Meloni C.: *"Gli esami radiologici richiesti a scopo preventivo, medico legale e medico assicurativo. Prime indicazioni operative dopo il decreto legislativo 230/95"*. Rass. Med. Leg. Prev. 1997; 3: 6-12.
- 15) Meloni C.: Alecce G., Sapone A.: *"Il consenso in medicina legale previdenziale"*. Rass. Med. Leg. Prev. 1998; 2: 8-14.
- 16) Palazzani L.: *"Per una giusta distribuzione delle risorse secondo la bioetica personalista"*. Medicina e Morale; 1999/3.
- 17) Puca A.: *"Economia e politica come ideologia. Il problema del razionamento delle cure sanitarie"*. Medicina e Morale; 1994/4.
- 18) Puccini C.: *"Istituzioni di medicina legale"*. Ambrosiana, Milano, 1995.
- 19) Ricci S.: *"Atto medico evoluzione e valore sociale"*. S.E.U. Roma, 2000.
- 20) Sgreccia E.: *"Manuale di bioetica"*; Vol II Aspetti medico sociali. Casa Editrice Vita e Pensiero, Milano, 1995.
- 21) Sgreccia E. Spagnolo A.: *"Atti del Corso di aggiornamento su Etica ed allocatione delle risorse in campo sanitario"*, 1994. Editrice Vita e Pensiero.
- 22) Spinsanti S., Pappalepore V.: *"Dall'educazione sanitaria al consenso informato"*. Mediamix ed. Scientifica, Milano 1995.
- 23) V.R.Potter.: *"Bioetica - La scienza della sopravvivenza"* a cura di F. Bellino. Levante Editori, Bari 2002.
- 24) Wear S.: *"Il consenso informato"* a cura di Prodromo R., Aperia, Bologna 1999.

# Disturbi di personalità: il paziente Border-line

Stefania CUPIDO

Dirigente medico-legale  
1° livello  
Sede INPS - RM-Aurelio

Roberto DE SIMONE

Dirigente medico-legale  
2° livello  
Sede INPS - RM-Casilino Prenestino

Mario CECINELLI

Dirigente medico-legale  
1° livello  
Sede INPS - RM-Casilino Prenestino

## **EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI “SINDROME BORDER-LINE” NELLA LETTERATURA, SIA PSICHIATRICA CHE PSICOANALITICA, SINO ALL’ATTUALE DEFINIZIONE FORMULATA NEL DMS IV**

**N**el tentativo di delineare la tipica condizione di questi pazienti, nel 1949 Hoch e Polatin definirono questo gruppo come affetto da schizofrenia pseudonevrotica caratterizzata da “panevroosi”, “panansietà” e “pan-sessualità” (1), (3).

Nel 1968 Grinker ed altri - rilevando che tale sindrome andava distinta dalla schizofrenia, sulla base dell’osservazione che tali pazienti non svilupparono un disturbo schizofrenico conclamato - identificò quattro caratteristiche principali:

- ✓ la rabbia, come affetto principale;
- ✓ difetto nelle relazioni personali;
- ✓ assenza di una consistente identità del Sé;
- ✓ depressione pervasiva.

Più recentemente, nel 1975, Gunderson e Singer (5) definirono per tali pazienti sei caratteristiche principali:

- ✓ intensa affettività, prevalentemente di natura depressiva e/o compulsiva;
- ✓ impulsività;
- ✓ adattamento superficiale alle situazioni sociali;
- ✓ crisi psicotiche transitorie;
- ✓ allentamento dei nessi associativi se sottoposti a Test proiettivi;
- ✓ modelli relazionali instabili che dall’estrema dipendenza possono virare verso un’effimera superficialità.

Per questa fragilità della personalità i pazienti Border-line sono caratterizzati da un tentativo continuo e spesso doloroso di stabilire relazioni affettive con un'unica persona dalla quale non temere di essere abbandonati.

A differenza degli Autori precedentemente citati Otto Kernberg (7), (8), che coniò l'espressione "organizzazione di personalità Border-line", avvertì che i soli sintomi descrittivi non erano sufficienti per una diagnosi definitiva e, basandosi su un approccio psicoanalitico derivante dalla psicologia dell'Io e dalla teoria delle Relazioni oggettuali, ritenne che la diagnosi potesse fondarsi su un'analisi strutturale che rivelasse quattro caratteristiche principali:

1. manifestazioni non specifiche di debolezza dell'Io: Mancanza di tolleranza dell'angoscia - Mancanza di controllo degli impulsi - Mancanza di canali sublimatori evoluti;
2. scivolamento verso processi di pensiero primario;
3. operazioni difensive specifiche caratteristiche dell'organizzazione Border-line di personalità: Scissione - Identificazione primitiva - Forme primitive di proiezione - Diniego - Onnipotenza e svalutazione;
4. relazioni d'oggetto patologiche interiorizzate.

Secondo i criteri espressi da Kernberg (7), (8), i pazienti con disturbo di personalità narcisistico, antisociale, schizoide, paranoie, infantile e ciclotimico hanno tutti una sottostante organizzazione di personalità Border-line.

Il disturbo Border-line di personalità fu definito per la prima volta nel DSM III (1980). Prima di questa definizione diagnostica i pazienti Border-line erano invece diagnosticati all'interno della schizofrenia di tipo latente.

Nei criteri diagnostici dal DSM III si faceva riferimento sia alle caratteristiche descrittive definite da Gunderson, sia all'analisi strutturale di Kernberg (7), (8).

Successivamente (1994) la definizione diagnostica si è evoluta nel DSM IV (1), con l'aggiunta del Criterio 9, ovvero "transitoria ideazione paranoide correlata a situazione di stress o gravi sintomi dissociativi".

## **DISTURBO DI BORDER-LINE: DEFINIZIONE**

La definizione "disturbo di Border-line" (2) fu inizialmente introdotta per indicare dei disturbi psichici apparentemente di aspetto neurotico, nei quali le normali tecniche psicoterapeutiche e la terapia ansiolitica non risultavano efficaci e che, ad un esame più approfondito, ponevano in risalto una sintomatologia di tipo psicotico. Pertanto furono definite "schizofrenie pseudo neurotiche" e successivamente, dagli psichiatri americani, "stati o forme Border-line (di confine)".

Possono essere assimilati, per molti aspetti, alla "forma simplex" della schizofrenia, nella quale il corteo sintomatologico schizofrenico non è flori-

---



do, ma si estrinseca attraverso un comportamento sociale inadeguato ed una ridotta capacità di realizzazione di se stessi.

Dopo la sua definizione, il concetto di sindrome Border-line (2) ha assunto in psichiatria un rilievo considerevole, anche perché questo tipo di paziente è piuttosto ricorrente nella pratica ambulatoriale e per le ripercussioni sociali, dato che uno dei tratti più evidenti della sindrome conclamata è il difetto della capacità di integrazione sociolavorativa (4).

Vi è attualmente concordanza nel non considerare più queste sindromi come forme schizofreniche mascherate, ma come quadri clinici a se stanti, sia per la sintomatologia, anche se questa risulta alquanto variabile, sia per il decorso.

## **EPIDEMIOLOGIA**

Attualmente il disturbo di Border-line è considerato presente in una percentuale compresa tra l'1% ed il 2% della popolazione ed è due volte più comune nelle donne che negli uomini.

È stato anche rilevata un'aumentata prevalenza di depressione maggiore, alcolismo ed abuso di sostanze psicoattive nei parenti di primo grado di soggetti con disturbo Border-line di personalità (6).

## **DECORSO E PROGNOSI**

Il disturbo si presenta come relativamente stabile, dato che i pazienti cambiano poco nel tempo.

La diagnosi è in genere posta prima dei quarant'anni, quando questi pazienti devono compiere scelte di lavoro, coniugali o altre scelte di vita e non riescono a fronteggiare con equilibrio questi stati normali dell'esistenza (6).

Non è dimostrata una progressione certa verso la schizofrenia ma, in questi pazienti, si manifesta un'alta incidenza di episodi depressivi maggiori (4).

## **ASPETTI PSICODINAMICI**

Secondo la teoria psicomodinamica attualmente più accreditata, esiste un nucleo di tipo psicotico con tendenza alla regressione agli stati più primitivi dello sviluppo psichico. Ma, in considerazione del fatto che tale regressione è di tipo parziale e che la personalità è meglio conservata, intervengono dei meccanismi di difesa che proteggono l'individuo dall'insorgenza della psicosi conclamata. Pertanto la psicoterapia di questi pazienti dovrà essere condotta, a differenza delle nevrosi, non con l'analisi e l'interpretazione dei conflitti profondi, ma piuttosto mirando a salvaguardare il "principio di realtà", rafforzando le difese del paziente con una psicoterapia di sostegno, nell'intento di confrontare ed adattare le fantasie interiori con la realtà esterna (2).

La terapia comportamentale è stata ad esempio utilizzata nei pazienti Border-line per controllare gli impulsi e gli eccessi di collera, nonché per attenuare la sensibilità alla critica ed al rifiuto.

Come rilevato da Kaplan e Sadock (6) “il training alle prestazioni sociali è utile nel consentire ai pazienti di vedere come le loro azioni influiscono sugli altri, e quindi nel migliorare il loro comportamento interpersonale”.

## **FARMACOTERAPIA**

La farmacoterapia è utile nel controllo delle specifiche caratteristiche di personalità che compromettono il funzionamento globale del paziente Border-line.

Gli antidepressivi migliorano l'umore depresso comune in questi pazienti: i farmaci serotonergici, come la Fluoxetina, si sono rilevati utili in alcuni casi e gli inibitori delle monoaminoossidasi si sono dimostrati efficaci nel frenare i comportamenti impulsivi. Anche i farmaci stabilizzanti dell'umore, come la Carbamazepina, possono migliorare il funzionamento globale.

Gli antipsicotici sono stati usati soprattutto per il controllo della collera, dell'ostilità e delle crisi psicotiche acute (4).

## **CRITERI DIAGNOSTICI E VALUTATIVI IN PSICHIATRIA PREVIDENZIALE**

Secondo i criteri contenuti nel DMS IV, per fare diagnosi di disturbo di personalità tipo Border-line è importante accertare che vi sia una “modalità pervasiva di instabilità delle relazioni personali, dell'immagine di sé e dell'affettività con impulsività notevole, comparsa entro la prima età adulta.” Debbono essere presenti almeno cinque dei seguenti nove elementi (1):

1. modalità di relazioni personali instabili ed intense;
2. impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per il soggetto, come lo spendere, l'uso di sostanze stupefacenti, il rubare nei negozi, sesso e guida spericolata, abbuffate;
3. instabilità affettiva;
4. rabbia immotivata ed intensa;
5. ricorrenti minacce, gesti e comportamento suicida;
6. marcati e persistenti disturbi dell'identità riguardo ad almeno due delle seguenti condizioni: l'immagine di sé, l'identità sessuale, le mete a lungo termine o le scelte di carriera, il tipo di amici desiderati, i valori da adottare;
7. sentimenti cronici di vuoto e di noia;
8. tentativi esasperati di evitare un immaginario o reale abbandono;
9. transitoria ideazione paranoide, correlata a situazioni di stress o gravi sintomi dissociativi.

## QUADRO CLINICO

I segni clinici di superficie sono rappresentati da sintomi di tipo neurotico: fobie, ossessioni, conflitto intrapsichico, disadattamento. Tale sintomatologia, per la sua globalità è stata anche definita “panevrosi” o “panansietà” (3).

L’ansia è frequente e spesso si accompagna nei quadri più gravi ad una incapacità a prendere iniziative con scarsa affidabilità nel mantenimento degli impegni.

Al di sotto di questa sintomatologia di copertura, nei casi più gravi si possono evidenziare aspetti più propri della psicosi, quali: rigidità affettiva di vario grado con distacco, ritiro in sé, ambivalenza e conseguenti difficoltà relazionali. I timori ipocondriaci e le cenestopatie possono sconfinare in percezioni somatiche deliranti. Il corso del pensiero e il linguaggio che, ad un primo approccio possono sembrare senza alterazioni, ad un esame più approfondito rilevano qualche deragliamento e allentamento delle associazioni: concezioni e pregiudizi eccentrici, sospetti o diffidenze ingiustificate. Si rileva in sostanza, anche se sfumata, la dissociazione ideativa caratteristica degli stati psicotici.

Da numerosi trial clinici, che hanno evidenziato la risposta imprevedibile della maggior parte dei pazienti Border-line ai tradizionali farmaci antidepressivi, si è rilevato che la depressione di questi pazienti è diversa in senso qualitativo dal tipico disturbo depressivo maggiore. Infatti risulta essere prevalente una disregolazione degli impulsi, piuttosto che un vero e proprio disturbo affettivo.

Fra i disturbi di personalità si è visto che il disturbo di personalità schizotipico è in più stretta correlazione con la schizofrenia, per quanto attiene il possibile decorso, mentre il disturbo di personalità Border-line, pur presentando dei punti di contatto, non è strettamente assimilabile alla schizofrenia.

## PROGNOSI

Nelle sindromi Border-line la latente struttura psicotica può manifestarsi in occasione di particolari stress: emotivi, fisici e lavorativi. Può in questi casi slatentizzarsi una bouffée psicotica con idee deliranti, allucinazioni ed incoerenza comportamentale. Generalmente questi quadri sono transitori, la condizione clinica ritorna ai precedenti livelli senza sfociare in una psicosi vera e propria. È pur vero che, se non vengono intrapresi interventi psico-socio-riabilitativi e, ove necessario, terapia farmacologica, la cronicizzazione della sindrome Border-line porterà ad un radicato isolamento, ad una marcata apatia e ad un’evidente incapacità di realizzarsi nella vita (6).

In questo si rileva la differenza con i quadri nevrotici puri, che presentano, anche spontaneamente, dei momenti di miglioramento, consentendo al paziente un’accettabile capacità di adattamento alla realtà.

A differenza della schizofrenia, non si evidenzia la riduzione delle prestazioni intellettive, né il progressivo deterioramento mentale e della personalità conosciuto anche con il termine “sindrome residuale”.

### **VALUTAZIONI MEDICO-LEGALI**

La Sindrome Border-line presenta un’incidenza epidemiologica non elevata ma, per le sue caratteristiche è di frequente riscontro in Medicina Legale Previdenziale.

Il paziente ha generalmente un cattivo adattamento al mondo del lavoro: gli spunti talora aggressivi ed il cattivo adattamento relazionale non gli consentono un’adeguata gestione delle conflittualità e delle frustrazioni che a volte si accompagnano all’ambiente lavorativo. L’anamnesi lavorativa è spesso connotata da brevi periodi attivi interrotti da licenziamenti motivati da litigi sul posto di lavoro per futili motivi. Si pone a volte l’esigenza di diagnosi differenziale con situazioni di mobbing: la Sindrome da disagio lavorativo ha proprie specificità e tra le sue manifestazioni cliniche emergono spesso somatizzazioni viscerali che il Border-line di norma non ha. Sono in questi casi importanti le prove testimoniali.

La Legge 222/84 è tesa a realizzare la tutela sociale del lavoratore soggetto a forme morbose che invalidano la sua capacità lavorativa. Tale tutela vincola sia la diminuzione della capacità di lavoro in occupazioni confacenti alle personali attitudini (in misura superiore ai 2/3) sia l’assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi tipo di lavoro, esclusivamente a difetto o infermità fisica o mentale, ovvero a fatti di stretta natura biologica.

Il percorso logico che conduce ad un corretto giudizio di Invalidità/non Invalidità o Inabilità/non Inabilità riguardo ai casi Border-line presenta non poche difficoltà, perché tale Sindrome è un disturbo di personalità al confine tra nevrosi e psicosi. È, come già visto, un’affezione cronica di cui l’interessato non ha alcuna consapevolezza. Il malato ha difficoltà non da poco nel mantenimento della continuità lavorativa per quanto riguarda il rispetto dell’orario, delle regole e delle gerarchie, le capacità organizzative, nonché l’assunzione degli incarichi e la portata a termine dei compiti assegnati. Solo in fase di prolungata terapia farmacologica e/o psicoterapeutica, peraltro di poco frequente osservazione, è possibile ipotizzare una capacità lavorativa non limitata.

Con buona probabilità riteniamo quindi che qualora il soggetto Border-line presenti una evidente riduzione dell’adattamento socio-relazionale lo stesso sia da ritenersi invalido; questa limitazione esiste per le attività lavorative dipendenti, ma è ancor più per quelle autonome, ove vi è un’ancora maggiore esigenza organizzativa e di adeguate interrelazioni sociali.

---

Nei casi in cui la Sindrome si caratterizza per conclamati aspetti psicotici (Episodi depressivi maggiori o Criterio IX del DSM IV), nei quali i contenuti del pensiero divengono deliranti, si può anche formulare un giudizio di Inabilità, qualora si possa dimostrare clinicamente la permanenza di questi aspetti psicotici, perché in questi casi il paziente non è più in grado di svolgere alcun lavoro che gli possa garantire un reddito di sostentamento (9).

## RIFLESSIONI CONCLUSIVE

L'osservazione clinica sarà centrata, caso per caso, sulle facoltà intellettivo-volitiva della persona, sullo stato delle relazioni interpersonali ed affettive e sulla capacità di adattamento socio-lavorativo. Anche se non risulta compromesso il rapporto con la realtà (a differenza delle psicosi) andrà valutata la riduzione della capacità di iniziativa e di organizzazione progettuale che possono rendere il soggetto incapace di vivere normalmente, sia per quanto attiene alla vita di relazione, sia per quanto concerne la capacità di integrazione socio-occupazionale.

Ai fini valutativi, nella raccolta anamnestica andranno pertanto sottolineate, quando presenti: la discontinuità del rapporto lavorativo, l'incongruenza e la superficialità nelle relazioni affettive, l'ambivalenza decisionale, la capacità di programmazione nelle ordinarie occupazioni, l'eventuale dipendenza da alcol e da sostanze stupefacenti.

Deve essere inoltre considerata l'abitualità e la strutturazione dei comportamenti disturbati, spesso dovute anche a scarsa risposta agli interventi psicoriabilitativi ed alla terapia farmacologica, frequentemente seguiti in modo incostante.

La valutazione medico-legale in questo ambito clinico, forse più che in altre malattie psichiatriche, andrà personalizzata considerando il paziente non solo in base ad una definizione nosografica, ma proiettato nel suo contesto familiare, socio-ambientale e lavorativo.

Nella pratica clinica accade di osservare che una schizofrenia, anche se con un esordio importante e manifestazioni psicotiche eclatanti, se precocemente ed adeguatamente trattata può consentire di raggiungere un buon livello di adattamento socio-lavorativo, specie se è presente anche un contesto ambientale e familiare favorevole. Viceversa, un disturbo Border-line di personalità che - sia per un'ancora ridotta presa di coscienza del problema a livello della società, sia per l'instabilità e la superficialità caratteristiche del tipo di personalità con scarsa consapevolezza di malattia - non venga opportunamente sostenuto e trattato con le strategie terapeutiche attualmente a disposizione, può incidere sensibilmente sul livello di adattamento socio-lavorativo e sulla vita di relazione. Questo può accadere qualora sia preesistente una condizione di basso livello culturale e di disagio lavorativo ed ambientale.

## CASO CLINICO N° 1

La signora P.L., di anni 41, romana, giunta sino al 4° anno di Ragioneria, ha avuto attività lavorativa saltuaria e caratterizzata da frequenti cambiamenti.

Inizialmente ha lavorato per qualche tempo nelle vendite a domicilio di prodotti cosmetici. Successivamente è stata commessa in un piccolo negozio di prodotti artigianali. Dal 1995 al 1999 è stata impiegata generica in una ditta privata.

Ancora nubile ha due figlie, nate in due relazioni diverse e delle quali si occupa quasi esclusivamente sua madre.

Il primo videat psichiatrico risale al 2000. Viene a visita accompagnata dalla mamma che, prima che il colloquio abbia inizio, raccomanda di essere paziente con la figlia e di non contrastare le sue affermazioni “perché, sa dottoressa, mia figlia si irrita facilmente”.

*Anamnesi:* la signora P.L. esordisce affermando di essere stata sempre una persona dal carattere instabile e “facile ai colpi di testa”. Non si è mai sentita veramente amata dai genitori, soprattutto dal padre “che in realtà aspettava un figlio maschio”. In età adolescenziale si è fidanzata con un ragazzo tossicodipendente e, influenzata dal comportamento di quest’ultimo, ha fatto lei stessa uso di oppiacei. A sedici anni, per disintossicarsi è stata ricoverata in clinica. A diciannove anni, in seguito ad una delusione sentimentale, T.S. con psicofarmaci. A trent’anni, riscontro di Epatite cronica tipo C.

Attualmente riferisce persistenza di atti autolesionistici, come lo spegnersi cicche di sigarette sugli avambracci, perché “questa sensazione di sofferenza fisica la rilassa attenuando l’ansia”. Il trattamento con Interferone, re-sosi necessario per l’Epatite C, ha accentuato le turbe caratteriali, le oscillazioni dell’umore ed il ridotto adattamento alle situazioni stressanti.

Si dichiara contraria a qualsiasi trattamento terapeutico, sia farmacologico che psicoterapico.

All’*Esame obiettivo* si evidenzia scarsa cura della propria persona. Sono visibili diversi tatuaggi e numerose piccole cicatrici sulla superficie volare degli avambracci. Lo sguardo tende ad essere fisso sull’interlocutore e denota sospettosità. L’eloquio è accelerato ed il tono della voce è alto. Il tono dell’umore è slivellato verso il basso. La personalità è di tipo Border-line.

Dietro gli atti impulsivi si nasconde una penosa sensazione di vuoto interiore ed una inconscia richiesta d’aiuto. L’affettività è ambivalente, alquanto assimilabile con quella di tipo psicotico. Dichiarava infatti di voler bene alle figlie, ma di non potersene occupare perché “prima devo trovare un mio equilibrio interiore”.

Sono presenti allucinazioni uditive che la spingono a procurarsi dolore, perché in questo modo possono placarsi i sensi di colpa.

---

L'ideazione è infarcita di spunti fobici, con necessità di rituali di tipo ossessivo-compulsivo ed idee di autoriferimento.

I nessi associativi sono parzialmente deficitari. La concentrazione è ridotta per la presenza di allucinazioni uditive. La capacità di giudizio ed il livello di consapevolezza sono molto influenzabili dalle oscillazioni umorali.

*Diagnosi:* Sindrome Border-line con ripetuti atti autolesionistici e dispercezioni uditive. Epatite cronica tipo C in trattamento con Interferone.

La paziente P.L. viene rivista nel 2002, in occasione della prima revisione per Assegno di invalidità.

Attualmente sta svolgendo un lavoro a tempo determinato della durata di otto mesi come segretaria tuttofare in un vivaio; afferma però che si licenzierà prima, perché non sopporta il proprietario che, a suo dire, la controlla continuamente.

Da circa un anno, dietro le insistenze della madre e del suo attuale compagno, ha accettato di farsi seguire dal CIM di zona, ove è trattata con farmaci stabilizzanti dell'umore e sedute di psicoterapia, alle quali partecipa in modo incostante.

Con l'ausilio della terapia farmacologica, il quadro psicopatologico si è parzialmente attenuato; persistono comunque impulsi di aggressività, rivolti nei confronti sia del convivente, sia della figlia adolescente, che cerca di contrastare allontanandosi improvvisamente da casa o procurandosi di nascosto piccoli tagli o graffi. Le dispercezioni uditive non sono più così evidenti e minacciose, ma sono presenti soprattutto di notte e "cerco di non sentirle affondando la testa nel cuscino". Sono tuttora presenti le tematiche di inadeguatezza e disagio psichico, "nonostante mi sforzi, con spreco di tante energie, non riesco ad integrarmi in questa società".

Si conferma pertanto l'inquadramento diagnostico precedentemente espresso in prima istanza.

## CASO CLINICO N° 2

Il signor G.C., di anni 52, separato, con un figlio di diciotto anni che ha sempre vissuto con la madre. Ha completato le scuole medie inferiori. *Anamnesi lavorativa:* in età giovanile ha lavorato per circa tre anni come manovale presso una ditta edile di proprietà di un amico del padre. Cessata questa attività, sembra in seguito a contrasti con il datore di lavoro e con gli altri operai, non ha più lavorato risultando completamente a carico dei genitori, presso i quali ha continuato a vivere.

Viene a visita nel 2001 dopo la morte del padre, essendo stata presentata domanda di pensione di reversibilità.

*Anamnesi:* dal 1985 è seguito dal CIM per Disturbo di personalità con pensiero psicotico. Dalla certificazione presentata risulta che il paziente

è affetto da Sindrome Border-line di grado severo, con ideazione paranoidea, sentimenti cronici di vuoto e di noia, alterazione del senso di identità, rabbia immotivata e comportamenti autolesivi. Il paziente dichiara di assumere periodicamente farmaci neurolettici. Riferisce di aver trascorso lunghi periodi della propria vita ad interpretare le scritte dei Tir che passavano davanti alla sua casa; nonostante la terapia, questa ossessione periodicamente ricompare. Nel 1995 aveva interrotto la terapia farmacologica di sua iniziativa e si colpiva ripetutamente gli occhi dandosi dei pugni.

Nel 1997 è riconosciuto invalido civile con percentuale dell'80%, con diagnosi Sindrome Border-line di personalità di grado severo con disturbi del comportamento e delle relazioni sociali.

Ulteriore certificazione del CIM di zona del 1998: da circa due anni frequenta il nostro Centro diurno, ove si dedica ad attività lavorativa protetta con l'ausilio del personale infermieristico e degli assistenti sociali. È stato inserito in un programma riabilitativo e psicoterapeutico della USL ed è in terapia con Risperidone, con necessità di assunzione continuativa del neurolettico.

Durante il colloquio, il signor G.C. riferisce: senso di vuoto e di indifferenza per quanto accade intorno a lui, scarso attaccamento per il figlio, impulsi di aggressività immotivata solo parzialmente attenuati dalla terapia. In seguito alla morte del padre si è ripresentata ideazione delirante con episodi di alterazione della coscienza: sente di nuovo la necessità di comunicare in via telepatica con i Tir che passano davanti casa.

All'*Esame obiettivo* si presenta scarsamente curato nell'aspetto ma, al tempo stesso, sembra accedere volentieri al colloquio. Si mostra soddisfatto delle attività in cui è coinvolto presso il Centro diurno del DSM. L'eloquio è accelerato e spesso inconcludente, il tono dell'umore è depresso anche in relazione alla recente morte del padre. Ammette la persistenza di isolate allucinazioni uditive che lo spingono ad essere aggressivo ed a non fidarsi degli altri. L'ideazione è di stampo paranoideo, con idee di autoriferimento, lettura e trasmissione del pensiero.

Allo stato attuale non si evidenziano chiari aspetti di decadimento cognitivo.

La consapevolezza di malattia è oscillante, infatti mentre riferisce con sufficiente criticità gli spunti interpretativi e si rende conto di non poter fare a meno dei farmaci e dell'aiuto del suo "psichiatra", per contro dichiara che spesso non riesce a capire le vere motivazioni dei suoi atti.

*Diagnosi:* Disturbo Border-line di grado severo con ideazione paranoie ed acting-out.

*Prognosi a medio e lungo termine:* sfavorevole. Trattasi di disturbo ormai strutturato e che mostra nel tempo una ridotta compliance terapeutica.

---



---

## RIASSUNTO

**Gli Autori, in questa nota, intendono fare il punto su una affezione psichiatrica, oggi codificata e dettagliatamente descritta, ma, nei fatti, non sempre correttamente inquadrata, per i tratti in comune che ha sia con le semplici caratteriopatie, che con le psicosi. Le difficoltà diagnostiche si riversano anche in ambito medico-legale previdenziale rendendo non facile la formulazione del giudizio.**

**Dopo l' inquadramento clinico-nosografico viene approfondito anche l'aspetto del "cosidetto" funzionamento globale della persona allo scopo di esprimere una congrua valutazione circa la capacità lavorativa ai sensi della Legge 222/84 e, con l'illustrazione di due casi clinici esemplificativi, si propongono delle linee valutative applicabili in ambito previdenziale, basate sugli aspetti relazionali del paziente border-line con le problematiche occupazionali.**

---

## BIBLIOGRAFIA

- 1) American Psychiatric Association (1994): "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*", 4° ed. (DSM-IV) - APA, Washinton D.C.
- 2) Giberti F., Rossi R.: "*Manuale di Psichiatria*". 1993 Piccin.
- 3) Giornale Clinico di Psicoanalisi (n° 12) - I.S.P. Roma.
- 4) Giornale Italiano di Psicopatologia: "*Atti del VII Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicopatologia*". Roma 19-23 Febr. 2002.
- 5) Gunderson J.G. (1984): "*Borderline Personalità Disorder*", American Psychiatric Press, Washinton D.C.
- 6) Kaplan H.I., Sadock B.J.: "*Manuale di Psichiatria*". 1993 Edises.
- 7) Kernberg O.F. (1966): "*Borderline personalità organization*". J. Am. Psychoanal. Ass.
- 8) Kernberg O.F. (1966): "*Structural derivatives of object relationship*". Int. J. Psychoanal.
- 9) Macchiarelli-Feola: "*Medicina Legale*". Edizioni Minerva Medica 1995.

# La classificazione NYHA e la disfunzione meccanica in cardiologia forense

Armando MORI

Dirigente medico-legale 1° livello  
Sede INPS - Perugia

## LA CLASSIFICAZIONE NYHA

L'uso estensivo di sofisticate metodiche strumentali, che permettono diagnosi in una fase del tutto asintomatica delle cardiopatie e l'impiego di terapie (mediche, chirurgiche) più efficaci hanno fatto sì che i pazienti con cardiopatia tendono sempre meno a presentarsi con i segni dell'eccessiva ritenzione idrico-salina (edemi periferici, congestione venosa sistemica e polmonare); più frequentemente sono del tutto asintomatici/paucisintomatici o lamentano, come unici sintomi, palpitazioni, dispnea e ridotta tolleranza all'esercizio fisico, con conseguente limitazione della capacità funzionale.

Ed è proprio questa "limitazione funzionale", intesa come ridotta tolleranza all'esercizio fisico, che è alla base dell'inquadramento del cardiopaziente in una delle 4 classi funzionali NYHA (New York Heart Association).

La Classificazione NYHA è stata pubblicata per la prima volta nel 1964 per suddividere in categorie i pazienti con insufficienza cardiaca.

Nella I classe NYHA rientrano i soggetti che non hanno alcuna limitazione dell'attività fisica e le attività fisiche ordinarie non causano sintomi quali dispnea, palpitazioni od eccessivo affaticamento. Trattasi essenzialmente di una fascia che raccoglie i pazienti in grado di effettuare sforzi para-fisiologici e rientrano nel gruppo dei cardiopatici più per alterazioni morfo-strutturali e/o funzionali cardiache che per una reale limitazione all'esercizio fisico.

Nella II classe sono inseriti i soggetti che accusano una lieve limitazione dell'attività fisica. Stanno bene a riposo, ma presentano sintomi durante le attività fisiche ordinarie. Questa classe nel 1979 è stata suddivisa ulteriormente in altre 2 sottoclassi da Sokolow e Ilroy per migliorarne la riproducibilità, a seconda che i sintomi insorgano durante le attività fisiche più impe-

gnative (IIS) o che via sia una lieve limitazione per tutte le forme di attività fisica (IIM).

Alla III classe afferiscono i soggetti che presentano una marcata limitazione dell'attività fisica. Continuano a star bene a riposo ma le attività fisiche inferiori all'ordinario causano sintomi.

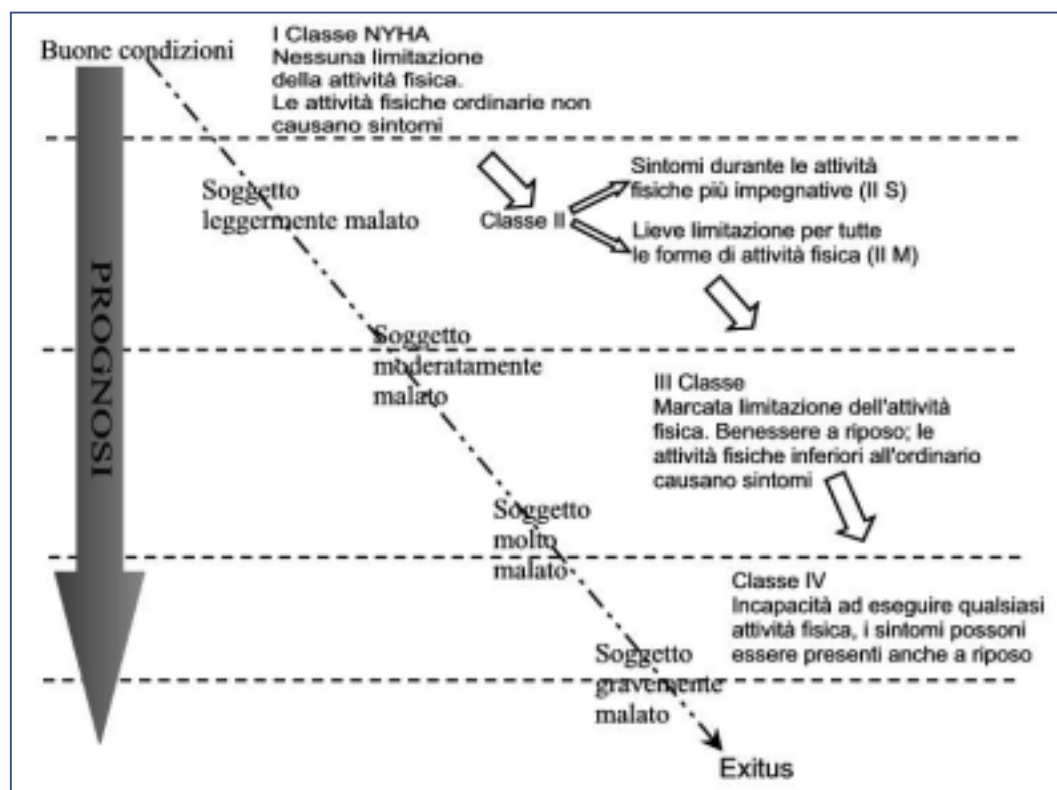
Nella IV classe sono infine raccolti tutti quei soggetti i quali si trovano nella incapacità di eseguire qualsiasi attività fisica, anche minima, senza sintomi o li presentano addirittura a riposo (Figura 1).

L'intenzione degli ideatori della classificazione NYHA era quella di individuare un sistema di classificazione dei cardiopatici in fasce omogenee sul piano clinico, prognostico, terapeutico che rispondesse a criteri di semplicità, maneggevolezza e che non richiedesse ulteriori indagini funzionali e/o strumentali.

Ma proprio queste caratteristiche ne costituiscono anche il limite, specie allorquando ci si muove in un ambito valutativo medico-legale.

La Classificazione NYHA infatti può essere considerata una sorta di "intervista" al cardiopaziente inserita nel procedimento anamnestico, al fine di

*Figura 1 - Schema riassuntivo della Classificazione Clinica funzionale della New York Heart Association (NYHA)*



I sintomi cui fa riferimento la classificazione sono rappresentati dalla dispnea, dalle palpitazioni e dall'eccessivo affaticamento. Rispetto alla classificazione iniziale, poiché il ruolo del dolore anginoso non è importante per classificare i pazienti con insufficienza cardiaca, questa categoria è stata omessa nelle edizioni successive alla prima del 1964.

definire lo stato di avanzamento clinico e la prognosi in relazione al grado di compromissione della sua attività fisica abituale.

La descrizione del livello di attività quotidiana offerta dalla Classificazione NYHA è **tuttavia solo di tipo qualitativo**, dato che i pazienti sono valutati in base alla maggiore o minore compromissione nello svolgimento delle attività “ordinarie” la cui intensità assoluta rimane peraltro ignota.

È una classificazione di tipo anamnestico e rappresenta l’interpretazione soggettiva, da parte del medico, di quanto riferito ed, in maniera altrettanto soggettiva, di quanto percepito dal paziente. Ciò è ancor più vero in ambito medico-legale ove la soggettività viene ad assumere una valenza minore o quantomeno viene guardata con “sospetto”.

Gli stessi termini usati “attività ordinaria”, “affaticamento eccessivo” possono dare adito ad interpretazioni del tutto soggettive.

Questo fa sì che, mentre per le condizioni estreme - totale assenza di sintomi da un lato e presenza di gravi sintomi a riposo dall’altro – non vi siano particolari difficoltà classificative, per le condizioni intermedie (le più frequenti) la collocazione di un paziente in II o III classe possa essere aleatoria e totalmente soggettiva.

Sono stati proposti altri sistemi di classificazioni cliniche con lo scopo di definire in modo più preciso ed oggettivo lo stato clinico del paziente con patologia cardiovascolare senza peraltro apportare reali e concreti vantaggi nel loro impiego: *da una parte è possibile ottenere una maggiore correlazione con parametri come la frazione di eiezione del ventricolo sinistro, l’indice cardiaco o la pressione telediastolica ventricolare sinistra ottenuti a riposo, dall’altra le metodiche risultano più indaginose e meno agili.*

Questa discrepanza fra la tolleranza allo sforzo riferita e i vari parametri quantitativi è facilmente comprensibile se si considera che l’adattamento all’esercizio fisico non viene determinato solo dalla capacità del cuore di aumentare la portata cardiaca, ma è il risultato di complessi adattamenti circolatori il cui obiettivo finale è quello di fornire un adeguato apporto di ossigeno ai muscoli durante l’esercizio.

Fra le Classificazioni Cliniche ricordiamo la scala dispnea-sforzo di Yale (**Classificazione di Feinstein**) che permette una suddivisione più fine della dispnea con punteggio variabile da 0 a 12; la DASI (**Duke Activity Scale Index**); la **scala di Goldman**, basata sulla capacità del paziente di eseguire abitualmente attività fisiche che comportano un determinato costo metabolico; i criteri di Boston per la valutazione quantitativa dell’insufficienza cardiaca (**Classificazione di Carlson**) ed il **Minnesota Living with Failure Questionnaire**.

Anche da studi recenti non emerge alcuna correlazione tra queste classificazioni cliniche ed i parametri del test cardio-polmonare (VO<sub>2</sub> di picco e

---

soglia anaerobica), né con l'indice cardiaco e la pressione polmonare d'incuneamento al picco dello sforzo.

Pertanto, considerata anche la complessità del loro impiego, queste classificazioni funzionali hanno scarsa utilità clinica e *la NYHA rimane a tutt'oggi la classificazione più conosciuta ed utilizzata e accettata comunemente in ambito clinico*; è utilizzata come parametro per suddividere in modo omogeneo i pazienti nei maggiori studi internazionali e, *in medicina-legale compare nei più accreditati Barèmes e Tabelle di legge per fini valutativi in vari ambiti* (Invalidità Civile; Tabelle INAIL del danno biologico; Assicurazioni Private ecc...).

Inoltre, di recente, una commissione congiunta designata dall'American College of Cardiology (ACC) e dall'American Heart Association (AHA) per rivedere le Linee Guida sullo scompenso cardiaco (SCC) ha pubblicato un documento la cui novità principale è la nuova classificazione dello scompenso cardiaco basata non solo sui sintomi ma anche sulla presenza di danno strutturale cardiaco, da impiegarsi congiuntamente con la ben nota suddivisione in classi funzionali NYHA.

Con il nuovo sistema i pazienti sono suddivisi in 4 stadi da A a D.

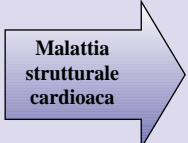


I pazienti in stadio "A" sono asintomatici e non hanno danno cardiaco, ma sono ad alto rischio per scompenso cardiaco; quelli in stadio "B" sono anche essi asintomatici, ma hanno segni di cardiopatia strutturale; i pazienti in stadio "C" hanno una cardiopatia ed hanno sintomi; infine quelli in stadio "D" hanno una malattia allo stadio terminale.

Tutti i pazienti in stadio A e B rientrano nella classe funzionale NYHA I, essendo asintomatici.

Una ulteriore novità di questa classificazione risiede nell'impiego di concetti simili alla stadiazione dei pazienti oncologici. Analogamente a quanto si fa per i pazienti oncologici, nei quali la terapia può far "scompare" il cancro ma restano sempre classificati come pazienti oncologici, nella nuova classificazione/stadiazione ACC/AHA la comparsa di sintomi di scompenso farà classificare *irrevocabilmente* il paziente in stadio C. Qualora la terapia dovesse renderli nuovamente asintomatici, saranno nuovamente in classe funzionale NYHA I ma resteranno in stadio C. Nelle Linee Guida si tengono anche conto dei risultati della terapia beta bloccante e con ACE -inibitori (Tabella 1).

Occorre quindi rammentare che un impiego non corretto della Classificazione NYHA da sola può portare ad erronee concezioni e convincimenti e creare problemi in ambito lavorativo, pensionistico ed assicurativo in quanto un paziente asintomatico non ha sempre una prognosi favorevole (basti pensare al rischio di morte improvvisa) né, d'altra parte, in tutti i pazienti con sintomi importanti essa è inevitabilmente sfavorevole. Infine non sempre si osserva la progressione dalla I alla IV classe (Figura 2).

Tabella 1

Classificazione in stadi della I.C. secondo la ACC e AHA	Classi NYHA corrispondenti	Caratteristiche delle varie classi sulla base dei sintomi e presenza/assenza di cardiopatia strutturale sottostante	Alcuni esempi di patologie ascrivibili alle varie classi	TERAPIA	ALTRA TERMINOLOGIA
<b>STADIO A</b>  Malattia strutturale cardioaca	Nessuna	Soggetti ad alto rischio di sviluppare I.C. per la presenza di situazioni che sono altamente correlate con una evoluzione verso una I.C. Tali pazienti non presentano anomalie a livello miocardico, valvolare o pericardico e non hanno mai presentato segni o sintomi di I.C.	Iperensione arteriosa sistemica. Malattia arteriosa coronarica asintomatica. Diabete mellito. Storia di terapie con farmaci cardiotossici o abuso di alcol. Storia di RAA. Familiarità per cardiomiopatia.	Trattamento ipertensione. Cessazione del fumo. Trattamento dislipidemia. Esercizio fisico regolare. Trattamento dell'eccesso ponderale. Scoraggiare l'assunzione di alcol ed altre droghe illegali. ACE inibitori in pazienti appropriati.	INSUFFICIENZA CARDIACA POLMONARE  Soggetti ad alto rischio di sviluppare una disfunzione ventricolare sinistra.
<b>STADIO B</b>  Sviluppo di sintomi di I.C.	<b>I</b>	Soggetti che hanno sviluppato una cardiopatia strutturale che si associa fortemente con lo sviluppo di I.C. ma che non hanno mai presentato segni o sintomi riferibili a I.C.	Ipertrofia ventricolare sinistra o fibrosi. Dilatazione ventricolare sinistra. Ipocontrattilità. Malattia valvolare cardiaca asintomatica. Progresso Infarto miocardico non complicato.	Tutte le misure dello stadio A. ACE inibitori e Beta bloccanti in pazienti selezionati.	INSUFFICIENZA CARDIACA LATENTE  Disfunzione ventricolare sinistra asintomatica.
<b>STADIO C</b>  Malattia refrattari di I.C. a riposo	<b>(I)-II-III-IV</b>	Soggetti che presentano o hanno presentato sintomi di I.C. associati a cardiopatia strutturale sottostante.	Dispnea, affaticamento e ridotta tolleranza all'esercizio fisico, secondari a disfunzione sistolica ventricolare sinistra. Pazienti asintomatici sotto trattamento continuativo per precedenti sintomi di I.C.	Tutte le misure dello stadio A. Farmaci di uso routinario: diuretici; ACE inibitori; Beta bloccanti; Digitale; Restrizione del sale nella dieta.	INSUFFICIENZA CARDIACA CLINICA O MANIFESTA  Disfunzione ventricolare sinistra sintomatica.
<b>STADIO D</b>	<b>IV avanzata</b>	Pazienti con malattia cardiaca avanzata e marcati sintomi di I.C. a riposo nonostante terapia medica massimale e che richiedono interventi speciali.	Pazienti frequentemente ospedalizzati per I.C. o che non possono essere dimessi con sicurezza. Pazienti ospedalizzati in attesa di trapianto cardiaco. Pazienti domiciliari in terapia endovenosa continua per il sollievo dei sintomi o supportati con una circolazione meccanica assistita.	Tutte le misure dello stadio A, B e C. Dispositivi di assistenza meccanica. Trapianto cardiaco. Terapia IV continua con inotropi palliativi.	INSUFFICIENZA CARDIACA REFRATTARIA  I.C. refrattaria all'ultimo stadio.

L'I.C. (insufficienza cardiaca) è una complessa sindrome clinica che può derivare da molteplici anomalie strutturali e funzionali cardiache che alterano la capacità di riempimento o svuotamento del ventricolo sinistro.

Le principali manifestazioni dell'I.C. sono la dispnea e l'affaticamento, che possono limitare la tolleranza all'esercizio e la ritenzione di liquidi che può condurre ad edema periferico e polmonare.

Entrambe le anomalie possono alterare la capacità funzionale e la qualità di vita dei pazienti, ma queste manifestazioni non necessariamente dominano il quadro clinico nello stesso momento.

Una malattia delle arterie coronarie è la causa di 2/3 circa dei casi di I.C. in pazienti con disfunzione sistolica ventricolare sinistra.

I rimanenti pazienti hanno una disfunzione sistolica non ischemica e si può identificare una causa sottostante quale ad esempio una ipertensione arteriosa, una valvulopatia o una miocardite.

In alcuni casi non è possibile risalire ad una causa nota come ad esempio in una cardiomiopatia dilatativa idiopatica.

I meccanismi responsabili della ridotta tolleranza all'esercizio fisico nei soggetti con I.C. cronica non sono stati ancora interamente delucidati.

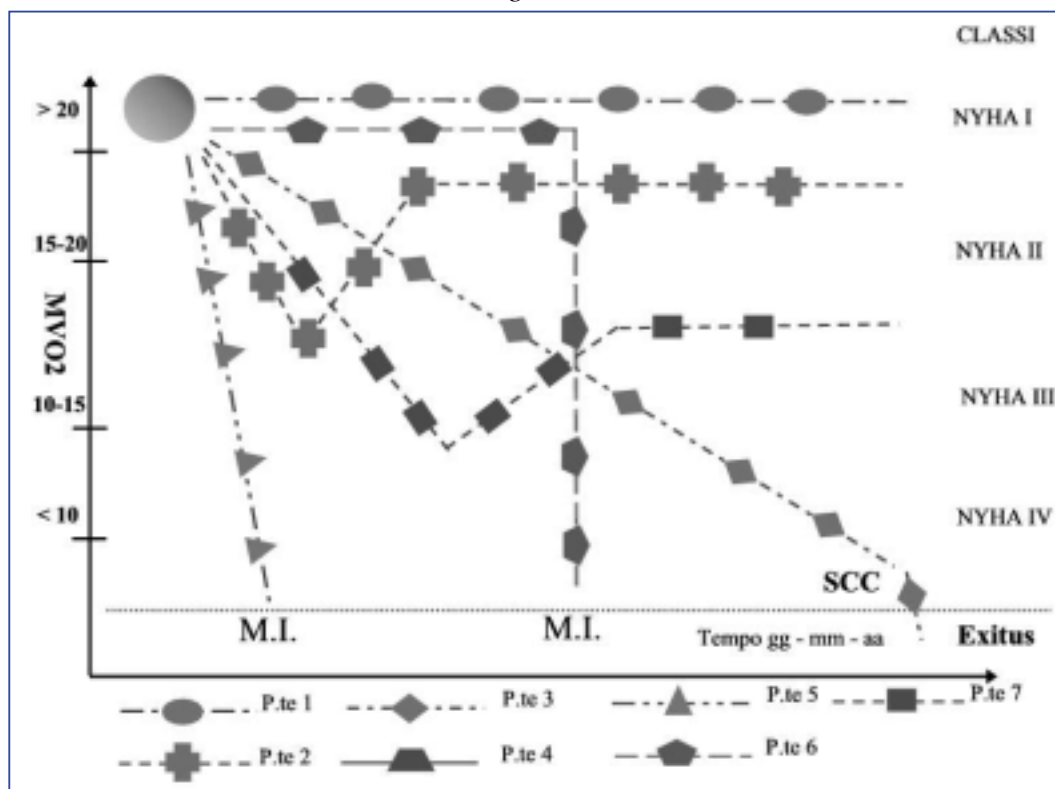
Pazienti con frazione di eiezione molto bassa possono essere asintomatici mentre per contro pazienti con funzione ventricolare sinistra sistolica conservata possono avere una importante limitazione funzionale. L'apparente discordanza fra la severità della disfunzione sistolica ed il grado di compromissione funzionale non è stato ancora ben compreso, nonostante al riguardo siano stati intrapresi molti studi.

In generale i pazienti con disfunzione ventricolare sinistra si presentano in 3 modi: 1) con una sindrome da ridotta tolleranza all'esercizio fisico; 2) con una sindrome edemigena; 3) con una disfunzione ventricolare sinistra asintomatica scoperta casualmente.

Sebbene l'anamnesi e l'esame obiettivo forniscano importanti indizi circa la natura della sottostante anomalia cardiaca, l'identificazione dell'anomalia strutturale responsabile dell'I.C. necessita di metodiche d'imaging non invasive ed invasive per la visualizzazione delle strutture cardiache.

Il test diagnostico più utile nella valutazione dei pazienti con I.C. è l'Ecocardiogramma bidimensionale integrato con lo studio doppler dei flussi intracardiaci.

Figura 2



Come mostrato in questa figura i pazienti cardiopatici possono presentare diverse modalità evolutive della propria malattia (in questo schema ne sono mostrati solo alcuni di quelli possibili). Certi soggetti possono rimanere a lungo asintomatici come presentare un episodio di morte improvvisa. Altri vanno incontro ad una lenta ma progressiva evoluzione con deterioramento funzionale e comparsa di sintomi sempre più gravi sino allo scompenso cardiaco congestizio. Alcuni pazienti presentano già inizialmente sintomi di insufficienza cardiaca ma possono essere trattati in modo efficace con conseguente miglioramento della capacità di esercizio e dei sintomi.

Il concetto è che la sola tolleranza allo sforzo (variamente determinata) non è sufficiente a predire l'evoluzione di quella cardiopatia in quel paziente).

M.I. = Morte Improvvisa; SCC = Scompensazione Cardiaca Congestizia; MVO<sub>2</sub> = massimo consumo di Ossigeno durante esercizio; NYHA = New York Heart Association.

Non si vuole certo criticare un sistema che ha classificato i pazienti in accordo con i sintomi, dal momento che negli anni 60 non vi erano sufficienti conoscenze scientifiche nè erano disponibili le attuali metodiche diagnostiche.

Oggi indubbiamente non è scientificamente corretto fondare una qualsiasi valutazione anche in ambito medico-legale solo sulla caratterizzazione della capacità funzionale determinata dall'entità dello sforzo necessario a produrre i sintomi; tanto più che il riferimento ad attività "ordinarie" non consente una stima assoluta quantitativa dell'entità dell'esercizio fisico limitante in quanto ambiguo e variabile da individuo a individuo.



## LA DISFUNZIONE MECCANICA

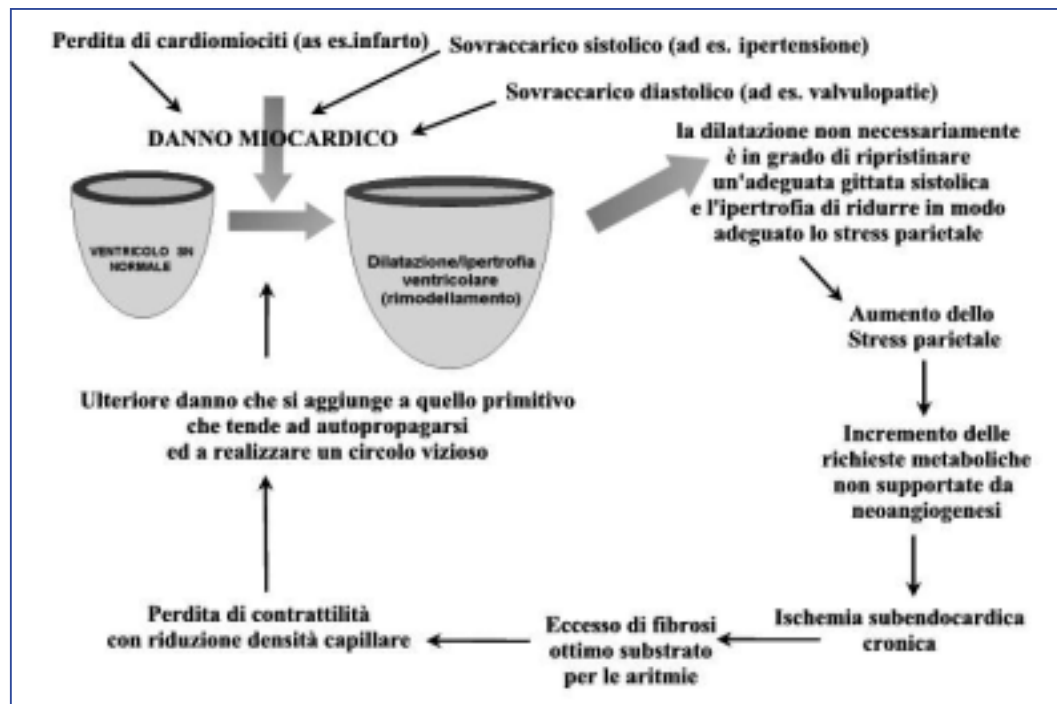
È noto che il danno miocardico iniziale progredisce attraverso il rimodellamento ventricolare verso la disfunzione ventricolare e infine verso lo scompenso cardiaco congestizio. È importante sottolineare che il danno miocardico e la disfunzione ventricolare sinistra sono frequentemente asintomatici e, nel momento in cui si manifestano i sintomi dello scompenso, il processo patologico è già piuttosto avanzato (Figura 3).

Ne deriva quindi la correttezza concettuale e scientificamente valida di una metodologia valutativa fondata sulla suddivisione del “ danno cardiaco “ in classi di gravità crescente sulla base della complessiva disfunzionalità del sistema che si estrinseca con la comparsa di sintomi via via più importanti man mano che la cardiopatia evolve nel tempo.

I sintomi elencati nella NYHA vengono quindi a rappresentare l'effetto finale di vari fattori che portano alla disfunzione del sistema cardio-circolatorio (Figura 4).

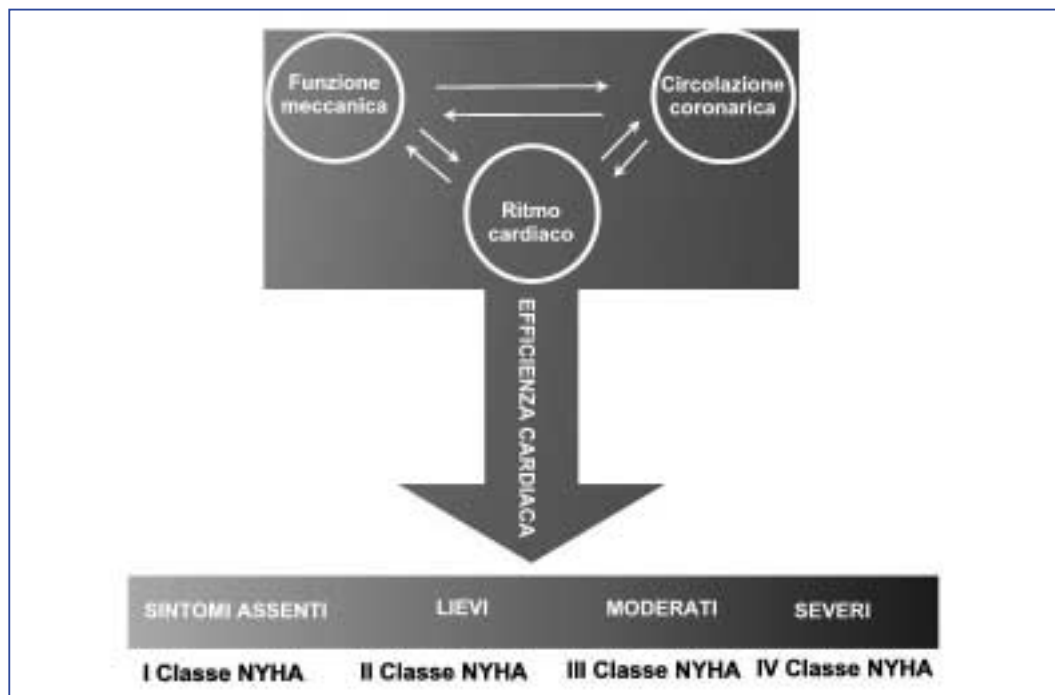
Pertanto anche in ambito valutativo medico-legale non si potrà ignorare la sintomatologia denunciata dal paziente, ma questa andrà opportunamente integrata con i dati derivanti sia **dall'esame obiettivo** che da quelli relativi agli **accertamenti strumentali**.

Figura 3 - Rimodellamento ventricolare ed insufficienza cardiaca: un circolo vizioso



Lo schema mostra come dall'iniziale danno miocardico, attraverso il processo di rimodellamento ventricolare sinistro, si può instaurare un circolo vizioso che è in grado di autopropagarsi amplificando così quello iniziale.

Figura 4



Nella figura sono rappresentate le tre principali determinanti che condizionano l'efficienza e la validità dell'apparato cardiovascolare quali componenti della funzione cardiaca in toto (la funzione di pompa cardiaca, il ritmo cardiaco e la circolazione coronarica) e le ripercussioni sintomatologiche in caso di disfunzione del sistema con la relativa correlazione NYHA. Il deficit funzionale di pompa, del ritmo e della circolazione coronarica concorrono sinergicamente al deficit cardiovascolare e fra loro si influenzano nel senso che l'insufficienza cardiaca è spesso causa di aritmie cardiache e d'altra parte le aritmie cardiache possono determinare una insufficienza cardiaca. Le aritmie cardiache possono provocare una ischemia miocardica e l'ischemia miocardica può manifestarsi con aritmie. Ancora l'insufficienza cardiaca può determinare ischemia miocardica ed una delle manifestazioni della ischemia miocardica è lo scompenso cardiaco.

Infine tutte le principali cardiopatie possono comportare, nella loro evoluzione naturale lo scompenso cardiaco, le aritmie o l'ischemia miocardica.

Appare quindi evidente che, sebbene le singole patologie abbiano un loro ambito nosologico specifico, il deficit che esse determinano, e che ha rilievo per la valutazione dei singoli casi concreti, fa sì che esse possano pressoché costantemente essere analizzate, almeno per quello che concerne gli aspetti valutativi medico-legali in termini di funzione meccanica di pompa, aritmia ed ischemia.

Fra questi ultimi particolare rilievo assume l'**Ecocardiografia** che per le sue caratteristiche è in grado di fornire in maniera non invasiva, a basso costo e in maniera ripetibile, informazioni fondamentali e spesso dirimenti in merito al rimodellamento ventricolare ed alla funzione meccanica che rappresenta uno dei tre determinanti della efficienza cardiaca (Figura 5).

Indubbiamente una fondamentale e semplice informazione che l'Ecocardiografia è in grado di dare è quella che riguarda la **funzione sistolica** del

Figura 5



Attraverso l'esame Ecocardiocolordoppler è possibile valutare il processo di rimodellamento ventricolare sinistro (Remodeling).

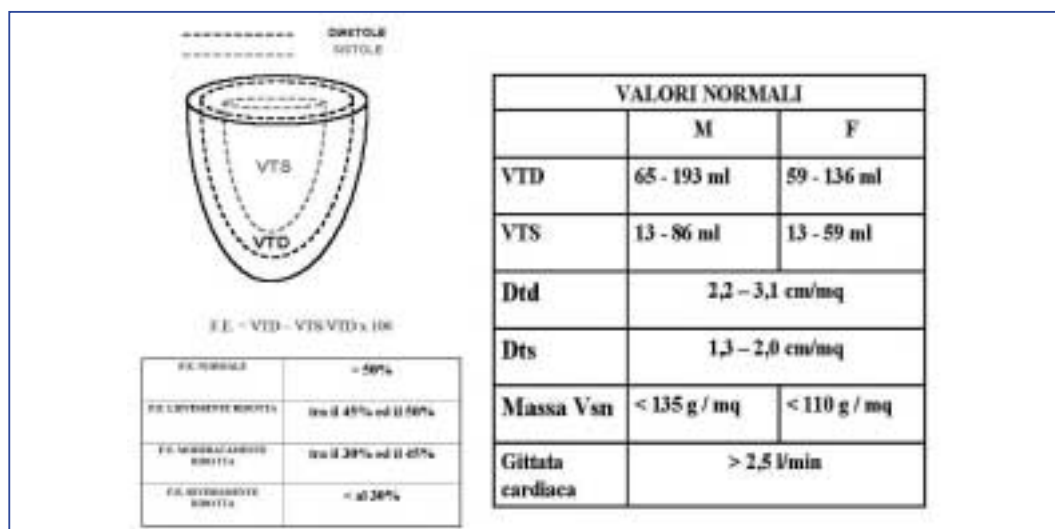
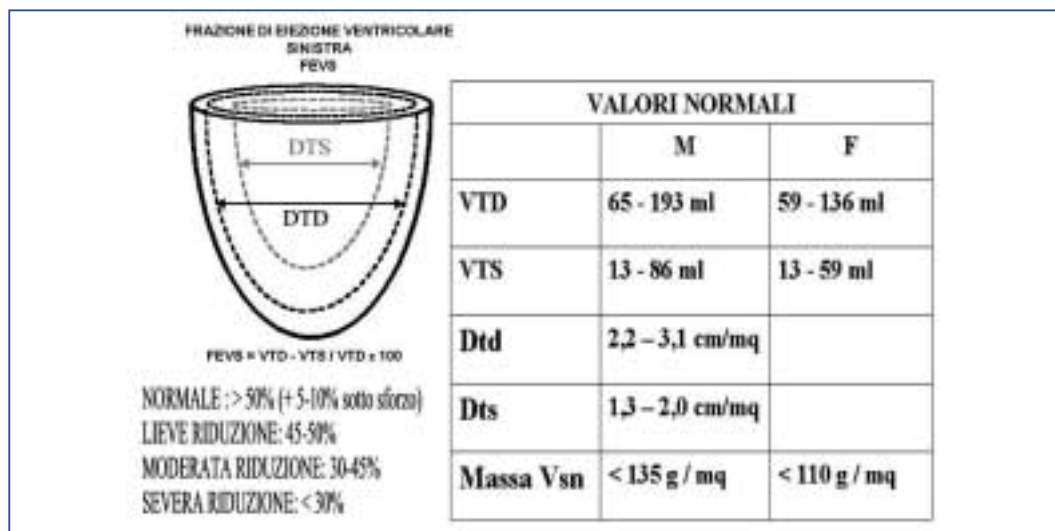
ventricolo sinistro espressa dalla **Frazione di Eiezione** (F.E.) che viene a rappresentare uno dei principali parametri di funzione meccanica di pompa cardiaca, il cui valore progressivamente decrescente dovrebbe configurare una compromissione via via crescente della funzione cardiaca e pertanto rappresentare un parametro di gravità del danno cardiaco di tipo meccanico (Figura 6).

Ne deriva che la funzione meccanica di pompa cardiaca viene spesso ad identificarsi con lo studio della funzione ventricolare sinistra e questa con la F.E.

*LA F.E. rappresenta la quota percentuale del volume di sangue accolto dal ventricolo (destro o sinistro che sia) in diastole che viene espulsa in sistole. Il riferimento è in genere fatto al ventricolo sinistro, anche perché il volume diastolico e sistolico vengono assai più agevolmente misurati a sinistra che non a destra. È il parametro più utile per la stima della funzione ventricolare sinistra, perché meglio correlato con lo stato clinico del paziente. Esso è sensibile alle variazioni della frequenza cardiaca, del pre- e del post-carico e della contrattilità miocardica.*

In presenza di coronaropatia, la F.E. a riposo può essere ridotta o normale; dopo sforzo i valori non aumentano, anzi, nella maggior parte dei casi, si

Figura 6 - Principali parametri ecocardiografici utilizzati per lo studio della funzione meccanica di pompa



Lo schema riassume come viene calcolata la Frazione di Eiezione del Ventricolo sinistro a partire dai volumi ventricolari in diastole (VTD) ed in sistole (VTS) ed i vari gradi di riduzione della F.E. Vengono altresì riportati altri parametri con relativi intervalli di normalità per sesso, desumibili dall'indagine ecocardiografica, che consentono una valutazione del rimodellamento ventricolare.

VTD = Volume Telediastolico ventricolare sinistro espresso in ml.

VTS = Volume Telesistolico ventricolare sinistro espresso in ml.

FEVS = Frazione di Eiezione ventricolare sinistra.

Dtd = Diametro Telediastolico del ventricolo sinistro in cm per metro quadro di superficie corporea.

Dts = Diametro Telesistolico del ventricolo sinistro in cm per metro quadro di superficie corporea.

M = soggetti di sesso maschile; F = soggetti di sesso femminile.

Massa Vsn = Massa ventricolare sinistra indicizzata per la superficie corporea.

riducono. L'omogeneità della contrazione miocardica, in questi pazienti, essendo i rami coronarici interessati in misura diversa, può non essere conservata, soprattutto sotto sforzo (Eco-stress).

Nelle cardiopatie non coronariche la F.E. è ridotta sia a riposo sia dopo sforzo, ma la riduzione della contrattilità interessa omogeneamente tutte le pareti.

Nelle valvulopatie il rigurgito a livello della valvola malfunzionante può essere diagnosticato, anche se con un certo margine di errore, ed eventualmente misurato, mediante l'analisi contemporanea del ventricologramma destro e sinistro: infatti, le F.E. delle due sezioni sono differenti, in quanto uno dei due ventricoli pompa una quantità di sangue inefficiente per il circolo. L'entità del rigurgito è data dal rapporto tra le due gittate.

*Bisogna, tuttavia, ricordare che, nonostante la F.E. sia il parametro più importante ai fini prognostici in molte cardiopatie, essa è fortemente dipendente dalle condizioni sia di precarico sia, soprattutto, di post-carico.* Pertanto, il valore ottenuto deve essere interpretato alla luce delle condizioni attuali di carico del ventricolo: ad esempio, la terapia con vasodilatatori, riducendo notevolmente il post-carico, determina un aumento della frazione di eiezione, senza che si abbia un effettivo incremento dell'inotropismo cardiaco e quindi delle condizioni reali dello stato contrattile del ventricolo sinistro.

Accanto alla disfunzione sistolica espressa dalla riduzione della frazione di eiezione anche la **disfunzione diastolica** può giocare un ruolo determinante nella genesi di sintomi e segni di insufficienza cardiaca. Almeno in un terzo dei pazienti con diagnosi di insufficienza cardiaca la funzione sistolica risulta normale o non depressa significativamente, il che implica che la disfunzione diastolica rappresenta l'alterazione fisiopatologica fondamentale.

Un segno di disfunzione diastolica cronica è la *dilatazione dell'atrio di sinistra* in assenza di significativa insufficienza mitralica.

Perfino nei pazienti con insufficienza cardiaca da disfunzione sistolica le pressioni di riempimento del ventricolo di sinistra si correlano con il grado di riduzione della tolleranza allo sforzo, indipendentemente dal grado del deficit sistolico.

Mentre l'esame ecocardiografico bidimensionale è una metodica eccellente per la diagnosi di disfunzione sistolica, lo *studio doppler delle curve di flusso transmitralico integrato con quello del flusso delle vene polmonari* si è largamente affermato come mezzo non invasivo, affidabile e riproducibile per la diagnosi ed il follow-up di pazienti con I.C. e disfunzione diastolica.

Le variazioni nel tempo delle curve di flusso transmitralico possono fornire delle indicazioni sulle pressioni di riempimento ventricolare e correlano con lo stato funzionale del paziente.

Negli stadi iniziali della disfunzione predomina il **pattern di "alterato rilasciamento"** (grado I di disfunzione diastolica) caratterizzato da una bassa velocità dell'onda E, un prolungamento del tempo di decelerazione ed un aumentato riempimento in coincidenza della contrazione atriale. Tale

pattern indica pressioni di riempimento ventricolare pressochè normali a riposo, che tuttavia possono aumentare considerevolmente durante sforzo moderato o intenso, o in corso di fibrillazione atriale a causa della riduzione di durata del periodo di riempimento diastolico.

Con la progressione della malattia, si ha un incremento della pressione atriale sinistra (cui consegue graduale aumento della velocità dell'onda E), riduzione della compliance ventricolare sinistra (con conseguente riduzione del tempo di decelerazione dell'onda E - TDE -), per cui compare un **pattern** cosiddetto “**pseudonormalizzato**” (grado II): la dispnea si può presentare per sforzi lievi-moderati.

Il **pattern “restrittivo”** (grado III) osservabile nelle forme avanzate è indicativo di elevate pressioni di riempimento e di scarsa compliance: la dispnea compare a riposo o per sforzi lievi.

Le manipolazioni terapeutiche del pre-carico possono determinare variazioni della curva di flusso transmitralico, in modo tale che un paziente può passare dal grado III al grado II di disfunzione diastolica e addirittura al grado I. In alcuni pazienti con grave alterazione della compliance ventricolare sinistra ed insufficienza cardiaca avanzata il pattern di riempimento di tipo restrittivo persiste anche dopo terapia diuretica aggressiva. Questi pazienti hanno la prognosi peggiore (grado IV irreversibile di disfunzione diastolica) (Figura 7).

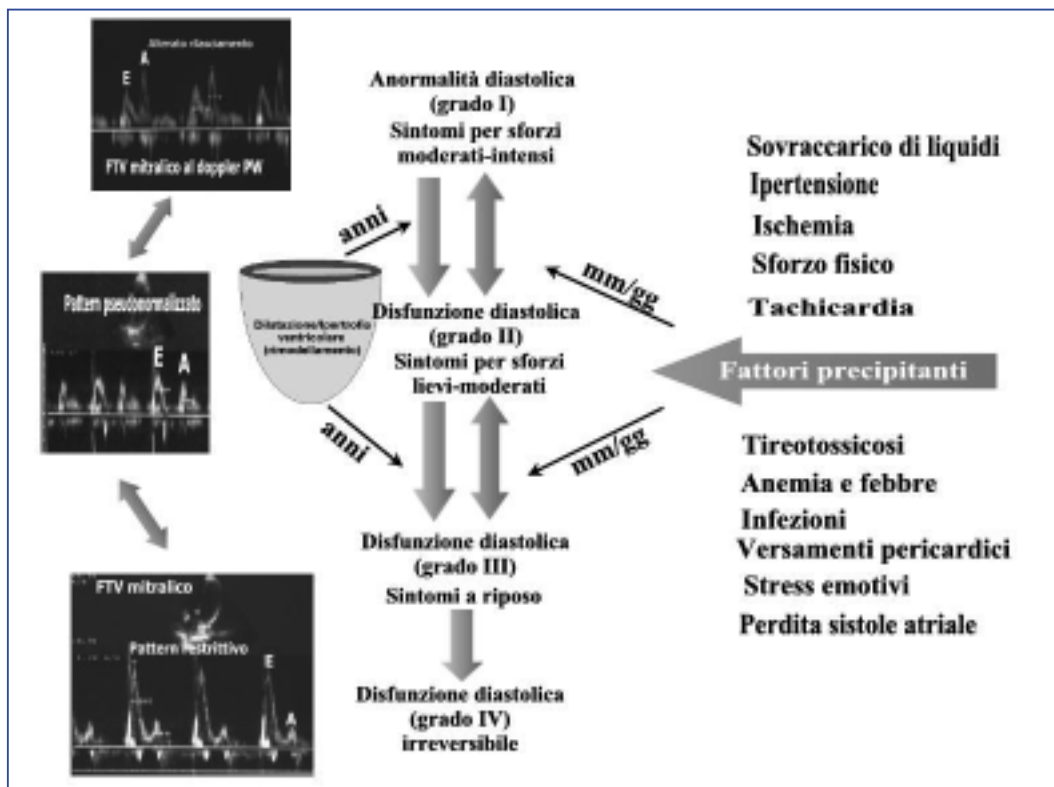
*Alla F.E. è stata data grossa dignità negli ultimi anni, come espressione di funzione cardiaca. Tuttavia, la domanda di che cosa realmente esprima la frazione di eiezione non è di risposta immediata, e sorge il dubbio che notorietà e dignità del parametro affondino le radici non solo nella fisiologia e nella fisiopatologia dell'apparato cardiovascolare, ma anche nell'agevolezza e nella non invasività con cui il parametro stesso può essere ricavato. Anche il fatto che nella sperimentazione farmacologica clinica su vasta casistica l'esigenza di una relativa omogeneità circa lo stato funzionale del cuore sia stata soddisfatta con la determinazione della frazione di eiezione, ha contribuito alla sua popolarità.*

Non in tutti i casi, però, il meglio equivale all'ottimo. Per essere più chiari con un esempio, non è infrequente sentir dire con sorpresa che il tal malato cardiopatico è dispnoico pur avendo una F.E. non ridotta .

Tale apparente discrepanza trova la sua spiegazione dal fatto che la ridotta capacità funzionale ha una genesi multifattoriale.

Malgrado alterazioni dell'emodinamica centrale, quali l'aumento della pressione capillare polmonare ed il ridotto aumento della portata cardiaca con l'esercizio, possono contribuire alla genesi della ridotta capacità funzionale, l'entità di queste alterazioni emodinamiche si correlano scarsamente con quest'ultima. Altri fattori possono contribuire alla sua genesi: 1) la dispnea può essere in parte determinata da anomalie della ventilazione polmonare e dal rapporto ventilazione/perfusione polmonare in aggiunta alla pressione ed al flusso polmonare; 2) la disfunzione diastolica può essere respon-

Figura 7



Progressione in vari stadi delle alterazioni della funzione diastolica le quali evolvono sia in anni, consensualmente all'evolvere della cardiopatia, sia in modo acuto o subacuto, attraverso i fattori precipitanti, che determinano il passaggio improvviso o più o meno graduale (mesi o giorni), ma a volte reversibile con trattamento adeguato da un livello all'altro di disfunzione diastolica.

sabile di un marcato aumento della pressione capillare polmonare sotto sforzo in assenza di disfunzione sistolica (marcata ipertrofia ventricolare sinistra); 3) la disfunzione ventricolare destra (per altro difficile da studiare e valutare) può avere un ruolo nella genesi della intolleranza all'attività fisica; 4) altri fattori sono rappresentati da anomalie del flusso alla muscolatura scheletrica, dall'estrazione muscolare di ossigeno o del metabolismo muscolare, dalla capacità della muscolatura di lavorare in condizioni di anaerobiosi, dalla disfunzione endoteliale. Queste anomalie periferiche non necessariamente si correlano con la severità della disfunzione ventricolare sinistra tradotta dalla F.E.: Franciosa e Coll. che hanno osservato soggetti con F.E. intorno al 25% in grado di tollerare un esercizio fisico per 17 minuti senza problemi mentre, altri soggetti con F.E. normale o quasi, non riuscivano a sopportare un analogo intensità di sforzo per 5 minuti a causa di affaticamento od affanno; 5) lo stato neuro-ormonale (livelli ematici di catecolamine, peptide natriuretico atriale e cerebrale, angiotensina, aldosterone ecc.) variamente attivato nei singoli pazienti.

*La riduzione della capacità funzionale è in definitiva la risultante dell'interazione di multipli fattori che possono essere almeno in parte indipendenti dalla disfunzione ventricolare sinistra.*

**Lo studio della funzione ventricolare sinistra rimane comunque centrale nella valutazione del paziente cardiopatico, costituendo il parametro più importante ai fini della prognosi, comportandosi talvolta da “ago della bilancia” nelle scelte terapeutiche e consentendo di prevedere la risposta alla terapia medica e l'outcome del paziente nel postoperatorio.**

La funzione ventricolare sinistra non può semplicisticamente identificarsi con la sola valutazione della frazione di eiezione del VS ma dovrebbe prevedere uno studio completo e dettagliato della morfologia e della funzione di entrambi i ventricoli, dell'emodinamica cardiaca nel suo complesso, compreso lo studio della fase diastolica, degli apparati valvolari, (in particolare di quello mitralico) e, in alcune situazioni, andrebbe integrata dalla ricerca di riserva contrattile o di vitalità miocardica, la cui presenza è determinante ai fini prognostici e terapeutici.

Infatti il significato prognostico, le modalità e i parametri di valutazione della disfunzione VS cambiano nelle differenti patologie.

Il riscontro di ridotta F.E. nella **stenosi valvolare aortica** richiede una valutazione con eco-dobutamina a basse dosi per confermare da una parte la presenza di riserva contrattile del miocardio, peraltro più spesso rilevabile in questa patologia rispetto ad altre cardiopatie, e dall'altra la severità della stenosi valvolare, talora sottostimata a causa del riscontro di basso gradiente sistolico.

Ben diverso è l'approccio alla valutazione della disfunzione VS **nell'insufficienza mitralica severa**, in cui, se è vero che i valori di F.E. possono a lungo restare normali a fronte di un progressivo deterioramento dell'effettiva contrattilità del muscolo cardiaco, è anche un dato di fatto che oggi, al contrario di quanto si ritenesse solo pochi anni fa, la correzione del vizio è considerata utile anche nelle condizioni di severa disfunzione del VS che una volta costituivano una controindicazione assoluta al trattamento chirurgico.

Determinante per la scelta terapeutica, medica o chirurgica, è invece la valutazione della funzione VS nell'**insufficienza aortica severa**, sia a riposo che durante sforzo (o eco-dobutamina a bassa dose), dal momento che in questa patologia la disfunzione del VS condiziona pesantemente il decorso post-operatorio, e l'intervento di sostituzione valvolare, in assenza di riserva contrattile, non previene la progressione della cardiomiopatia.

L'approccio cambia ulteriormente per la valutazione della funzione VS nella **cardiomiopatia ischemica**, dovendo comprendere, oltre a dimensioni, volumi ed F.E. di entrambi i ventricoli, un attento studio della cinesi segmentaria del VS, con la stima della percentuale di miocardio disfunzionante (WMSI\*), ed il rilievo e l'estensione di eventuali aree aneurismatiche; la presenza, il grado e il meccanismo fisiopatologico di una eventuale insufficienza mitralica, ma soprat-

---



tutto va tenuto presente che il rischio operatorio è legato non soltanto al rilievo clinico di scompenso cardiaco o ecocardiografico di bassa F.E., ma soprattutto alla presenza e all'estensione di miocardio vitale dimostrato all'ecostress.

Per quanto riguarda poi la **cardiomiopatia dilatativa a coronarie indenni**, la valutazione seriata della funzione sistolica e soprattutto diastolica del VS, la stima indiretta della pressione telediastolica VS, il grado di compromissione del VD, la stima dell'entità della insufficienza mitralica e dell'ipertensione polmonare, la dimostrazione della presenza di riserva contrattile forniscono suggerimenti utili per l'impostazione della terapia medica, consentono di prevedere la tolleranza e l'efficacia di questa, e costituiscono i parametri di valutazione più utili per il follow-up del paziente.

In analogia quindi con la suddivisione dei cardiopatici in classi, sulla base della presenza o meno di sintomi durante l'attività fisica (classificazione funzionale) si può tentare, anche per il danno relativo alla funzione meccanica di pompa, una graduazione in fasce o classi di gravità, sulla scorta di semplici parametri quali presenza e grado di ipertrofia/dilatazione ventricolare, i valori di frazione di eiezione ventricolare sinistra (funzione sistolica) integrati eventualmente con quelli relativi al riempimento ventricolare sinistro (funzione diastolica) ed al WMSI (Tabella 2).

In conclusione si può affermare che non è ancora arrivato il momento del "pensionamento" della classificazione NYHA in cardiologia forense, ma occorrerà considerare questa classificazione funzionale, o altre analoghe, come un punto di partenza che andrà successivamente integrato e trasformato in un dato il più obiettivo possibile attraverso:

1) lo stesso esame fisico accurato del paziente; 2) esami strumentali, relativamente semplici, che esplorino in maniera la più estesa possibile le varie "realità" della patologia cardiaca in questione; 3) prove strumentali che, senza sconfinare in un rischio eccessivo, possano fornire ausilio alla conferma od alla modifica-

Tabella 2

CLASSI DI DANNO MECCANICO CARDIACO			
I	II	III	IV
Ipertrofia/dilatazione ventricolare sinistra senza disfunzione sistolica o diastolica	Ipertrofia/dilatazione con F.E. tra 45% e il 50%	Ipertrofia/dilatazione con F.E. tra 45% e il 30%	Ipertrofia/dilatazione con F.E. < 30%
	Disfunzione diastolica di I grado	Disfunzione diastolica di II grado	Disfunzione diastolica di III grado
	WMSI: tra 1,5 e 2	WMSI: tra 2 e 2,5	WMSI: > 2,5

\*WMSI= Wall Motion Score Index

zione del dato anamnestico di partenza ed infine; 4) analisi di tutti quegli elementi con significato peggiorativo o favorevole presenti nel singolo caso in oggetto, che possono assumere una qualche valenza nel cosiddetto danno di “previsione” il quale in qualche caso può rivestire carattere prevalente su quello organico-funzionale al momento dell’osservazione medico-legale (Tabella 3).

Il grado quindi di compromissione funzionale dell’apparato cardio-circolatorio andrà desunto non solo dall’appartenenza ad una determinata classe funzionale NYHA o dalla semplice misurazione dei volumi, della frazione di eiezione ventricolare sinistra o della massa ventricolare sinistra, ma dall’analisi integrata - poliparametrica e descrittiva di molteplici aspetti sia clinici che strumentali presenti nel singolo caso in esame.

*Tabella 3 - Fattori incidenti sulla prognosi*

<b>Elementi Peggiorativi</b>	<b>Elementi Favorevoli</b>
Coronarografia con presenza di stenosi > al 50% in almeno 2 vasi	Coronarografia negativa e Cateterismo cardiaco con dati emodinamici di buona funzione ventricolare
Terapia anticoagulante continua	Terapia medica non necessaria o terapia medica (non più di un farmaco) efficace e ben tollerata
Terapia antiaritmica continua	Assenza di danni d’organo secondari ad ipertensione arteriosa
Pace-Maker permanente o Defibrillatore	Cardiopatìa con buona prognosi quoad vitam
Triplice terapia, con diuretici, digitale vasodilatatore o ACE-inibitore	Assenza di fattori di rischio cardiovascolare
Pressione arteriosa costantemente elevata nonostante terapia	
Presenza di danno d’organo secondari ad ipertensione arteriosa	
Prognosi quoad vitam sfavorevole	
Pregressa terapia chirurgica (angioplastica-bypass-sostituzione valvolare-correzione di cardiopatìa congenita)	
Episodi sincopali documentati	
Fra le valvulopatie la stenosi aortica	
Episodi ripetuti e ricorrenti di infarto miocardico anche non-Q	
Presenza di fattori di rischio (diabete mellito, ipercolestolemia...)	

## RIASSUNTO

La classificazione funzionale NYHA, basata essenzialmente sulla presenza o meno di sintomi quali dispnea, palpitazioni, eccessivo affaticamento od angina in relazione al livello di attività fisica in grado di provarli, è ampiamente utilizzata in vari ambiti della medicina-legale per quantificare il livello di compromissione dell'apparato cardiovascolare.

Ciò è dovuto al fatto che è universalmente conosciuta dalla gran parte dei medici e di facile utilizzo, in quanto non prevede il ricorso ad ulteriori indagini strumentali.

Pur tuttavia la sua stessa semplicità ne costituisce anche il limite dovuto alla scarsa riproducibilità, alla ridotta correlazione con le misure oggettive di tolleranza all'esercizio o altri indici come la Frazione di Eiezione ventricolare sinistra ed i parametri emodinamici (pressione telediastolica ventricolare sinistra, pressione capillare polmonare a riposo o sotto sforzo ecc.) e dall'aleatorio valore prognostico delle cosiddette "classi intermedie".

Se utilizzata in modo non corretto può creare problemi in ambito lavorativo, pensionistico ed assicurativo, allorquando erroneamente si pensi che un paziente "asintomatico" (classe nyha I) abbia sempre una prognosi favorevole e che in un paziente con sintomi di lieve entità (sia per frequenza che per intensità) la prognosi sia discreta e che in tutti i pazienti con sintomi importanti la prognosi sia inevitabilmente sfavorevole, né è obbligatoria ed inevitabile la progressione dalla I alla IV classe.

Una classificazione delle condizioni cardiache basata solo ed esclusivamente sui sintomi può essere fuorviante.

Infatti pur in presenza di gravi anomalie anatomo-funzionali la sintomatologia può essere assente o sfumata per cui esiste il rischio concreto di sottovalutare alcune condizioni (situazione questa caratterizzata da una disfunzione cardiaca sistolica e/o diastolica ben apprezzabile alle indagini strumentali ma silente da un punto di vista sintomatologico).

I sintomi inoltre, posson fare la loro comparsa solo dopo che si sono instaurate significative modificazioni anatomiche e funzionali, rendendo così vano qualsiasi tentativo di prevenzione della progressione del danno. Infine alcune terapie possono modificare i sintomi ed il decorso delle malattie solo per un breve periodo, mentre altri interventi terapeutici possono incidere radicalmente sul decorso e quindi in definitiva sulla sintomatologia e qualità della vita del paziente cardiopatico (interventi di rivascolarizzazione miocardica, trapianto cardiaco ecc.).

Una valutazione scientificamente corretta ed allineata con le conoscenze ed i progressi attuali della cardiologia dovrebbe tener conto delle condizioni cardiache globalmente intese e della prognosi che necessariamente devono discendere dalla integrazione di tutti i dati possibili quali

**quelli forniti da un anamnesi accurata, dall'esame obiettivo, da elementi anatomico-funzionali (funzione meccanica di pompa (sistolica e diastolica), circolazione coronarica, ritmo cardiaco), da test di laboratorio che, senza sconfinare in un rischio eccessivo, possano fornire ausilio alla conferma od alla modificazione del dato anamnestico di partenza e dall'analisi infine di tutti quegli elementi clinico prognostici (eziologia, stadiazione della malattia, storia naturale, durata della malattia, risposta alla terapia medica o chirurgica, evolutività autonoma od aggravata da altre concause, dati statistici-epidemiologici di morbilità e mortalità, presenza di fattori di rischio "classici" e di quelli cosiddetti "emergenti") che possono assumere una certa valenza nel cosiddetto danno di "previsione" il quale, in qualche caso selezionato, può rivestire carattere prevalente su quello organico-funzionale al momento dell'osservazione medico-legale.**

---

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) Belardinelli R., Georgiou D., Cianci G., et al Randomized: "Controlled trial of long-term moderate exercise training in chronic heart failure. Effects on functional capacity, quality of life, and clinical outcomes". *Circulation* 1999; 99: 1173-1182.
- 2) Cohn J.N., Johnson G., Smith R. e coll.: "Ejection fraction, peak exercise oxygen consumption, cardiothoracic ratio, ventricular arrhythmias, and plasma norepinephrine as determinants of prognosis in Heart failure". *Circulation* 1993; 87 (suppl VI): 5-16.
- 3) Connolly S.J.: "Prophylactic antiarrhythmic therapy for the prevention of sudden death in high-risk patients: drugs and devices". *Eur Heart J* 1999 (suppl C): 31-35.
- 4) Cowie M.R., Mosterd A., Wood D.A. et al.: "The epidemiology of heart failure". *Eur Heart J* 1997; 18: 208-225.
- 5) Davie A.P., Francis C.M., Caruana L., Sutherland G.R., McMurray J.V.: "The prevalence of left ventricular diastolic filling abnormalities in patients with suspected heart failure". *Eur Heart J* 1997; 18: 981-984.
- 6) Diseases of the Heart and blood vessels: nomenclature and criteria for diagnosis, ed 6, Boston, 1964, Little, Brown and Company, pp. 112-113.
- 7) European Heart Failure Training Group. Experience from controlled trials of physical training in chronic heart failure. Protocol and patient factors in effectiveness in the improvement in exercise tolerance. *Eur Heart J* 1998; 19: 466-475.
- 8) Feinstein A.R., Fisher M.B., Pigeon J.G.: "Changes in dyspnea-fatigue ratings as indicator of quality of life in the treatment of congestive heart failure". *Am J Cardiol* 1989; 64: 50-55.
- 9) Franciosa J.A., Parck M., Levine T.B.: "Lack of correlation between exercise capacity and indexes of resting left ventricular performance in heart failure". *Am J Cardiol* 1981; 47: 33-39.
- 10) Franciosa J.A., Baker B.J., Seth L.: "Pulmonary versus systemic hemodynamics in determining exercise capacity of patients with chronic left ventricular failure". *Am Heart J* 1985; 110: 807-13.
- 11) Gaasch W.H.: "Diagnosis and treatment of heart failure based on LV systolic or diastolic dysfunction". *JAMA* 1994; 271: 1276-1280.

- 12) Gastaldi L.G., Morello M.V.: *“La funzione ventricolare”*. Torino UTET Libreria; 1989.
- 13) Gheorghide M., Benatar D., Konstam M.A. et al.: *“Pharmacotherapy for systolic dysfunction: a review of randomized clinical trials”*. Am J Cardiol 1997; 80 (suppl 8B): 14-27H.
- 14) Giannuzzi P., Temporelli P.L., Bosimini E. e coll.: *“Independent and incremental prognostic value of Doppler-derived mitral deceleration time of early filling in bhot symptomatic and asymptomatic patients with chronic heart failure”*. J Am Coll Cardiol 1998; 31: 383-90.
- 15) Goldman L., Hashimoto B., Cook E.F., Loscalzo A.: *“Comparative reproducibility and validity of system for assessing cardiovascular functional class: advantage of new specific activity scale”*. Circulation 1981; 64 (6): 1227-34.
- 16) Hunt et al.: *“ACC/AHA Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Heart failure in the Adult: Executive Summary”*. JACC 2001; Vol. 38 No 7: 2101-13.
- 17) McKelvie R.S., Benedict C.R., Yusuf S.: *“Prevention of congestive heart failure and management of asymptomatic left ventricular dysfunction”*. BMJ 1999; 318: 1400-402.
- 18) Mosterd A., deBruijne M.C., Hoes A. et al.: *“Usefulness of echocardiography in detecting left ventricular dysfunction in population-based studies (the Rotterdam study)”*. Am J Cardiol 1997; 79; 103-104.
- 19) Packer M.: *“Abnormalities of diastolic function as a potential cause of exercise intolerance in chronic heart failure”*. Circulation 1990; 81 (suppl III): 78-86.
- 20) Packer M., Coats A., Fowler M.B.: *“Effect of carvedilol on survival in severe chronic heart failure”*. N Engl J Med 2001; 344: 1651-1658.
- 21) Piccioni M.: *“Iter valutativo anatomo-funzionale delle cardiopatie in ambito INPS”*. Rassegna di Medicina Legale Previdenziale; 4-2001: 26-31.
- 22) Poole-Wilson P.A.: *“History, definition, and classification of heart failure”*. In: Poole-Wilson P.A., Colucci W.S., Massie B.M., Chatterjee K., Coats A.J.S. eds.: *“Heart failure. Scientific principles and clinical practice”*. London: Churchill Livingstone, 1997: 269-277.
- 23) Sokolow M., Mc Ilroy M.B.: *“Clinical Cardiology”*. Los Altos: Lange Medical Publication, 1979: 38.
- 24) Tendera M.: *“Ageing and heart failure: the place of ACE inhibitors in heart failure with preserved systolic function”*. Eur Heart J 2000; 2 (suppl I): I8-I14.
- 25) The Antiarrhythmic versus Implantable Defibrillators (AVID) Investigators. A comparison of antiarrhythmic-drug therapy with implantable defibrillators. I patients resuscitated from near-fatal ventricular arrhythmias. N Engl J Med 1997; 337: 1576-1583.
- 26) Varani E., Casella G., Magnani B. e coll. et al.: *“Valutazione clinica della severità dello scompenso cardiaco: confronto fra classe funzionale NYHA e scala di Goldman”*. Cardiologia 1990; 35: 651-656.
- 27) Vasan R.S., Benjamin E.J., Levy D.: *“Congestive heart failure with normal left ventricular systolic function”*. Arch Intern Med 1996; 156: 146-157.
- 28) Wilson J.R., Rayos G., Yeoh T.K.: *“Dissociation between exertional symptoms and circulatory function in patients with heart failure”*. Circulation 1995; 95: 47-53.
- 29) Working Group Report. How to diagnose diastolic heart failure: *“European Study Group on Diastolic Heart Failure”*. Eur Heart J 1998; 19: 990-1003.
- 30) Xie G.Y., Berk M.R., Smith M.D. e coll.: *“Prognostic value of Doppler transmitral flow patterns in patients with congestive heart failure”*. J Am Coll Cardiol 1994; 24: 132-9.

# Il conflitto tra l'accesso, la privacy e il segreto professionale: problematiche operative all'interno di un centro medico-legale pubblico

Tiziana DI BIAGIO

Dirigente medico-legale 2° livello  
Sede INPS - RM-Montesacro

Federico CATTANI

Dirigente medico-legale 2° livello  
Coordinatore Centrale Area delle Invalità  
D.G. INPS - Roma

**S**ino al 1990 l'accesso agli atti dell'amministrazione pubblica era un esclusivo privilegio di specifici ambiti operativi, *in primis* la magistratura e la polizia giudiziaria.

Mai prima della legge 241, approvata in quell'anno dal Parlamento, un qualsiasi cittadino italiano poteva rivolgersi in punta di diritto al suo comune o ad un ministero per avere, se non una giustificazione, quanto meno un chiarimento inerente ad una richiesta o ad una pratica che lo riguardasse né in termini d'interessi legittimi né di diritti soggettivi.

Il privilegio dell'apparato era assoluto.

Spesso quindi la ricerca o ricomparsa di documenti impolverati - immaginiamo solo la lenta definizione di una pratica d'invalidità civile di un portatore di handicap - richiedeva l'interessamento di un amico o talvolta purtroppo di qualche faccendiere.

Il passaggio dalla dimensione di "sudditanza" a quello di "portatori di un bisogno tutelabile ai sensi di legge" sconvolse le pigre stanze dei bottoni che, per la prima volta, videro la frequentazione di avvocati, associazioni o cittadini spazientiti.

Gli Enti pubblici - l'INPS con sua circolare 117/94 fu tra i primi - elaborarono quindi Regolamenti per l'applicazione della legge; finalmente iniziò la stagione della cosiddetta *trasparenza degli atti* con un florilegio di documenti e sentenze che diede corpo al nuovo corso.

In particolare fu richiesto al rappresentante legale dell'ente di definire il responsabile d'ogni procedimento amministrativo ed il *terminus temporis* in cui questo doveva presumibilmente essere concluso o in ogni modo entro il quale dovevano comunicarsi i motivi che ne ritardassero l'attuazione o ne avessero condizionato l'esito.

Ovviamente ciò era consentito solo a chi fosse portatore d'interesse per la tutela di una situazione giuridicamente rilevante. Infatti solo un interesse proprio, diretto ed immediato ad un procedimento avrebbe potuto giustificare l'accesso, altrimenti l'istanza si sarebbe configurata come mero controllo della legalità dell'azione amministrativa.

Ma il concetto di trasparenza degli atti dovette presto fare i conti con l'incipiente esigenza di riservatezza che lo strumento informatico andava a pregiudicare proiettando in forma esplosiva i dati personali nell'intero WEB.

Il concetto di *privacy* nacque già alla fine del 1800 nei paesi di lingua anglo-sassone come diritto a non subire invasioni indebite nella propria sfera privata a causa di una sempre più rapida comunicazione e diffusione delle informazioni soprattutto attraverso il veicolo della stampa.

Nel panorama normativo italiano tale diritto è stato codificato per la prima volta nel 1996 con la legge 675 per far sì che L'Italia rispondesse agli obblighi internazionali derivanti dalla nascita dell'Unione Europea del 19 giugno del 90 - trattato di Schengen - e all'applicazione della Convenzione C.E.D.U.

Il primo aspetto che il Legislatore ha dovuto affrontare *de iure condendo*, è stata quindi la relazione tra queste nuove disposizioni di riservatezza e la precedente legge 241/90 ovvero la disciplina del diritto d'accesso ai documenti amministrativi.

Mentre quest'ultima era nata con l'obiettivo di fornire al cittadino uno strumento che gli permettesse di accedere agli atti amministrativi per i quali poteva mostrare di avere interesse diretto, la 675/96 interveniva a conciliare la duplice esigenza d'accesso ai dati personali in possesso della pubblica amministrazione e di garanzia per l'interessato di tutela degli stessi, soprattutto nel caso d'informazioni delicate e inerenti a particolari ambiti quali la salute, la vita sessuale, le convinzioni religiose, le opinioni politiche, l'adesione a partiti e sindacati, definite ai sensi dell'art. 22 come "*dati sensibili*".

Questi possono essere trattati dai soggetti pubblici in forza d'espressa disposizione di legge in cui sono specificati quali siano i dati, le operazioni eseguibili e le rilevanti finalità pubbliche perseguite, così come meglio poi specificato dall'art. 5 del d. lgs. 135/99 e dagli artt. 20 e 76 del recente d. lgs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali).

In mancanza della suddetta disposizione le P.A. possono richiedere al Garante, nelle more della specificazione legislativa, l'individuazione delle attività - tra quelle demandate ai medesimi soggetti dalla legge - che perseguono rilevanti finalità d'interesse pubblico, e per le quali è conseguentemente autorizzato il trattamento dei dati sensibili.

Nei casi in cui è specificata la finalità di rilevante interesse pubblico ma non sono specificati i tipi di dati e le operazioni eseguibili, i soggetti pubblici identificano e rendono pubblici, secondo i rispettivi ordinamenti, i tipi di dati e d'operazioni strettamente pertinenti e necessari riguardo alle finalità perseguite nei singoli casi, aggiornando tale identificazione periodicamente.

Il recente decreto legislativo 28 dicembre 2001, n. 467, all'art. 8 ha apportato delle modifiche all'art. 22, introducendo il comma 1-ter in cui è specificato come non sia necessario consenso scritto e autorizzazione del Garante nel caso di trattamento dei dati sensibili "riguardanti l'adesione di associazioni od organizzazioni a carattere sindacale o di categoria ad altre associazioni, organizzazioni o confederazioni a carattere sindacale o di categoria".

Inoltre ai sensi del comma 4 dello stesso articolo "non è necessario il consenso dell'interessato ma solo la preventiva autorizzazione del Garante in 3 casi:

- a. per il trattamento dei dati sensibili attuati da associazioni, enti od organismi senza scopo di lucro, anche non riconosciuti, partiti, movimenti politici, confessioni e comunità religiose, per il perseguimento d'attività lecite, sempre che tali informazioni si riferiscano agli iscritti e non siano diffuse al di fuori dell'ambito dell'associazione ed essa appresti idonee garanzie riguardo ai trattamenti effettuati;
- b. per la salvaguardia della vita o dell'incolumità fisica dell'interessato o di un terzo, nel caso in cui l'interessato non può prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire, d'intendere o di volere;
- c. qualora il trattamento sia necessario ai fini dello svolgimento delle investigazioni difensive di cui alla legge 397/2000 o, in ogni caso, per far valere o difendere in sede giudiziaria *un diritto di rango pari a quello dell'interessato* quando i dati siano idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale, sempre che i dati siano trattati esclusivamente per tali finalità e per il periodo strettamente necessario al loro perseguimento".

Tra gli enti pubblici l'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale è la struttura maggiormente informatizzata, che svolge la precipua funzione di fornire prestazioni previdenziali o provvidenze assistenziali, anche per conto d'altre istituzioni pubbliche, a milioni di cittadini italiani.

La mole d'assicurati, circa 20 milioni, e di prestazioni concesse, fa dell'INPS il più grande ente di previdenza pubblica all'interno dell'Unione Europea.

L'Istituto nell'ultimo decennio, quale azienda-rete, è stato inserito all'interno del sistema di rete nazionale pubblica (R.U.P.A.), fruendo così di collegamenti *in-out*, tra gli altri, con il Ministero delle Finanze, l'INAIL, l'I.N.P.D.A.P., i Comuni, le banche, il Ministero dell'Interno, le Poste, l'ENEL e le Camere di Commercio.

Gli archivi dell'INPS, quindi, gestiscono, sia in forma cartacea che informatica "dati personali" e fra questi molti sono sanitari e pertanto "sensibili". Tra questi ultimi segnaliamo i dati raccolti e conservati presso l'archivio sanitario dei lavoratori assicurati su richieste di prestazioni o provvidenze per invalidità, malattia, maternità, tubercolosi e cure balneo-termali.

Da citare la legge 166/91 che ha definito "non essere più da considerare violazione di segreto d'ufficio lo scambio d'informazioni tra le P.A. ai fini di verifica di correttezza dei comportamenti dei soggetti tenuti agli adempi-

---



menti contributivi e fiscali”, nonché la legge 85/95 che ha costituito presso l’INPS il Casellario Centrale dei Pensionati Italiani cui tutti gli Enti gestori di previdenza devono fornire i dati relativi a propri assicurati.

Il d.p.r. 352/92, applicativo della legge 241/90, ha dato le basi al successivo regolamento amministrativo emanato dall’INPS nel febbraio 1994 sul procedimento amministrativo e sul diritto d’accesso.

L’Istituto Nazionale della Previdenza Sociale, quale Ente Pubblico, può trattare i dati personali per lo svolgimento di funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalle vigenti norme senza dover richiedere il consenso dell’interessato cui i dati si riferiscono e, in base all’art. 27 della legge 675/96, non necessita di autorizzazioni al trattamento dei dati perciò la notificazione al Garante ex art. 7 potrà avvenire *una tantum* e in maniera omnicomprensiva.

Non esistono problemi allorché lo scambio di dati sia realizzato dall’INPS *ex lege* verso altri soggetti pubblici, ma diverso agire sarà richiesto se ciò si realizza con organismi o soggetti privati, quali singoli cittadini, consulenti del lavoro, ecc. In tal caso l’Amministrazione è tenuta a verificare che questi siano legittimati a conoscere tali informazioni. Tale fattispecie, nell’ambito dei dati di natura sanitaria, può realizzarsi con una certa frequenza, in virtù di procedimenti che coinvolgono soggetti od organismi privati durante gli iter accertativi medico legali per le invalidità o gli stati di malattia.

Tali dati sensibili sono in tali casi trattati od acquisiti attraverso soggetti terzi rispetto all’ente pubblico, titolare dei dati e l’assicurato cui il dato si riferisce.

L’INPS, al pari di altre amministrazioni, in ossequio ai disposti del d.lgs. 135/99 e 282/99 ha approvato nell’aprile 2002 un Regolamento che disciplina il trattamento dei dati sensibili, emanato con circolare 145/03.

Sono ivi definiti: la *tipologia* dei dati sensibili, trattati in maniera pertinente e non eccedente nelle varie Unità operative, centrali e periferiche, necessari per l’espletamento di attività riconosciute di rilevante interesse pubblico, la *modalità* del loro trattamento e di tutela. Inoltre vi si specifica l’*obbligo* di informativa agli interessati ex art. 10 legge 675/96, riguardo ai trattamenti cui i dati saranno assoggettati e ai sensi dell’art. 13 per i diritti spettanti all’interessato, il quale esprime il suo consenso qualora tale trattamento avvenga da parte di altri soggetti.

Particolare attenzione rileva inoltre il compito del dirigente medico di rendere noti in busta chiusa i dati relativi allo stato di salute, all’istante, che ne faccia richiesta, o al medico di fiducia designato o a persona diversa munita di valida delega, ai sensi dell’art. 23, comma 2; ciò ancor più in presenza di importanti fatti medico-clinici che ne rendono opportuna l’informativa all’interessato.

Entrando nella specifica azione istituzionale d’accertamento sanitario svolta all’interno dei C.M.L. dell’INPS appaiono opportune alcune conside-

razioni e necessaria premessa mostrare quel sottile diaframma esistente, a nostro parere, tra riservatezza amministrativa e segreto professionale nei confronti di un dato trattato da un medico o dal personale sanitario od amministrativo di supporto.

Appare a noi del tutto evidente che tale differenza verte sul maggior vincolo di tutela che fa capo al titolare di un'azione professionale nel campo di tutela della salute con dignità costituzionale, il cui *inadempimento* è penalmente censurato dall'art. 622 c.p., rispetto alla *media accortezza* che è invece richiesta ad una struttura nel non diffondere un dato nel *milieu* sociale senza motivo alcuno.

Analizzando alcune fattispecie operative, particolare problematica si rileva nell'accertamento sanitario svolto in sede di collegiale medica per negata prestazione previdenziale d'*invalidità*: infatti in quest'ambito la comunicazione e la diffusione dei dati sembra avere la meglio sulla protezione degli stessi giacché ciò che emerge dal punto di vista sanitario è trasmesso in copia al medico di patronato, in assenza di un esplicito e preciso consenso.

Infatti la delega fatta dall'assicurato all'Ente di patronato è ampia ma non specifica.

In merito l'art. 23 della legge 675/96, comma 2, recita che i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute possono essere resi noti all'interessato solo per il tramite di un medico designato dall'interessato o dal titolare, anche se ad onor del vero il recente d. lgs. 467/01 all'art. 8 ha precisato che nel caso in cui i dati personali sono trattati da associazioni sindacali non richiede il consenso ma basta l'autorizzazione del garante.

Tuttavia la figura del medico di patronato ci appare diversa da quella del medico curante, scelto liberamente dal soggetto per mantenere o ripristinare lo stato di salute, essendo il primo indicato dal patronato stesso e talvolta sostituito all'ultimo momento con un altro sanitario disponibile. Talora il suddetto medico visita preventivamente l'assistito e acquisisce un consenso implicito che raramente è scritto.

Una volta effettuata la visita collegiale, espressa la diagnosi e la valutazione medico-legale, il sanitario dell'INPS e quello del patronato *firmano congiuntamente* il verbale, una copia del quale è consegnata a quest'ultimo. Quindi, considerato il contenuto della copia inerente ai più volte citati dati sensibili, sembrerebbe opportuno che il medico di patronato sia stato fornito del relativo consenso da allegarsi al fascicolo (art. 23 d. lgs 196/03).

In relazione agli Enti di patronato si potrebbe applicare in via analogica la pronuncia dello stesso Garante emessa in data 02.01.2000 in merito ad un quesito riguardante l'ANMIC (Associazione nazionale mutilati ed invalidi civili), circa il contenuto delle comunicazioni degli elenchi riguardanti i nominativi dei mutilati ed invalidi civili previsto dall'art. 8, comma 1, legge 118/71.

---

La specifica disposizione di legge che permetteva la comunicazione all'ANMIC non è stata abrogata dalla disciplina della privacy, ma deve essere coordinata con lo ius superveniens introdotto dal d. lgs. 135/99, per cui la comunicazione d'informazioni sugli assistiti può considerarsi lecita solo quando sia strettamente necessaria al raggiungimento delle finalità pubbliche perseguite dall'amministrazione e dall'art. 116 del d.lgs. 196/03 citato, che definisce i rapporti tra gli Istituti di patronato e di assistenza sociale con gli Enti titolari di banche dati eroganti le prestazioni di welfare.

Appaiono condivisibili le ampie perplessità sollevate dal garante sulla prassi, seguita dagli organismi competenti, di comunicare all'associazione anche l'esito delle visite e la percentuale di invalidità, sia pure eliminando i riferimenti alle patologie riscontrate in sede di visita medica.

Infatti ai sensi della sua autorizzazione generale n. 3/2000 egli dispone che sono autorizzati, senza necessità d'apposita richiesta, al trattamento di dati sensibili le associazioni sindacali e i patronati i quali, però, non sono esonerati dall'obbligo di chiedere ai soggetti di cui raccolgono i dati personali, il consenso al trattamento degli stessi, consenso che deve essere espresso liberamente, in forma documentata e specifica per iscritto.

Devono essere, poi, osservate le minime misure di sicurezza, custodia e controllo finalizzate a ridurre al minimo i rischi di distruzione, perdita, accesso non autorizzato, trattamento non consentito o non conforme alla finalità della raccolta. L'omessa adozione di queste misure comporta ex d. lgs 467/01 non più la reclusione, ma espone il responsabile ad azione civile per responsabilità per danni ai sensi dell'art. 2050 del c.c. che "attribuisce a chi tratta i dati l'onere della prova ad avere adottato tutte le misure idonee per evitare il danno".

Ci appare pertanto più appropriato che all'ente di patronato fosse comunicato il solo giudizio medico legale mentre il medico di patronato dovrebbe custodire la copia del verbale di visita collegiale, che può essere trasmesso al medico titolare del contenzioso sanitario per l'ente stesso od ad altro medico indicato dall'interessato, così come previsto dall'art. 16 del Regolamento INPS citato.

Un altro problema operativo rilevato riguarda *la certificazione di malattia* inerente ai lavoratori che hanno la posizione assicurativa e contributiva nell'INPS con obbligo di consegna del relativo certificato con la finalità di percepire l'indennità di malattia.

Infatti, nella pratica corrente del dirigente medico previdenziale, si rilevano con una certa frequenza problematiche operative inerenti a diagnosi *si-billine* redatte dal medico curante tipo "esiti d'intervento chirurgico", "recente ricovero", "DH", le quali non permettono al sanitario INPS di sede di esprimersi con cognizione di causa sulla congruità tra diagnosi e prognosi, e a causa di ciò vengono disposte visite mediche di controllo, di fatto inutili,

con conseguente disagio per l'utente il quale, nel caso in cui non sia trovato al proprio domicilio, anche per cause giustificabili (ad esempio per seduta di chemioterapia), è comunque tenuto a presentarsi il giorno successivo alla visita del medico di controllo presso il CML dell'INPS d'appartenenza per la verifica della malattia e della prognosi.

La spiegazione data da alcuni medici di base al comportamento da loro adottato è che la legge sulla privacy, rafforzando il rispetto del segreto professionale, li vincolerebbe a non rivelare la diagnosi a soggetti diversi dal malato.

In merito c'è da dire che, a nostro parere, non si tratterebbe di rivelazione, ma di trasmissione di segreto professionale, giacché il certificato è esaminato da un dirigente medico dell'INPS; inoltre le disposizioni riguardanti la certificazione di malattia sono regolate da norme di legge la cui finalità è quella di tutelare e disciplinare l'eventuale inidoneità al lavoro specifico; pertanto la consegna del certificato con l'esplicazione della diagnosi e prognosi è indispensabile per l'erogazione della relativa indennità a favore del lavoratore.

D'altra parte, però, bisogna considerare che vi sono imprescindibili fasi di lavorazione amministrativa del certificato, per questo inevitabilmente dati sensibili possono essere conosciuti da personale non medico, tenuto, tuttavia, a rispettare il segreto d'ufficio.

Visto l'invito del Garante di far trapelare al minimo le informazioni riguardanti lo stato di salute vediamo come risolvere il problema sul trattamento dei dati, tenendo conto che sui certificati non c'è scritto soltanto sindrome influenzale o recente appendicectomia ma anche HIV o attacchi di panico e che tali diagnosi possono essere lette da personale amministrativo che spesso abita nello stesso territorio della sede?

Si potrebbero trovare varie soluzioni a protezione dei dati sensibili, tuttavia si deve tener presente che un'eventuale nuova procedura adottata dovrebbe essere non solo rispettosa delle normative sulla certificazione e sulla privacy, ma anche rispondere a requisiti di snellezza, praticità ed economicità onde evitare ripercussioni sull'efficienza delle prestazioni relative nelle sedi.

La soluzione migliore potrebbe sembrare quella di far gestire la fase di ricezione, smistamento e disamina dei certificati soltanto al personale medico e paramedico nell'ambito del centro medico legale, con la sola comunicazione dei nomi da sottoporre a visita medica di controllo al personale amministrativo.

Di conseguenza anche i relativi verbali di visita domiciliare dovrebbero essere consegnati al CML mentre all'ufficio indennità di malattia andrebbe soltanto una copia con la prognosi, come avviene per il datore di lavoro.

Tutto ciò, però, richiederebbe la presenza di un discreto numero di risorse umane, e conseguente riadeguamento dei mezzi informatici e della rete, al momento non ancora a regime nei Centri medico legali dell'INPS, soprattutto nei centri operativi periferici, ove tuttora transita una discreta attività sanitaria.

---

Nelle more è estremamente stimolante pensare anche ad un'alternativa, assolutamente innovativa, che sia più aderente alla situazione reale e facilmente applicabile. Ci riferiamo, ad esempio, ad un'interessante ipotesi di studio che renda possibile sul certificato sostituire la diagnosi con un codice, concordato su tutto il territorio, corrispondente alla relativa malattia. D'altronde tale codificazione, da indicare sul certificato in apposita casella a cura del medico curante, è già esistente anche se il numero delle voci è piuttosto succinto e generico.

Si tratterebbe soltanto di ampliare il suddetto elenco in modo da renderlo più dettagliato e adeguato alla varietà delle patologie o sostituirlo tout court con un altro universalmente condiviso, quale l'ICD9, analogo a quello del Fascicolo sanitario elettronico, già in sperimentazione nell'Istituto.

In tal modo con un minimo intervento sulla procedura si potrebbe tutelare la riservatezza del malato, in gran parte di situazioni, ed evitare che possano trapelare informazioni sullo stato di salute.

Il medesimo codice potrebbe essere riportato anche sui verbali di visita medica di controllo domiciliare e ambulatoriale, la cui copia con la sola prognosi andrebbe trasmessa all'ufficio indennità di malattia mentre la copia contenente i dati sensibili dovrebbe essere conservata e custodita in un archivio apposito nel CML (quest'ultimo adempimento presupporrebbe una strutturazione dell'area sanitaria diversa da quella reale, vista la mole della certificazione di malattia: basta pensare che in una media sede di Roma possono pervenire annualmente tra i 40 e 60.000 certificati!).

Infine bisogna segnalare che l'utenza, con sempre maggior frequenza, inoltra all'INPS richieste riguardanti i dati personali sensibili contenuti nei verbali delle visite di pensione o nei referti delle visite mediche di controllo domiciliare per malattia, chiedendo contestualmente l'accesso ai suddetti documenti ai sensi della l. 241/90.

A tal proposito il Garante si è raccomandato alle P.A. di non confondere il diritto tutelato dall'art. 13, comma 1 1, lettera c), n° 1 della l. 675/96 con il diverso diritto d'accesso agli atti e documenti amministrativi di cui alla l. 241/90.

Infatti l'esercizio del diritto d'accesso ai dati personali determina a carico del titolare o del responsabile del trattamento l'obbligo di confermare o meno l'esistenza delle informazioni riguardanti l'interessato e di comunicarle a quest'ultimo senza ritardo in forma intellegibile, estrapolandole, ove necessario da archivi banche dati, atti o documenti che le contengano.

Solo quando l'estrazione dei dati sia particolarmente difficoltosa, l'adempimento della richiesta di accesso può avvenire anche tramite l'esibizione e/o la consegna in copia della documentazione (decisione del garante del 4.7.01, "accesso ai dati raccolti da una azienda sanitaria in occasione di visita specialistica, nella quale il ricorrente lamentava di non aver avuto riscontro alla richiesta di accesso di propri dati personali contenuti nella do-

cumentazione relativa a visite, prelievi, trascrizione e prenotazione degli stessi per alcune visite specialistiche effettuate presso la struttura sanitaria e detenuti da una A.S.L.”; nel ricorso l’interessato precisava che l’Azienda, dopo avere opposto rifiuto all’accesso ai sensi dell’art. 13 proponeva allo stesso di compilare un modulo di accesso ai dati in base alla legge 241/90. L’autorità imponeva all’azienda di fornire riscontro, richiesta che era soddisfatta tramite invio di sintesi della documentazione relativa. Pertanto il garante dichiarava non luogo a provvedere sul ricorso, ma intimava all’azienda di consegnare tutti i riscontri diagnostici).

Auspichiamo comunque, ai sensi dell’art. 111 del d.lgs. 196/03, una sollecita definizione di un codice di deontologia e di buona condotta per il nostro ambito operativo.

Proponiamo infine uno schema dell’istanza di accesso a documenti sanitari d’Istituto da parte di aventi interesse, già in uso in alcune sedi, e che con opportuni adattamenti locali potrebbe essere adottato universalmente, mentre il modello d’istanza da parte dell’interessato si può trovare in allegato al regolamento dell’INPS pubblicizzato con circolare 117/94. Dell’avvenuto accesso si redigerà un accurato verbale ai sensi dell’articolo 19 della medesima circolare.

## FACSIMILE DI RISPOSTA

CENTRO MEDICO LEGALE INPS DI.....

Esaminata la richiesta di accesso ai documenti sanitari.....  
 .....ai sensi della legge 241/90, inoltrata  
 il..... dal sig..... nato  
 a..... il....., si decide per:

- accoglimento
- accoglimento con limitazione.....
- differimento.....
- rifiuto.....

Il richiedente ha facoltà, in caso di rifiuto, differimento o limitazione, di inoltrare *un’istanza di riesame* da indirizzare al dirigente dell’Agenzia competente, recante l’indicazione degli elementi necessari all’individuazione della determinazione impugnata e dei motivi della doglianza o la possibilità di diretta impugnazione al TAR, qualora l’interessato stesso non intenda avvalersi di esperire il procedimento di riesame.

Data,.....

Il Dirigente medico legale responsabile.....

---

**BIBLIOGRAFIA**

- 1) Arcudi G.: *“Il diritto alla riservatezza - Profili amministrativi, civili, penali, contabili, disciplinari e deontologici della privacy con particolare riguardo al settore sanitario”*. IPSOA Ed. Milano, 2000.
- 2) Ferrante G.: *“Segreto professionale, nuovo codice deontologico e tutela della privacy”*. 2000.
- 3) Macchiarelli L., Feola T.: *“Medicina Legale”*. Ed. Minerva medica, 1998.
- 4) Merli S., Gerin C., Antoniotti F.: *“Medicina legale e delle Assicurazioni”*. Società editrice Universo, III edizione 1997.
- 5) Puccini C.: *“Istituzioni di medicina legale”*. Casa editrice Ambrosiana, 1999.
- 6) L. 241/90, L. 675/96, L. 676/96, D. lgs 135/99, D. lgs 281/99, D. lgs 282/99, D.P.R. 318/99, D.P.R. 501/98, L. 152/2001, D. lgs 467/2001, D. lgs 196/03.
- 7) Autorizzazioni del Garante per la protezione dei dati personali (dal 1997 al 2001).
- 8) Risposte del Garante a quesiti, reclami e ricorsi relativi alla legge 675/96 (dal 1997 al 2001).
- 9) Circolare INPS n. 145/03: *“Regolamento per il trattamento dei dati sensibili in applicazione dei decreti legislativi 135 e 282 del 1999”*. Delibera CDA INPS n. 95 del 9 aprile 2002.
- 10) Codice di deontologia e di buona condotta per il trattamento dei dati personali preordinato alla ricerca scientifica ed alla statistica effettuato nell’ambito del SISTAN. Ottobre 2002.

# Osservazioni sulla teoria e la prassi dell'accertamento d'invalidità nel Fondo di Previdenza per il Clero e i Ministri di culto

Antonio RICCIOTTI

Dirigente medico-legale 2° livello  
Coordinatore Centrale Area della TBC-ANF-DS  
D.G. INPS - Roma

Ivana SELLITTI

Dirigente medico-legale 1° livello  
Sede INPS - Roma Eur

**F**ra i cittadini italiani che esercitano una attività lavorativa, i sacerdoti del clero secolare e i ministri di culto delle varie confessioni religiose diverse dalla cattolica sono stati gli ultimi in ordine di tempo ad essere socialmente tutelati in ambito assistenziale e previdenziale.

Per quanto riguarda l'aspetto assistenziale, con la Legge 669/67 fu estesa a questa categoria di lavoratori e ai loro familiari viventi e a carico l'assicurazione contro le malattie, ma soltanto per l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Questa Legge, tuttavia, è stata di fatto superata dalla successiva Legge 833/68 che, istituendo il Servizio Sanitario Nazionale, ha garantito l'assistenza contro le malattie a tutti i cittadini italiani: la Legge 617/96 ha poi esteso la stessa tutela anche a tutti i cittadini stranieri temporaneamente residenti nel territorio nazionale.

Infine, con la Legge n. 40 del 6 marzo 1998, ai cittadini stranieri in possesso di carta o di permesso di soggiorno ed ai loro familiari è stato concesso il diritto a percepire le stesse prestazioni e provvidenze economiche spettanti ai cittadini italiani a causa di malattia, comprese la tubercolosi e la lebbra. Tuttavia, per gli addetti ai servizi religiosi non è ancora prevista alcuna prestazione a carattere economico in caso di incapacità lavorativa temporanea derivante da infermità.

Per quanto riguarda l'aspetto previdenziale, ricordiamo che soltanto nel 1961 furono istituiti un fondo di previdenza per il clero cattolico (Legge 579/61) ed un fondo di previdenza per i ministri dei culti diversi dalla religione cattolica (Legge 580/61): questi due fondi sono poi confluiti in un unico Fondo di previdenza per l'invalidità e la vecchiaia gestito dall'INPS e regolato dalla Legge 903/73.

---

*Gli Autori desiderano ringraziare S.E.R.ma Mons. Antonio Mattiazzo, Vescovo di Padova, per la disponibilità dimostrata.*

---



L'ultimo provvedimento legislativo per la categoria (Legge 488/99) ha disposto, per ottenere la pensione di vecchiaia, la graduale elevazione del limite di età a 68 anni per entrambi i sessi e del requisito contributivo a 20 anni. Riteniamo opportuno evidenziare queste innovazioni perché, oltre ad essere ulteriormente svantaggiose per la categoria nei confronti degli altri lavoratori, potrebbero avere ripercussioni sul numero delle domande di pensionamento anticipato per invalidità.

Nulla è invece cambiato nella definizione della invalidità pensionabile, che presenta caratteri fondamentalmente diversi dalle altre categorie di assicurati.

L'interesse medico legale per l'argomento nasce infatti soprattutto da questa peculiarità di definizione e non certo dalla quantità dei soggetti a cui la norma si applica.

Infatti, anche se il numero delle confessioni religiose operanti in Italia è sorprendentemente elevato ed anzi in aumento negli ultimi anni, in realtà il numero degli assicurati è soltanto di 21.722 alla data del 31 dicembre 2001 (Tabella 1).

Come si vede, i sacerdoti del Clero Cattolico rappresentano il 96,67% del totale, i Ministri della Confessione Cristiana dei Testimoni di Geova sono l'1,13%, gli appartenenti a tutte le altre confessioni costituiscono complessivamente il 2,20%.

L'ultima confessione, in ordine cronologico, ad aderire al Fondo, il Movimento Evangelico internazionale Fiumi di Potenza, non aveva alcun iscritto alla data della nostra rilevazione, e così pure l'Opera Chiesa C. Fratelli.

*Tabella 1 - Confessioni e numero di iscritti*

<b>CONFESSIONE</b>	<b>NUMERO ISCRITTI</b>
CHIESA CATTOLICA	20.998
CHIESA EVANGELICA METHODISTA	9
UNIONE CRISTIANA EV. BATTISTA	51
OPERA CHIESA C. FRATELLI	0
CHIESA APOSTOLICA	20
UNIONE CHIESE CR. LIBERE	2
CHIESA EVANGELICA LUTERANA	2
UNIONE CHIESE CR. 7° GIORNO	158
CHIESA EVANGELICA VALDESE	84
ASSEMBLEA CHIESE DI DIO ITALIANE	51
CHIESA DEL NAZARENO	3
CHIESA DI CRISTO IN E.R.	1
UNIONE ITALIANA EVANGELO	12
CHIESA EVANGELICA INTERNAZIONALE	37
STUDENTI ITALIANI PER CRISTO	13
CHIESA CRISTIANA EVANGELICA	1
ASS. CRISTIANA TESTIMONI DI GEOVA	245
ESERCITO DELLA SALVEZZA	34
ORDINE MILITARE PER ITALIA	0
CHIESE "ELIM" IN ITALIA	1
MOVIM. EVANG. INTERN.ALE FIUMI DI POTENZA	0

Sembra infine opportuno precisare che i ministri della religione ebraica sono assicurati in altra forma e che gli esponenti della religione musulmana non hanno ancora aderito al Fondo.

Ci occupiamo quindi soltanto della invalidità pensionabile gestita dall'INPS nell'apposito Fondo assicurativo, la cui definizione (*articolo 12, comma 2, Legge 903/73*) è la seguente: “*Si considera invalido l'iscritto che si trovi nella permanente impossibilità materiale di esercitare il proprio ministero, a causa di malattia o di difetto fisico o mentale*”.

Per quanto riguarda la causa della invalidità (*malattia o difetto fisico o mentale*) e la durata della stessa (*permanente*), si tratta di requisiti identici a quelli previsti per tutte le altre categorie di lavoratori assicurati e quindi non intendiamo soffermarci su questi aspetti, peraltro ben conosciuti.

Del tutto difforme dalle precedenti definizioni dell'invalidità è invece il requisito della “*impossibilità materiale di esercitare il proprio ministero*”.

È questo il primo caso in cui l'invalidità non viene definita con i termini di *incapacità, inidoneità* o simili, ma con quello cogente e costringente di *impossibilità*, che poi verrà recepito in ambito più generale con la Legge 222/84, ma soltanto a proposito della *inabilità* di cui all'articolo 2 della stessa norma.

L'aggettivo “*materiale*”, a nostro avviso, non ha soltanto lo scopo di rendere più stringente il giudizio sulla “*impossibilità*” bensì e soprattutto quello di circoscrivere tale giudizio all'effettiva e concreta incapacità fisica o mentale a svolgere le funzioni specifiche inerenti il proprio ministero; e questo anche al fine di evitare, ad esempio, che la perdita della fede e comunque della volontà di proseguire nel proprio ministero per una qualsiasi causa anche esterna al soggetto possa essere ascritta a turbe mentali le più varie.

Appare quindi evidente che gli iscritti al Fondo istituito con la citata Legge 903/73 avrebbero diritto a percepire la pensione di invalidità soltanto quando risultassero affetti da patologie tali da impedire assolutamente e concretamente (vale a dire né parzialmente né ipoteticamente) l'esercizio del proprio ministero: si tratterebbe dunque di uno stato di inabilità permanente, assoluta, concreta e specifica per la categoria di appartenenza.

Quasi a garanzia di un corretto giudizio su tale invalidità, il cui accertamento spetta comunque agli organi dell'INPS, la domanda di pensione deve essere corredata da una conforme dichiarazione del responsabile giuridicamente superiore (per i sacerdoti cattolici l'ordinario diocesano e per i ministri di altri culti l'organo esecutivo della propria confessione religiosa).

Tuttavia l'articolo 12 della Legge 903/73, con il comma n. 5, prevede l'erogazione della prestazione pensionistica anche nel caso di “*continuazione dell'attività di sacerdote o di ministro di culto, sempreché l'attività medesima risulti svolta con usura*”.

Anche quest'ultima condizione deve essere certificata dal superiore gerarchico ed accertata dall'INPS, ma induce a riconsiderare quanto preceden-

---

temente dato per certo: non di impossibilità materiale si tratterebbe, bensì di gravemente ridotta capacità lavorativa specifica al proprio ministero, che tuttavia può continuare e di fatto molto spesso continua ad essere esercitata, con ulteriore danno per la propria salute.

Anche tale aspetto è del tutto innovativo poiché per la prima volta la concessione di una prestazione previdenziale viene subordinata alla presenza di “attività usurante”.

Tuttavia la problematica riguardante l'usura e il lavoro usurante era già stata affrontata da molto tempo in ambito medico legale ed aveva ricevuto risposte differenti ma non contrastanti. Infatti, per citare soltanto alcuni esempi particolarmente significativi, secondo Pellegrini (5) il lavoro può ritenersi usurante quando impedisce il completo reintegro delle energie spese, aggrava una malattia ovvero una invalidità già raggiunta, mentre secondo Lotti e Patrizi (4) l'usura da lavoro si determina per l'aggravamento di uno stato patologico pregresso tale da portare ad un consumo anormale degli organi o apparati. Più di recente, in un'ampia revisione dell'argomento e differenziando il concetto di “usura” da quello di “lavoro usurante”, De Zorzi (2) afferma che l'usura è definibile come quel logorio che scaturisce dalla concreta interazione fra il lavoratore ed il lavoro, ancorché questo sia confacente con le attitudini del lavoratore e sottolinea come l'usura gravi sul singolo lavoratore ed assuma particolare rilievo quando il soggetto sia già portatore di menomazioni di riconosciuta gravità.

Nel caso degli iscritti al Fondo di Previdenza di cui ci occupiamo, non v'è dubbio che l'attività sia confacente e liberamente scelta e che non si tratta di “lavoro usurante”. Si può quindi affermare che la Legge consente l'erogazione della pensione di invalidità anche in costanza di lavoro allorché sia presente usura per la salute, cioè se viene riconosciuto un eccessivo sfruttamento delle capacità lavorative residue con conseguente aggravamento delle condizioni patologiche già accertate.

Sembra lecito domandarsi come si possa giustificare, anche da un punto di vista morale, che un sacerdote continui la propria attività traendone un danno per la propria salute esplicitamente riconosciuto anche dal proprio superiore.

Per cercare di chiarire questa apparente contraddizione della norma, abbiamo chiesto il parere ad uno dei diretti interessati, il Rev.mo Mons. Antonio Mattiazzo, Vescovo della Diocesi di Padova.

Secondo il nostro interlocutore, che ringraziamo per la disponibilità e l'interesse dimostrato, si può acconsentire alla prosecuzione di fatto del proprio ministero soltanto per il rispetto dovuto alla personalità ed alla vocazione del sacerdote ed in considerazione del suo senso del dovere che talora può configurarsi come vero e proprio “atto di eroica virtù”. In ogni caso, anche in presenza di soggetti che non hanno piena coscienza delle proprie malattie, è comune esperienza che il Superiore responsabile adibisce l'inva-

lido ad attività di scarsissimo impegno fisico e ne segue con particolare ed assidua sollecitudine le eventuali necessità sanitarie.

Abbiamo pertanto avuto la conferma che siamo comunque in presenza di soggetti che, avendo scelto la propria professione per motivi altamente coinvolgenti dal punto di vista intellettuale ed emotivo, giungono alla determinazione di sospenderla soltanto quando si verificano condizioni fisiche o psichiche davvero insormontabili.

Poiché tuttavia tale attività riveste anche un carattere di particolare visibilità nei confronti della popolazione generale ed è sottoposta ad una vigilanza di tipo gerarchico, ci sembra che possa essere tuttora condivisa l'opinione espressa, subito dopo l'approvazione della Legge 903/73, da Lorusso e Petrillo (3): essi sostennero che l'impossibilità di esercitare il ministero sacerdotale andrebbe intesa come mancata disponibilità delle energie intellettuali e fisiche indispensabili (cioè necessarie e sufficienti) per mantenere il ministero stesso con un medio rendimento e con il necessario decoro.

Visto quindi il particolare fattore motivazionale e le modalità di svolgimento del ministero religioso, abbiamo voluto indagare se esistano differenze con gli altri lavoratori anche per quanto riguarda i quadri patologici che determinano l'invalidità pensionabile.

La nostra indagine ha preso in esame tutte le domande di pensionamento per invalidità presentate all'INPS nel periodo dal 1° gennaio al 31 dicembre 2001. A conferma delle osservazioni più sopra espresse, le domande erano tutte motivate da patologie di rilevante gravità clinica.

Le visite per l'accertamento dello stato invalidante sono state effettuate presso il Centro Medico Legale territorialmente competente, cioè quello della Sede INPS presso la quale risiede e lavora l'assicurato e la diagnosi è stata spesso formulata con riferimento a due patologie, concorrenti e coesistenti. Abbiamo escluso dalla nostra indagine i casi riguardanti gli ex ministri di culto e i sacerdoti ridotti allo stato laicale, per i quali l'invalidità, ai sensi dell'art. 13 della Legge 903/73, deve essere valutata analogamente alla Legge 222/84, cioè con riferimento alla riduzione della capacità lavorativa in occupazioni confacenti alle loro attitudini.

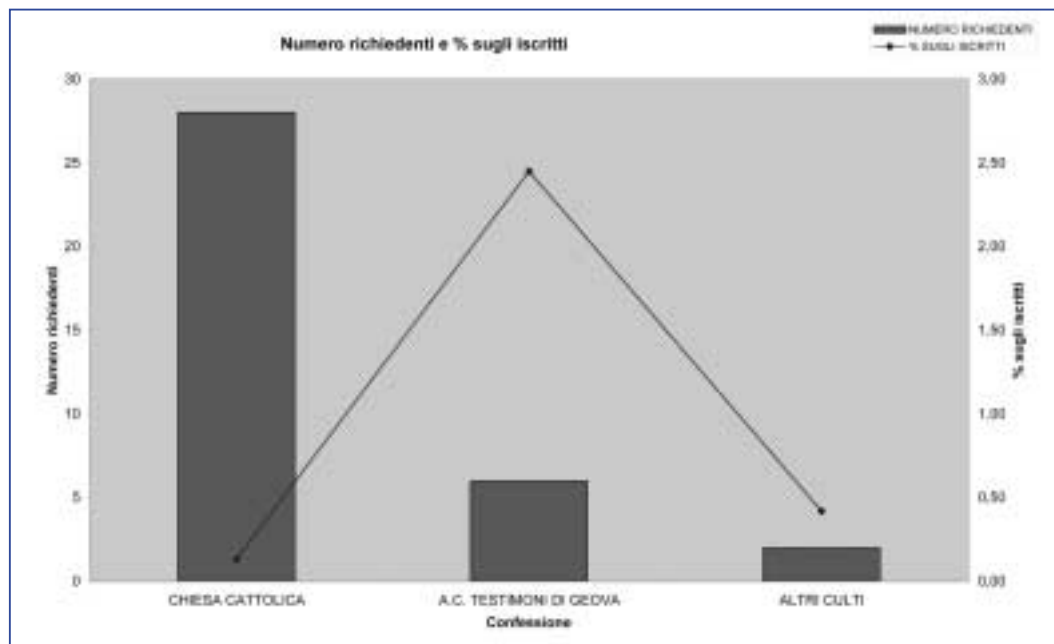
Abbiamo esaminato in totale 36 casi, di cui 34 di sesso maschile e 2 di sesso femminile. Appartengono al Clero Secolare 28 casi (pari al 77,77%) mentre 8 casi appartengono a confessioni diverse dalla cattolica e precisamente 6 (pari al 16,66% alla Congregazione Cristiana dei Testimoni di Geova e 2 (pari al 5,55%) alla Chiesa Avventista del Settimo Giorno.

Con riferimento alla confessione di appartenenza, si rileva che i richiedenti la pensione di invalidità rappresentano lo 0,13% degli iscritti del clero secolare, il 2,44% degli iscritti fra i Testimoni di Geova, lo 0,41% degli iscritti di tutte le altre confessioni (Grafico 1).

L'evidente maggior frequenza delle domande di invalidità da parte dei Testimoni di Geova potrebbe essere determinata dal fatto che essi provengono spes-

---

Grafico 1 - Richiedenti per Confessione



so da altre attività lavorative che comportano un certo grado di impegno fisico e di usura (operaio meccanico, operaio idraulico, addetto all'edilizia, etc.).

Il sesso è ovviamente a larga prevalenza quello maschile (soltanto due donne, appartenenti ai "culti diversi"), mentre l'età media dei richiedenti è stata di 58 anni e 5 mesi, con circa la metà dei casi in età superiore ai 60 anni (Grafico 2).

Per quanto riguarda la patologia denunciata ed accertata abbiamo posto a confronto, accorpandole per gruppi omogenei, le infermità ritenute causa unica o preponderante di inabilità nei lavoratori iscritti alla gestione OBG con quelle riscontrate negli assicurati del Fondo in esame (Tabella 2 e Grafico 3).

Risulta evidente la grande incidenza delle malattie del sistema nervoso centrale e periferico e del sistema cardiocircolatorio che insieme costituiscono oltre la metà delle cause di invalidità, occupando il posto delle neoplasie; per contro si deve rilevare la ridotta frequenza delle turbe mentali. Dato il ristretto campione non sembra opportuno giungere a conclusioni o spiegazioni definitive, ma certamente nella differente incidenza delle cause invalidanti influisce l'età avanzata dei soggetti esaminati. Non bisogna tuttavia trascurare la considerazione che, proprio in conseguenza dei fattori motivazionali di cui abbiamo accennato, gli addetti alle attività religiose non ritengono di doversi "mettere da parte" in presenza di malattie a prognosi infausta (non esiste oltretutto, nella quasi totalità dei casi, l'obiettivo della pensione ai superstiti!) ma preferiscono attendere il concreto realizzarsi dello stato invalidante: quanto sopra troverebbe conferma nella relativamente alta incidenza delle menomazioni sensoriali (soprattutto visiva e uditiva) che tanto influiscono sulla capacità del soggetto di esplicare proficuamente la propria missione (1).

Grafico 2 - Età del richiedente la pensione

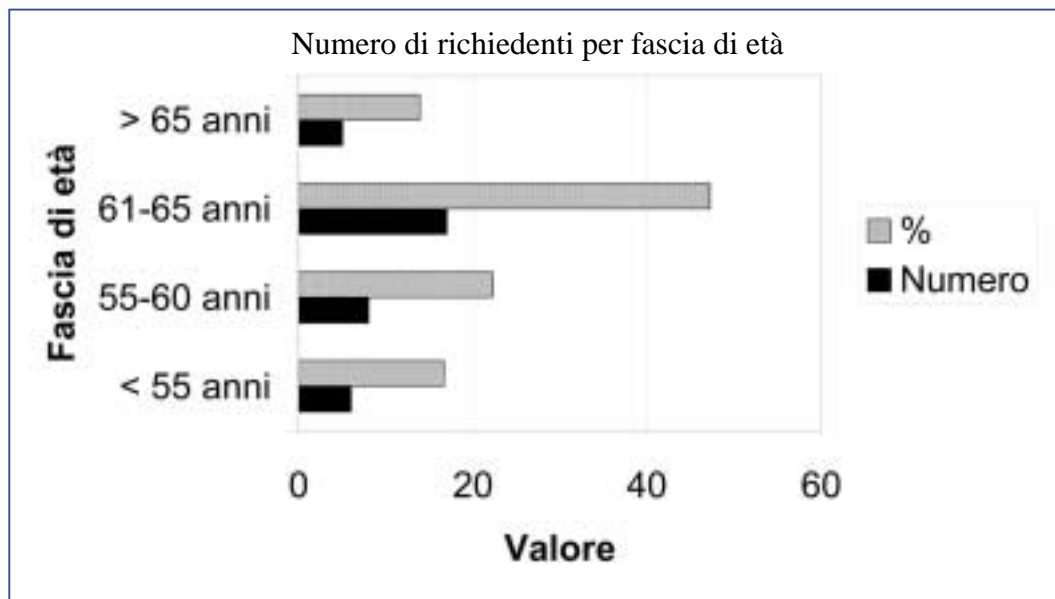
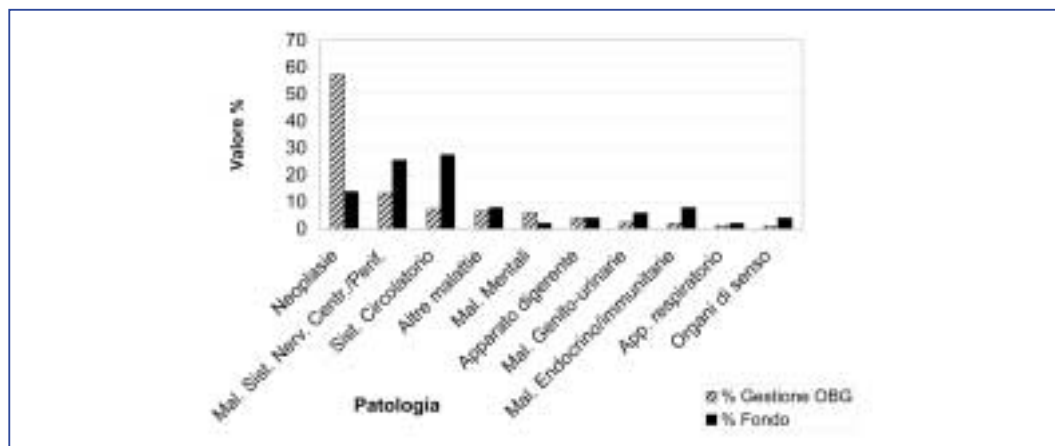


Tabella 2 - Patologia causa della invalidità nel Fondo e nella Gestione OBG

Patologia	% Gestione OBG	% Fondo
Neoplasie	57,2	13,7
Mal. Sist. Nerv. Centr./Perif.	13,1	25,4
Sist. Circolatorio	7,2	27,4
Altre malattie	6,4	7,8
Mal. Mentali	5,8	1,9
Apparato digerente	4	3,9
Mal. Genito-urinarie	2,3	5,8
Mal. Endocrino/immunitarie	1,9	7,8
App. respiratorio	1,2	1,9
Organi di senso	0,9	3,9

Grafico 3 - Patologia causa della invalidità nel Fondo e nella Gestione OBG



Ci preme infine constatare che i giudizi medico legali espressi dai medici delle varie Sedi dell'INPS, oltre a una apprezzabile omogeneità, hanno manifestato una adeguata comprensione dell'importanza del problema valutativo della invalidità in rapporto alla specificità dell'attività svolta dalla particolare categoria di assicurati.

## RIASSUNTO

**La definizione della invalidità pensionabile nel Fondo di Previdenza per il Clero e i Ministri di culto delle religioni diverse dalla cattolica, stabilita con Legge 903/73, ha suscitato l'interesse degli Autori per le sue particolari caratteristiche, che in parte precorrono la definizione della inabilità stabilita dalla successiva Legge 222/84, in parte si inseriscono nella problematica del lavoro usurante.**

**Dopo una attenta analisi dei requisiti medico legali previsti dalla Legge di riferimento, soprattutto in rapporto con le altre normative previdenziali, gli Autori hanno voluto indagare se esistano significative differenze con i lavoratori iscritti nell'assicurazione obbligatoria anche per quanto riguarda i quadri patologici che hanno determinato l'invalidità pensionabile.**

**Sono state quindi prese in esame tutte le domande di pensione d'invalidità definite nel corso dell'anno 2001 a seguito di visita medica effettuata nei Centri Medico Legali dell'INPS delle varie province italiane.**

**Il confronto è stato effettuato accorpando per gruppi omogenei le diverse patologie ritenute causa unica o preponderante della invalidità.**

**La constatazione della minor prevalenza di neoplasie e della maggior incidenza di malattie del sistema nervoso centrale e periferico viene discussa e messa in rapporto soprattutto con i particolari fattori motivazionali e lavorativi presentati da questa categoria di assicurati.**

**Si nota infine che i medici valutatori hanno saputo adeguare il giudizio medico legale alla diversa definizione della invalidità pensionabile.**

---

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Antoniotti F., Carloni G.: *"Problemi medico assicurativi dell'invalidità pensionabile per il clero"*. Zacchia 1969, Vol. V, 3: 3-20.
- 2) De Zorzi L.: *"Le problematiche dell'usura e del lavoro usurante tra passato e futuro"*. Rass. Med. Leg. Prev., 1996, 1: 3-25.
- 3) Lorusso Caputi F., Petrillo W.: *"Elementi di medicina sociale ed assicurativa nei settori di intervento dell'I.N.P.S."*. Roma, INPS, 1974.
- 4) Lotti L., Patrizi E.: *"Il concetto di usura nell'invalidità pensionabile"*. Zacchia, 1958, 21: 132-140.
- 5) Pellegrini R.: *"L'usura e le malattie da usura in Medicina Legale e Medicina Assicurativa"*. Arch. Med. Mut. 1958, X: 175-207.

# Comunicazione e qualità in Medicina Previdenziale

Carlo MASI

Dirigente medico-legale 1° livello  
Sede INPS - Nocera Inferiore

## INTRODUZIONE

Oggi si parla molto spesso di “qualità” in tutti gli ambiti produttivi. Anche a livello sanitario questo concetto si sta giustamente diffondendo, ma proprio in quest’ambito è necessaria, a nostro avviso, una particolare attenzione per quelli che sono gli obiettivi da raggiungere.

In senso generale il **concetto di qualità** è stato definito come **“la capacità di organizzare i processi realizzativi orientandoli verso un certo risultato e verso il (potenziale) continuo miglioramento di questo stesso risultato”**.

Secondo l’ International Standard Organization (ISO), l’organizzazione internazionale che regola e disciplina le disposizioni in materia, la **qualità** è stata più propriamente definita come: **“L’insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un’organizzazione che determinano la capacità di soddisfare le esigenze del cliente (espresse ed implicite, tangibili o intangibili)”**.

Come vediamo nel concetto di qualità è insita l’individuazione (nell’ambito dell’erogazione di un servizio o di una determinata attività) di **una catena fornitore-cliente**. In questa catena: il Fornitore è l’Organizzazione o l’individuo che fornisce un prodotto o un servizio al cliente, il Cliente è l’Organizzazione o l’individuo che lo riceve dopo averlo richiesto o semplicemente atteso.

---

*Relazione presentata al corso di aggiornamento professionale per collaboratori sanitari per le regioni Campania, Molise e Basilicata tenuto presso l’Auditorium dell’Ordine dei Medici di Napoli il 13/02/03.*

---



*Tabella 1 - Qualità*

“Qualità: insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un’organizzazione che determinano la capacità di soddisfare le esigenze del cliente. (espresse ed implicite , tangibili o intangibili )”.

International Standard Organization (ISO)

*Tabella 2 - Catena fornitore-cliente*

- A) Fornitore: Organizzazione o individuo che fornisce un prodotto o un servizio al cliente.
- B) Cliente: Organizzazione o individuo che lo riceve dopo averlo richiesto o semplicemente atteso.

## LA QUALITÀ IN SANITÀ

È perfino banale pensare che più frequentemente **in Sanità:**

- **il Fornitore sia il singolo medico oppure la Clinica, l’Ospedale, l’ASL;**
- **il Cliente sia il paziente.**

Ma esistono in realtà diversi altri tipi di rapporti Fornitore-Cliente in ambito sanitario.

Ad esempio in un presidio ospedaliero, un laboratorio di analisi è fornitore di un altro reparto (ad esempio di medicina interna o di chirurgia) che ne è cliente. Stesso ruolo ha un servizio di radiologia oppure anche un consulente specialista interno.

Esiste quindi un rapporto fornitore-cliente tra due colleghi o tra due reparti di una stessa struttura e si parla di **cliente e di fornitore “interno”**.

Al contrario il paziente che richiede una prestazione diagnostica o terapeutica (o medico-legale) alla struttura pubblica (o allo studio medico privato) è un **cliente “esterno”**. Potremmo quindi dire che: **una qualsiasi azienda (sanitaria o non) diventa un sistema di qualità quando riesce ad orientare tutti i propri processi alla soddisfazione delle esigenze dei propri clienti interni o esterni** (ad esempio i malati, i cittadini, le istituzioni).

Perché questo sistema funzioni bene sono naturalmente necessarie **risorse, responsabilità, procedure**.

**Tutto questo per ottenere lo scopo primario di soddisfare le esigenze del cliente.**

La Tabella 3 evidenzia come l’organizzazione Mondiale della Sanità (W.H.O) ha così definito la qualità in Sanità.

*Tabella 3 - W.H.O. - Qualità a livello sanitario*

**Qualità è disponibilità di un mix di servizi e procedure sanitarie diagnostiche e terapeutiche tali da produrre con la maggior probabilità per il paziente l'esito di un'assistenza ottimale. Compatibilmente:**

- con le conoscenze raggiunte dalla scienza medica ed in rapporto a fattori biologici (età del paziente, malattia di base, diagnosi secondarie etc.);
- con il minimo dispendio di risorse per raggiungere questo scopo;
- con il minor rischio possibile di ulteriori danni e disabilità connesse alla terapia;
- con la massima soddisfazione possibile del paziente riguardo al processo di assistenza, alla sua interazione con il sistema sanitario ed ai risultati ottenuti.

**W.H.O. 88**

## LA QUALITÀ NEI NOSTRI CENTRI MEDICO-LEGALI

Le tante applicazioni pratiche del concetto di qualità nel nostro Ente sono facilmente immaginabili vista anche quella che è la "mission" dell'INPS (Tabella 4).

*Tabella 4 - Mission INPS*

**Assicurare ai lavoratori ed alle loro famiglie il mantenimento di un tenore di vita dignitoso e decoroso a fronte di eventi che lo riducano o lo potrebbero compromettere.**

Per questo si parla di procedure e di flussi di prodotti tra un reparto all'altro e noi stessi come Ufficio Sanitario abbiamo un rapporto fornitore/cliente con altri reparti.

**Ma soprattutto noi Centri Medico-Legali siamo fornitori di un cliente esterno che è l'assicurato, che** dopo aver versato per più o meno anni i contributi richiesti si reca da noi per ottenere delle prestazioni o meglio più precisamente per ottenere delle valutazioni sulle proprie condizioni di validità e di invalidità, di abilità o di inabilità temporanee e/o soprattutto permanenti.

Allora quale potrebbe essere l'esigenza del nostro cliente principale?

**Questa valutazione** del proprio stato di salute e delle proprie limitazioni funzionali viene fatta con **la massima sollecitudine e disponibilità e nella maniera più accurata ed equilibrata possibile** al fine del riconoscimento di un certo diritto. Tutto ciò naturalmente nel rispetto dei relativi ruoli e delle corrette procedure diagnostiche ed amministrative (Tabella 5).

Tabella 5 - Esigenze primarie del nostro cliente primario

<p><b>Centro medico-legale = fornitore</b>  <b>assicurato = cliente</b>  <b>Esigenze primarie del cliente:</b>  <b>1) Accuratezza e sollecitudine dell'accertamento,</b>  <b>2) Massima disponibilità nel rispetto dei relativi ruoli e delle procedure</b></p>
---

Quindi nei confronti del nostro principale cliente esterno noi dovremmo mirare ad un sollecito e accurato accertamento in relazione alla prestazione richiesta.

Parafrasando e **traducendo a livello medico-legale e previdenziale la succitata definizione di qualità del WHO**, ciò andrebbe fatto:

- compatibilmente con le conoscenze raggiunte dalla scienza medica;
- in rapporto a fattori biologici, lavorativi ed attitudinali;
- con il minimo dispendio di risorse per raggiungere questo scopo;
- con assenza di rischi di possibile danni connessi agli accertamenti;
- con la massima soddisfazione possibile del paziente riguardo al processo di diagnosi e valutazione, alla sua interazione con il sistema ed (eventualmente, se possibile) ai risultati ottenuti.

Pertanto a nostro avviso:

è importante **che l'assicurato si senta accompagnato con la massima sollecitudine e disponibilità in questo accertamento** e si senta tutelato nel suo diritto di essere accuratamente valutato.

È parimenti importante che questo accertamento venga effettuato **con il minimo dispendio di risorse** (anche economiche naturalmente) e **nella situazione più agevole e serena possibile non solo per il cliente ma anche per quanto riguarda noi operatori**, medici ed infermieri ed eventuali impiegati amministrativi dei centri medico-legali.

Nell'ottica di un raggiungimento di un livello di qualità ottimale nei nostri Centri Medico-legali appare quindi fondamentale l'individuazione all'interno delle nostre catene lavorative dei cosiddetti "punti critici" cioè di quelle problematiche di vario tipo che ostacolano il flusso delle nostre attività lavorative.

#### **QUALITÀ E COMUNICAZIONE: UN BINOMIO INSCINDIBILE**

In questo sforzo di monitoraggio e di continuo miglioramento è necessario che siano impegnati insieme quotidianamente tutti gli operatori del settore (medici, infermieri ed eventuali impiegati amministrativi in servizio presso i nostri CML) ed è vitale a questo proposito, così come in qualsiasi altro ambiente sanitario e non, **il raggiungimento di un livello di comunicazione ottimale fra di loro.**

Parimenti avrà fondamentale importanza **un buon livello di comunicazione con i nostri fruitori e fornitori esterni tra cui il principale è naturalmente l'assicurato** (Tabella 6).

Tabella 6

**LA BUONA COMUNICAZIONE CON IL PAZIENTE (= ASSICURATO = CLIENTE ESTERNO) E CON GLI ALTRI CLIENTI O FORNITORI ESTERNI O INTERNI SUPPORTA LA QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI E NE È PARTE IMPRESCINDIBILE.**

**L'ottimizzazione della comunicazione sia nei rapporti interni che nei rapporti esterni (soprattutto nel rapporto col cliente-assicurato) sembra quindi un obiettivo vitale** per la funzionalità delle nostre strutture.

In realtà più in generale, nel panorama della medicina attuale, si rivaluta sempre di più l'aspetto della comunicazione nelle professioni sanitarie e nella relazione terapeutica tanto che come ci dimostrano la psico-neuro-endocrino-immunologia e la moderna medicina psicosomatica, una corretta ed efficace comunicazione col paziente sembra proprio influenzare direttamente anche i risultati delle procedure diagnostiche e delle terapie oltre che naturalmente la compliance e l'adattamento ad esse del paziente.

Va inoltre detto che le carenze di umanizzazione e di comunicazione sono problematiche che in fondo sono presenti (e sulle quali si sta cercando di lavorare il più possibile) in molti settori e contesti della nostra società.

**Rientrando nel nostro ambito converrà a questo punto chiederci: ma chi è l'assicurato, cioè il nostro cliente principale? una persona: malata, bisognosa, anziana, invadente, pretenziosa, pretestuosa, petulante, aggressiva, un rompiscatole!?**

Sicuramente tutti questi aspetti possono verificarsi, e anche contemporaneamente, e dobbiamo quotidianamente confrontarci con essi con una serie di valutazioni e di problemi che spesso vanno affrontati e risolti rapidamente, in corso d'opera e che proprio per questa ragione richiedono una studio attento di queste problematiche di comunicazione.

Vediamo cosa è stato fatto e si sta facendo per migliorare la comunicazione e le relazioni più in generale in ambito sanitario.

## **LA COMUNICAZIONE NELLE PROFESSIONI SANITARIE**

A proposito della comunicazione nelle professioni sanitarie e della relazione terapeutica un immenso contributo è stato fornito da Carl Rogers, insigne psicologo americano fondatore della scuola rogersiana e considerato uno dei padri della moderna psicologia umanistica. Egli studiò a fondo queste problematiche non solo in campo psicologico e medico ma anche in altri settori della vita sociale.

La sua scuola introdusse il concetto di "approccio centrato sulla persona".

Questo tipo di approccio pone al centro di qualsiasi attività relazionale e terapeutica "il bene uomo" col suo valore e la sua dignità e pose alla base

tre condizioni, direttamente collegate tra loro, definite come **empatia, accettazione, e congruenza**, come le base principali che dovrebbero sostanziare qualsiasi relazione terapeutica.

Per **empatia** intendiamo letteralmente la capacità di capire, sentire, e condividere pensieri ed emozioni di un'altra persona. Quindi in sostanza capire l'altro (nel nostro caso il paziente), compenetrarsi in lui e nel suo disagio. Essere in sintonia con lui. Si tratta in definitiva di far sì che il paziente ci senta al suo fianco, ci senta suo alleato in questo cammino che si sta percorrendo. L'empatia viene anche definita come una condizione qualitativamente determinante in qualsiasi relazione in ambito sanitario.

Ci si potrebbe chiedere a questo punto se empatici si nasce o si diventa.

Secondo Rogers in effetti la maggiore sensibilità a "recepire" e ad ascoltare l'altro è effettivamente una dote costituzionale della nostra personalità, ma si può sicuramente incrementarla con un'adeguata formazione, perché ognuno di noi possiede questa riserva di sensibilità che si può potenzialmente focalizzare sui nuovi pazienti. L'**accettazione** può essere definita invece come quell'attitudine dell'operatore sanitario di dare valore all'umanità del paziente trattandolo sempre come persona degna di rispetto e apprezzamento senza essere sviato dal suo aspetto, dalle sue condizioni o soprattutto dai suoi comportamenti.

Il concetto è **naturalmente ideale**, perché come vedremo ogni persona e ogni operatore ha un suo limite personale oltre il quale non riesce ad accettare l'altro.

**La congruenza** è la terza delle condizioni base per lo sviluppo di una corretta relazione col paziente secondo la scuola rogersiana. Potremo definirla con l'espressione: "essere pienamente se stessi per quanto possibile nella relazione col paziente".

La congruenza ci permette di comportarci in maniera spontanea col paziente e di non rinunciare ad essere noi stessi con i nostri problemi, i nostri limiti e di essere in questo modo a nostro agio nella relazione con gli altri e viepiù nella relazione con il paziente e con i colleghi.

Tutto questo permette soprattutto di essere più spontanei, più credibili e più equilibrati nelle relazioni con gli altri in generale e nello specifico nelle relazioni con pazienti e "clienti".

Poiché queste asserzioni sono valide in generale per qualsiasi tipo di relazione **congruenza significherà anche:**

- poter esprimere nell'ambiente di lavoro e nel rapporto con i colleghi una propria emozione sia positiva che negativa, e quindi anche una propria difficoltà, un proprio dubbio, un proprio problema e soprattutto poter gestire meglio un eventuale "conflitto";
- stabilire i giusti limiti per i comportamenti eccessivi del paziente (invidia, pretenziosità, intemperanze). È giusto dire: "io posso darti questo

ma purtroppo non di più, altrimenti si va oltre i confini di quelle che sono le mie possibilità, la mia libertà, i miei tempi, la mia sopportazione”.

Come diceva E. Fromm: “sentirsi a proprio agio con se stessi è la condizione necessaria per potersi mettere in relazione con gli altri”.

Si tratta quindi di 3 condizioni in stretta combinazione tra loro che possono aiutarci in realtà tutti i contesti umani ma che possono andare incontro a possibilità di ostacoli e di conflitti tra loro poiché il limite tra l’empatia, l’accettazione, la congruenza ed il rispetto dei propri tempi e bisogni è senz’altro molto sfumato ed è facilmente superabile, anche in dipendenza delle problematiche e delle modalità di comportamento di chi ci sta di fronte e ciò proprio in virtù di tutte quelle diverse sfaccettature comportamentali già citate che il nostro paziente può assumere. Ed è proprio su queste problematiche che è possibile lavorare con un’adeguata attività di formazione, di confronto e di crescita personale e di gruppo (Tabella 7).

*Tabella 7 - Alcune possibili soluzioni*

- o Miglioramento delle proprie capacità comunicative e relazionali con un’adeguata formazione.
- o Confronto con i colleghi.
- o Riflessione e lavoro su sé stessi.

**Nessuno più del medico e dei suoi collaboratori** necessita di strumenti atti a mantenere nell’ambito dell’equipe sanitaria un soddisfacente livello di comunicazione e di gestione delle problematiche.

**Nessuno più del paziente**, nella sua condizione di dipendenza, di debolezza, di sofferenza, avverte la necessita di un ambiente accogliente e disponibile ma anche in qualche modo educativo, oltre a quello che può essere tutto il bagaglio di professionalità ed esperienza tecnica dell’operatore.

## COMUNICAZIONE NELLA NOSTRA MEDICINA PREVIDENZIALE

Rimane ancora il dubbio se tutto ciò sia valido ed applicabile nella pratica della medicina legale ed in particolare della medicina previdenziale?

Noi naturalmente crediamo di sì e anche se le aspettative o meglio le esigenze del nostro cliente sono diverse noi crediamo fermamente che anche l’assicurato vada innanzitutto considerato come una persona bisognosa che chiede comunque nella maggior parte dei casi un aiuto in relazione alle sue problematiche psico-fisiche e necessita quindi di rispetto, attenzione, dedizione, nonché naturalmente obiettività e serenità di valutazione.

**Anche in medicina legale e vieppiù in medicina previdenziale va perseguito l’obiettivo della salvaguardia del “bene uomo” come scopo primario di tutte le nostre attività.**

Quindi l'assicurato ha bisogno di potersi affidare a noi e va quindi accompagnato nel suo iter diagnostico-valutativo seguendo i dettami precedentemente illustrati.

**Ciò ad eccezione di quei casi, certo sicuramente maggiori in campo previdenziale, in cui egli si mostra invadente, pretenzioso, intemperante ed è quindi necessario attivare quelle forme di salvaguardia dei nostri spazi e dei nostri bisogni precedentemente illustrati.**

Bisogna poi dire, a questo proposito, che una maggiore soddisfazione del cliente (assicurato) ed una migliore gestione della comunicazione interna potrebbe a sua volta avere una serie di ricadute positive sulle nostre stesse attività, sull'Ente e sulla collettività in genere che sono illustrate in Tabella 8.

*Tabella 8 - Possibili ricadute positive*

- **PASSA-PAROLA POSITIVO.**
- **RAPPORTO DI FIDUCIA NEI CONFRONTI DELL'ENTE (O ALMENO DEL SUO BRACCIO SANITARIO ACCERTATORE).**
- **DIMINUZIONE DELLE CAUSE E DELLE SPESE LEGALI.**
- **POSSIBILE INCREMENTO DEI VERSAMENTI CONTRIBUTIVI CON RIDUZIONE DEL LAVORO SOMMERSO PER L'AUMENTO DI FIDUCIA NEI CONFRONTI DELL'ENTE.**
- **AMBIENTE DI LAVORO PIÙ SERENO E GRATIFICANTE.**

Concludendo potremmo dire che **comunicare non significa solo informare, ma anche trasmettere qualcosa (un contenuto) al di là di una certa possibile barriera che evidentemente esiste in quanto ha anche una sua giusta funzione di filtro (viste le diverse posizioni ed i diversi ruoli istituzionali) ma non deve mai diventare una muraglia impenetrabile.**

**Allo stesso tempo quindi una corretta comunicazione diventa un reale e preziosissimo valore aggiunto al nostro lavoro, ricordando che, al di là dei mezzi e delle risorse tecniche, sono sempre le persone che fanno il cambiamento e costruiscono il futuro.**

#### **PROPOSTE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE INTERNA ED ESTERNA NEI NOSTRI CENTRI MEDICO-LEGALI**

**1) Corsi di comunicazione e dinamiche relazionali per operatori sanitari INPS consistenti in:**

- *incontri teorici di gruppo sulla comunicazione e sulla relazione;*
- *attività esperienziali in gruppi e sottogruppi con presentazione e discussione di casi, simulate, role-playing e brain-storming per l'analisi delle problematiche relazionali di più frequente riscontro.*

***Al fine di favorire:***

- *la presa di coscienza delle problematiche e delle difficoltà esistenti nell'area di lavoro in questione;*
- *l'educazione alla gestione dei conflitti;*
- *il miglioramento delle capacità personali di comunicazione e sviluppo di comprensione, empatia e congruenza nei confronti del paziente/utente e nell'ambito dello staff degli stessi operatori;*
- *lo studio delle possibilità concrete di applicazione del lavoro svolto nell'ambito della struttura e del servizio in questione e di quelle che sono le sue attività.*

***2) Telefono medico INPS (eventualmente con numero verde) per tutte le informazioni specificamente medico-previdenziali di cui possano aver bisogno gli assicurati.***

***3) Miglioramento della comunicazione nei rapporti con i medici curanti, mediante:***

- *più frequenti contatti telefonici ed epistolari per problematiche varie inerenti alla certificazione di malattia;*
- *lettere-relazioni annuale ai medici curanti per i principali problemi sulla certificazione;*
- *riunioni annuali o semestrali presso le S.A.P. eventualmente con scaglionamenti in gruppi (per la difficoltà di reperire aule ad capienza);*
- *locandine con norme e suggerimenti vari da affiggere negli studi medici;*
- *consigli e feed back degli stessi medici.*

***4) Miglioramento dei rapporti con i medici delle liste delle VMC e della funzionalità della loro attività, mediante:***

- *seminari e corsi di formazione brevi orientati alla comunicazione ed a questo tipo particolare di contatto con l'utenza nonché naturalmente alla "gestione dei conflitti";*
- *riunioni più frequenti su tutte le altre problematiche inerenti a questa attività.*

**QUESTIONARIO DI ANALISI DEI BISOGNI: RISULTATI OTTENUTI****DA UN CAMPIONE DI COLLABORATORI SANITARI DELLE REGIONI SUDDETTE**

Durante il Corso in oggetto è stato somministrato ai partecipanti un questionario di quattro domande al fine di analizzare le problematiche ed i bisogni principali riscontrati nell'attività quotidiana nel campo dell'organizzazione delle attività e della comunicazione interna ed esterna.

Vengono qui sintetizzate le varie tipologie di risposte con un breve commento finale.

**1) Descrivete in sintesi quali sono i principali problemi che incontrate quotidianamente nel rapporto con gli utenti.**

---



---

## RISPOSTE

### **Nessun problema**

- Non ho problemi con l'utenza.
- Nessun problema, cerco di fare del mio meglio. Sono calma, ho piacere di comunicare con l'utente.
- Posso senz'altro affermare che in linea di massima, nell'ambito strettamente professionale, non credo di avere particolari problemi nel rapporto con l'utenza.
- Ritengo di relazionarmi in maniera corretta e rassicurante con un'utenza "variegata"!

### **Problemi di attesa**

- o Le lunghe attese per essere sottoposti a visita medica.
- o Fare comprendere agli stessi le lunghe attese alle quali sono sottoposti che potrebbero spesso essere drasticamente ridotte.

### **Problemi di agibilità**

- Qualche problema sorge per gli utenti che provengono da cittadine e luoghi disagiati (carenza di mezzi di trasporto).
- L'ubicazione del CML e la sua composizione fanno sorgere problemi nel rapporto con gli utenti.

### **Disinformazione, difficoltà di comunicazione (e scarsa credibilità dell'Istituto!)**

- La disinformazione assoluta e comunque la scarsa credibilità che abbiamo noi ed il nostro lavoro con l'ambiente esterno.
- Gli utenti che arrivano al CML sono poco informati, per cui si incontrano problemi di comunicabilità con gli stessi.
- Spesso l'utenza è male informata. Bisogna che l'utente venga considerato in modo più umano sia per quanto riguarda la sua malattia che il suo stato giuridico come persona e non come pratica.
- La poca conoscenza che l'utente ha del ruolo del CML all'interno dell'Istituto che crea la maggior parte delle difficoltà di comunicazione.
- L'incomprensione e la testardaggine.
- Scostumatezza e ignoranza.
- Che spesso non c'è competenza totale. Bisogna infatti saper essere e saper fare. Bisognerebbe svincolarsi dalla burocratizzazione.
- Poca capacità nel capire l'informazione.
- Gli utenti non sono assolutamente informati.
- Stare poco tempo con loro e quindi dar loro poche indicazioni.

### **Mancanza di attrezzature**

- Mancanza di accessori tecnologici quali fotocopiatrice, fax, etc.

### **Altri problemi**

- Riesco a tenere sotto controllo tutte le esigenze dell'utenza, vorrei non dividere lo sportello col collega amministrativo che provvede al pagamento delle spese di viaggio degli assicurati che si presentano a visita medica perché è un elemento di disturbo.
- I problemi che incontriamo quotidianamente con gli utenti sono disparati, a partire dalla organizzazione di divisione delle pratiche da portare ai medici.

## **2) Descrivete in sintesi quali sono i principali problemi che incontrate quotidianamente nel rapporto con i colleghi e con i medici della Vostro Centro Medico-Legale.**

### **RISPOSTE**

#### **Nessun problema**

- Viviamo un clima di ottima collaborazione.
- Nessuno
- Nessun problema.
- Anche se ogni giorno si pongono problemi di carattere organizzativo, tra noi collaboratori e tra i medici si pone la massima collaborazione.
- Nessuno, in quanto il rapporto con i miei colleghi ed i medici è basato su collaborazione, stima e rispetto.
- Non ci sono grossi problemi, importante è la chiarezza dei rapporti ed il rispetto.

#### **Problemi di comunicazione, scarso dialogo con i colleghi, scarsa collaborazione**

- La poca collaborazione!!!
- Non ho problemi con i medici. Ho qualche problema con una collega che non desidera collaborare né dialogare con me.
- I rapporti con i colleghi medici sono unilaterali, nel senso che noi collaboriamo con loro ma non viceversa.
- Il punto di scontro si evidenzia per una scarsa risorsa umana che crea non pochi problemi di rapporti per sovraccarico di competenze.
- Non c'è collaborazione perché veniamo esclusi dalla visita medica e quindi dal rapporto fra l'utente, il medico ed il collaboratore sanitario, mentre veniamo impegnati in lavori di competenza diversi dalla nostra qualifica.

- Più collaborazione nel CML.
- La non comunicabilità.
- Il problema principale è che ognuno fa il proprio lavoro e c'è poca comunicazione.
- Poco dialogo. Mai riunioni con l'equipe medica.
- Problemi con le colleghe nell'organizzazione giornaliera. Con i medici, di sollecitarli ad una maggiore collaborazione.
- Fondamentalmente sono convinto dell'importanza dei rapporti interpersonali con tutti, siano essi colleghi, amici o pazienti per cui grossi problemi non ce ne sono, anche se c'è comunque da dire che ci sono delle persone che dovrebbero cercare di migliorare i loro "rapporti di buon vicinato".

#### **Mancanza di attrezzature**

- Se ci fosse qualche PC in più non si dovrebbe fare la fila per lavorarci.

### **3) Quali suggerimenti vi vengono in mente per migliorare il rapporto con l'utenza (in relazione anche alle problematiche espresse al punto 1).**

#### **RISPOSTE**

#### **Migliore programmazione delle visite**

- Invitare gli utenti a gruppi e in orari diversi.
- Programmazione più oculata e specifica delle visite medico-legali.

#### **Miglioramento della comunicazione con l'utente e della sua informazione**

- Avere più empatia per l'utenza.
- La realizzazione del numero verde per gli utenti.
- Una maggiore informazione determinerebbe una migliore comunicazione.
- Dando loro una maggiore informazione.
- Non sarebbe una cattiva idea quella di migliorare il rapporto con l'utenza attraverso una più idonea e completa informazione atta soprattutto alla semplificazione di problematiche che possono creare solamente malumori ed errate considerazioni non solo di noi operatori sanitari dei CML dell'INPS.
- Parlare e discutere di più con i propri collaboratori.

#### **Maggiore formazione**

- Creare più autonomia sul posto di lavoro; formazione per poter effettuare autonomamente i normali esami specialistici di sede; verbale di visita medica computerizzata; interscambio con altre strutture di servizio pubblico.
- Aggiornarsi di più.

### **Miglioramento delle strutture**

- Migliorare con lavori opportuni il settore sanitario.

### **Altre risposte**

- Tutto bene.

### **4) Quali sono a vostro avviso altri punti critici della vostra attività lavorativa e come secondo voi potrebbero essere migliorati.**

#### **RISPOSTE**

- L'aspetto tecnico in modo particolare e soprattutto il rapporto con il personale medico deve essere riferito più alla qualità nei rapporti sociali che alla "rapidità" e quantità.
- Carezza di P.C. e carezza di formazione informatica.
- Rafforzando le risorse umane (aumento del personale) si avrebbe certamente una riduzione dei problemi lavorativi quotidiani.
- Potenziare e valorizzare il personale umano, con corsi di formazione ed interscambio tra le varie sedi, e congressi nazionali per poter proporre le proprie esperienze; dotazione di più strumenti scientifici e tecnologici per migliorare il servizio pubblico.
- Potenziare e valorizzare il personale umano, con corsi di formazione ed interscambio tra le varie sedi, e congressi nazionali per poter proporre le proprie esperienze; dotazione di più strumenti scientifici e tecnologici per migliorare il servizio pubblico.
- Infettarsi; più igiene.
- Con miglioramenti nel settore sanitario con lavori opportuni; occorrono corsi di informatica poiché non tutti hanno un collega o amici che insegnano il lavoro di informatica che bisogna svolgere in un settore sanitario. Il detto dice: "Nessuno è nato imparato". Quindi insegnate e noi impariamo.
- La gestione della certificazione di malattia che in certi periodi dell'anno richiederebbe maggiore flessibilità nella specifica gestione del personale da dedicare a tali adempimenti.
- Avere troppi compiti da svolgere senza una direttiva ben precisa - settore malattia - settore amministrativo e ufficio sanitario - visto che nel nostro ufficio manca la figura amministrativa - non abbiamo P.C. validi - lavoriamo su un P.C. (1990) in tre - usando un dischetto personale ogni volta (per la paperless - messaggi) - non siamo state autorizzate all'uso di Internet - tanta voglia di lavorare e poca disponibilità di mezzi per sfruttarla nonostante le richieste del nostro dirigente regionale.
- Scarsa conoscenza tecnica da migliorare con i corsi di aggiornamento.

- Non abbiamo la possibilità di lavorare con autonomia per mancanza di strumenti.
- Come detto in precedenza nell'ambito della mia attività lavorativa strettamente professionale non emergono particolari punti critici che richiedono di conseguenza un netto miglioramento.

## COMMENTI

Queste domande sono state somministrate ad un gruppo di collaboratori sanitari delle Regioni Campania, Molise e Basilicata durante il corso di aggiornamento svoltosi a Napoli il 13 Febbraio.

Innanzitutto complimenti ai colleghi per l'acutezza di vedute e la capacità di analisi.

Dallo studio delle risposte emergono infatti diverse interessanti problematiche e fasi critiche delle attività produttive dei nostri Centri medico-legali.

Per quanto riguarda le carenze logistiche e tecnologiche si tratta evidentemente di un problema già ampiamente noto per il quale già tantissimo è stato fatto e si sta facendo.

Altro punto critico denunciato, e francamente condiviso da chi scrive, è quello delle lunghe attese degli assicurati i quali (per lo meno nelle sedi delle Regioni in questione) vengono di solito invitati tutti alla stessa ora per le visite !

Ciò può provocare effettivamente delle notevoli attese per i "malcapitati" che arrivano alle 9.10 e magari vengono visitati alle 11.00, con conseguente malcontento e nervosismo (a cui si possono aggiungere talvolta malori più o meno veritieri ed altri problemi!).

Ci sembra effettivamente che questo inconveniente potrebbe essere evitato, come è stato proposto da diversi collaboratori sanitari, con una programmazione più oculata delle visite e con lo scaglionamento delle convocazioni, cioè invitando gli assicurati a gruppi e in orari diversi.

Altro aspetto molto sentito è quello della disinformazione degli assicurati per il quale è stata rilanciata la proposta del numero verde per informazioni medico-previdenziali agli assicurati.

Un servizio del genere se ben pubblicizzato potrebbe colmare gravi lacune di informazione e comunicazione ed impedire tante inutili discussioni e proteste agli sportelli.

Da più parti è poi arrivata una richiesta generica di maggiore formazione motivata con le necessità di "aggiornarsi di più", "di potenziare e valorizzare il personale umano, con corsi di formazione ed interscambio tra le varie sedi e congressi nazionali", "di creare più autonomia sul posto di lavoro" come è stato giustamente scritto.

In particolare, all'interno dei team operativi, i collaboratori sanitari hanno denunciato carenze di comunicazione sia tra di loro che con i medici e con l'utente.

Vengono quindi richiesti una maggior dialogo, una maggiore comprensione reciproca, una migliore organizzazione e distribuzione dei compiti per quanto riguarda la comunicazione interna e viene auspicato un miglioramento delle capacità relazionali nei confronti dell'utente.

Questa piccola analisi dei punti critici e dei bisogni formativi, seppur condotta su un campione ridotto e geograficamente ristretto, sembra comunque evidenziare una grossa domanda di formazione sui temi suddetti che ci sembra importante sottolineare.

Queste risposte infatti evidenziano soprattutto come, nonostante i tanti sforzi fatti e le notevoli competenze e capacità professionali raggiunte dai singoli, bastino delle piccole lacune organizzative e comunicative (spesso anche facilmente superabili) per provocare dei gravi rallentamenti ed ostacoli, delle frequenti proteste e delle ripercussioni sulla credibilità all'esterno. Tant'è vero che in una risposta addirittura si legge: "...la disinformazione assoluta e comunque la scarsa credibilità che abbiamo noi ed il nostro lavoro con l'ambiente esterno".

Anche se il nostro collega è stato probabilmente troppo pessimista forse vale la pena di prenderne atto e di continuare a lavorare, aggiustando il tiro, proprio per scongiurare questi paventati (e francamente frustranti!) "cali di credibilità".

---

# CONSULENZA TECNICA

---

a cura di Cristina Catalano\*

Il caso prospettato in questo numero della rivista si riferisce ad una consulenza tecnica rinnovata in secondo grado, successivamente ad una prima sentenza favorevole all'Istituto.

In maggior dettaglio l'attuale Appellante, dopo aver avanzato infruttuosamente - nel mese di luglio del 1999 - domanda amministrativa di pensione di inabilità o, in subordine, di assegno di invalidità, ha poi convenuto in giudizio l'INPS per veder riconosciuto il diritto al solo assegno di invalidità.

In primo grado, previo espletamento di CTU medico-legale, non furono riconosciuti gli estremi sanitari della prestazione richiesta, visto che, trattandosi essenzialmente di una malattia diabetica, secondo l'ausiliare del Giudice *"i frequenti controlli clinici preventivi e la corretta impostazione terapeutica"* determinavano *"comunque una fase di compenso, con possibilità di svolgimento adeguato delle consuete mansioni lavorative, anche se con maggior affaticamento ed impegno fisico"*.

Contro siffatta sentenza è stato proposto appello, anche al fine di valutare il ruolo di *"aggravamenti di malattia e sopravvenute modificazioni del quadro patologico"*.

Il secondo CTU, dopo aver trascritto puntualmente la documentazione sanitaria prodotta ed aver argomentato esaurientemente circa gli aspetti clinici ed i correlati previdenziali del diabete mellito, conclude riconoscendo a decorrere dal mese di marzo del 2003 la sopravvenuta riduzione a meno di un terzo della capacità lavorativa in occupazioni confacenti alle attitudini dell'assicurato, in ragione di un più difficile controllo metabolico della malattia anche mediante terapia insulinica e dell'aggravamento di complicanze visive e neurologiche.

Occorre sottolineare la correttezza di metodo adottata dal CTU nella valutazione di una infermità che, a volte, viene inquadrata con scarso rigore ovvero apprezzata *"al solo titolo della minorazione"* laddove, invece, si impone un giudizio di sintesi che tenga conto di tutte le eterogenee manifestazioni cliniche del diabete, della rispettiva incidenza invalidante e, soprattutto, del concreto pregiudizio di queste arrecato al bene tutelato dalla norma, ovvero sia alla capacità lavorativa dell'Assicurato.

Tale analisi è stata puntualmente svolta nel caso di specie, come si evince dai passi della relazione di consulenza di seguito riportati, relativamente ai quali occorre sottolineare l'attento riferimento all'esperienza lavorativa maturata dal Ricorrente.

## VALUTAZIONE ANAMNESTICA

### ANAMNESI FAMILIARE:

Indifferente

---

\* Coordinatore Centrale Area Contenzioso Giudiziario.

**ANAMNESI FISILOGICA:**

Primo sviluppo psico-fisico nella norma.

**ANAMNESI LAVORATIVA:**

Muratore salariato sin dalla giovane età. Riferisce di aver svolto molteplici mansioni fra cui lavorazioni su ponteggi.

**ANAMNESI REMOTA:**

Comuni esantemi infantili superati.

Nel 1963 evento comatoso con diagnosi di diabete mellito di tipo I insulino dipendente. Seguivano numerosi ricoveri per scompenso glicometabolico (1983, 1997, 1998).

Nel 1965 appendicectomia.

Nel 1980 circa intervento chirurgico per fimosi.

Nel 1996 riscontro di retinopatia diabetica trattata con due sedute di laserterapia.

Nel 1997 ricovero per episodio di coma diabetico, concomitante riscontro di neuropatia periferica sensitivomotoria agli arti inferiori e conferma del quadro di retinopatia proliferante con riduzione del visus.

Nello stesso periodo diagnosi di iniziale stato di ipertensione arteriosa.

Ricovero nel Gennaio 2001 presso [...] per broncopolmonite basale destra.

All'ultimo controllo oculistico (ottobre 2002) riscontro di visus ODV 8/10, OSV 3-4/10 con evidenza di evoluzione peggiorativa della retinopatia soprattutto a sinistra e quadro di iniziale sclerosi del cristallino; posta indicazione ad intervento di vitreotomia in caso di ulteriore peggioramento della retinopatia. Al controllo attuale evidenza di ulteriore calo del visus con riscontro di 5/10 per l'occhio destro e 1/20 per l'occhio sinistro non migliorabili per concomitante emovitreo.

Nell'ottobre 2002 visita di controllo neurologica con evidenza di Buldeg positivo in accordo con quadro di encefalopatia ipoglicemica da crisi ripetute; all'EMG quadro di grave neuropatia e entrapment del nervo mediano destro. Dal Novembre 2002 è stato dichiarato invalido civile al 74%.

Nello stesso anno episodio di colica renale per calcolo uretrale sinistro.

Ipoacusia percettiva lieve bilaterale.

**ANAMNESI PROSSIMA:**

Il paziente riferisce sensazioni dolorose a carico degli arti inferiori e superiori, difficoltà a distinguere nitidamente i contorni, stanchezza e frequenti episodi traumatico-contusivi a carico degli arti inferiori.

**ESAME OBIETTIVO:**

H: 164 cm Peso: 83 kg

Normotipo. Discrete condizioni generali.

Vigile e collaborante, eloquio fluido. Psiche integra.

**POLMONI:** Emitoraci simmetrici e normoespansibili. Basi mobili. FVT normotrasnesso. MV presente su tutto l'ambito.

**CUORE E VASI:** Toni ritmici. Pause libere.

**ADDOME:** trattabile, non dolente né dolorabile. Organi interni in sede.

**SISTEMA NERVOSO PERIFERICO:** Ipoestesia agli arti inferiori sia sul lato mediale che laterale. Ipoevocabilità dei riflessi rotulei. Segni di recenti contusioni. Mingazzini positivo agli arti superiori con esauribilità spiccata e dolore. Romberg indifferente. Non altri deficit neurologici.

**APPARATO LOCOMOTORE:** Agli arti superiori movimenti di presa e pinza conservate. Deambulazione autonoma senza appoggio, in assenza di zoppia. Cambi posturali concessi con lieve impaccio. Voce di conversazione ben recepita.

**CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI**

Preso visione della documentazione clinica e visitato il paziente, è attualmente possibile formulare in capo al ricorrente la seguente diagnosi:

---



“Diabete mellito di tipo I insulino dipendente in scarso compenso con crisi ipoglicemiche ricorrenti, complicato da retinopatia proliferante lasertrattata e neuropatia periferica sensitivo-motoria agli arti superiori e inferiori. Lieve ipoacusia percettiva bilaterale. Ipertensione arteriosa”.

Dal Libro di Testo “Endocrinologia e Malattie del ricambio” di G. Giusti e M. Serio, 1988, ed USES si evince che:

Il diabete mellito di tipo I o insulino-dipendente è una malattia caratterizzata dalla distruzione autoimmune delle beta-cellule insulari pancreatiche con conseguente insulinopenia assoluta. Il termine insulino-dipendente deriva dalla inderogabile necessità di trattare con insulina esogena i pazienti affetti da tale forma di diabete. L'obiettivo primario della terapia insulinica, da continuarsi in cronico, è la sostituzione della secrezione insulinica deficitaria e soprattutto il mantenimento di un compenso metabolico il più possibile vicino alla normalità. Un controllo metabolico inadeguato è la condizione necessaria per lo sviluppo delle complicanze croniche del diabete fra cui la retinopatia diabetica e proliferante e la neuropatia, da cui risulta essere affetto il paziente in esame. Nella patologia diabetica vi sono due elementi da tenere in considerazione, da un lato la necessità di una terapia insulinica adeguata che mantenga i valori di glicemia nel range di normalità, dall'altro la difficoltà di poter mimare con una somministrazione esogena il ritmo circadiano ormonale endogeno; questo a causa della presenza di molteplici fattori che ne variano il fabbisogno durante la giornata, fra cui in particolare la dieta alimentare e l'esercizio fisico. Mentre la dieta alimentare può essere facilmente controllata dal paziente mediante una corretta suddivisione dei pasti e l'introito di alimenti selezionati, più difficile è il mantenimento di un compenso metabolico durante l'esercizio fisico. Un esercizio fisico improprio può esporre il paziente ad un maggior assorbimento o un'aumentata sensibilità all'insulina, con comparsa di ipoglicemia. Questa, è la complicanza acuta più frequente della terapia insulinica. Le manifestazioni cliniche dell'ipoglicemia del paziente diabetico vanno da sintomi neuroglucopenici, fra cui confusione mentale, stato soporoso fino al coma, sensazioni vertiginose e convulsioni, a sintomi definiti simpatoadrenergici fra cui sudorazione, pallore, tachicardia e tremori. È noto come, la frequenza e l'intensità delle crisi ipoglicemiche siano maggiori, quando si è in presenza di un compenso glicometabolico labile e caratterizzato da frequenti fluttuazioni, come quello presentato dal ricorrente. Frequente, inoltre, è il rischio in tale condizione di quella che viene definita “hypoglycoemia unawareness” ovvero ipoglicemia senza preavviso, che conduce direttamente alla perdita di coscienza senza la comparsa di sintomi di preavviso. Secondo la rivista *Diabete Care* 2001 (24) già l'ipoglicemia lieve riduce notevolmente il livello di attenzione con minor ricezione di stimoli visivi e sonori e maggior frequenza di ferite e infortuni durante gli episodi. Per questo l'Istituto di Medicina del Lavoro dell'Università di Trieste nella ricerca *Diabete e Lavoro* ritiene come il diabete di tipo I possa comportare limitazioni o riduzione dell'attività lavorativa di una persona in relazione alle complicanze favorite talora dalle stesse condizioni di lavoro, fra cui sforzi fisici eccessivi con elevato costo energetico non programmabile, agenti chimici ad uso industriale e anche l'attività manuale continuativa, che comporta una facile esauribilità muscolare. In particolare è da sottolineare come vengano sconsigliate attività lavorative da eseguire in quota su scale e impalcature. Per ciò che concerne le complicanze croniche del diabete, è importante sottolineare come questa malattia sia la causa più frequente di cecità, legata allo sviluppo di un danno progressivo a livello retinico. Il danno oculare è strettamente correlato alla durata del diabete, allo scarso compenso glicometabolico e all'età del paziente, e risulta aggravato dalla concomitante presenza di uno stato di ipertensione arteriosa. La retinopatia compare nel 95% dei casi, dopo 15/20 anni dall'insorgenza del diabete e si sviluppa in più stadi, ultimo dei quali è la Fase proliferante caratterizzata da neovascolarizzazione retinica, rischio di emorragie ed evoluzione fibrotica della retina con grave compromissione della capacità visiva. Alla retinopatia frequentemente si associa un quadro di cataratta o di malattia glaucomatosa con ulteriore aggravamento del quadro oculare. Il coinvolgimento della componente nervosa invece comporta quella che viene definita neuropatia diabetica caratterizzata da una degenerazione della fibra nervosa con conseguenti parastesie, sensazione di dolore profondo o di tipo crampiforme, fino ad un deficit importante della componente sensitiva superficiale e profonda e della componente motoria. Risultano essere coinvolti primariamente gli arti inferiori e

solo in un secondo tempo quelli superiori. Ciò comporta un elevato rischio per la comparsa di ulcere trofiche da lesioni traumatiche cutanee e posizioni viziate degli arti per la perdita della sensibilità propriocettiva, essenziale per il corretto posizionamento degli arti nello spazio.

Alla luce di quanto esposto è possibile affermare come il Sig. [...], che ha attualmente 51 anni, presenti una storia cronica di diabete da circa 40 anni caratterizzata da un quadro clinico di scarso e labile compenso glicometabolico, documentato da numerosi ricoveri, da una grave compromissione della funzione visiva e dal coinvolgimento sintomatico della componente nervosa sia degli arti superiori che inferiori. Il paziente ha sempre svolto attività lavorativa in qualità di muratore salariato dalla giovane età fino ai 47 anni momento in cui si assentava dal posto di lavoro per le limitazioni comportate dal suo quadro clinico patologico. I frequenti episodi ipoglicemici, i deficit sensitivo motori agli arti inferiori e superiori, la diminuzione importante del visus, legata al danno retinico e alla copresenza di iniziale cataratta, risultano ben documentati. Il deficit visivo in particolare risulta aver subito un progressivo peggioramento nel tempo, al controllo dell'ottobre 2002, infatti, a carico dell'occhio destro risultava una visibilità di 8/10 e a carico dell'occhio sinistro di 3-4/10. Al controllo attuale sono stati riscontrati 5/10 a carico dell'occhio destro e 1/20 a carico dell'occhio sinistro, deficit non correggibili in entrambi gli occhi e complicati dalla presenza di emovitreo. Anche l'esame clinico da me effettuato conferma il quadro. Data l'evoluitività intrinseca alla patologia diabetica dal ricovero del 17/3/2003 e poiché l'attività di muratore salariato svolta dal paziente comporta un impegno psico-fisico intenso, continuativo e di entità variabile a seconda della mansione svolta, ritengo che la minima variazione del dispendio energetico, nel caso del Sig. [...], possa comportare un disequilibrio fra le risorse necessarie e quelle disponibili con l'insorgenza di un quadro acuto di scompenso glico-metabolico durante l'attività lavorativa. Tale evenienza comporterebbe l'insorgenza di una sintomatologia caratterizzata da deficit importante delle funzioni intellettive, (in particolare dell'attenzione e della percezione anche degli stimoli visivi), e dalla concomitante presenza di sindrome vertiginosa, per cui, sia le lavorazioni in quota su ponteggi, sia qualsiasi altra attività richiesta all'interno di un cantiere edile, risulta essere controindicata per la sua intrinseca pericolosità.

La funzione visiva gravemente compromessa e in progressivo peggioramento nell'ultimo periodo, inoltre, comporta un'ulteriore limite nello svolgimento dell'attività manuale svolta dal paziente.

Il deficit neurologico infine, con riduzione della sensibilità superficiale e profonda, risulta essere accompagnato da un maggior rischio per il paziente di procurarsi traumi e ferite durante lo svolgimento delle sue mansioni. Da sottolineare come il quadro neurologico, documentato dall'Elettromiografia del 23/10/2002, sia associato alla presenza di "entrapment del nervo mediano al carpo", patologia frequentemente associata al diabete e causata dall'edema del nervo coinvolto e suo successivo intrappolamento e schiacciamento a livello del tunnel carpale. Ne segue dolore, impotenza funzionale a carico dei muscoli flessori profondi e superficiali delle prime tre dita della mano e disestesie lungo il percorso di innervazione. La sintomatologia compare per lo più durante i movimenti flessori del polso, frequentemente svolti durante le mansioni in ambito edile. Tale condizione va pertanto ad aggravare il quadro precedentemente descritto.

Ed è per le considerazioni sovra esposte che ritengo di poter dare ai quesiti propostimi le seguenti

## RISPOSTE

La capacità di lavoro del Signor [...] in occupazioni confacenti alle sue attitudini risulta ridotta permanentemente a meno di un terzo a causa di aggravamento delle infermità da cui è affetto, con decorrenza dalla data dell'ultimo ricovero del marzo 2003.

Per ciò che concerne la compatibilità di altre attività con la residua capacità, con i limiti derivanti dallo scarso ventaglio di attività confacenti, non avendo il sig. [...] mai sviluppato esperienze al di fuori dell'ambito edile, risultano possibili occupazioni a basso dispendio energetico, non usuranti e che non richiedano definita acuità visiva.

---

---

## L'ANGOLO DELL'INFERMIERE

---

# L'esperienza informatica del centro medico-legale della sede di Roma

Clarissa TOMEI  
Collaboratore sanitario  
Sede INPS - Roma

### INTRODUZIONE

**I**l processo di informatizzazione che ha trasformato il mondo del lavoro ha naturalmente esercitato la sua benefica influenza anche sulla nostra professione e, per entrare nel particolare, sulla nostra attività presso i centri medico legali dell'INPS.

L'esperienza presso il centro medico legale di Roma presenta delle caratteristiche particolari, in quanto esiste una attività specialistica a largo raggio che consente di soddisfare le richieste di tutta la Regione e di alcune province extra-regionali: in questo sta la peculiarità del nostro lavoro, che ci ha richiesto l'utilizzo di procedure informatiche non standardizzate.

### L'ARCHIVIO CARTACEO

In passato si utilizzava un sistema cartaceo di archiviazione, che rappresentava un ottimo strumento per la rilevazione del lavoro svolto, ma che necessitava di una ricerca accurata e di una lettura attenta del registro per il reperimento di eventuali precedenti.

Durante il completamento del processo di informatizzazione dell'Istituto, che ha riguardato anche il settore specialistico del nostro Centro, l'adeguatezza dell'hardware fornito, il software disponibile, il livello di conoscenze

informatiche a suo tempo acquisite ci hanno permesso di sfruttare le potenzialità del mezzo a fini del miglioramento del lavoro infermieristico.

È nato così l'archivio elettronico delle visite.

## L'ARCHIVIO ELETTRONICO

In cosa consiste il nostro archivio elettronico? Si tratta dell'utilizzo di database creati all'interno di MsAccess, programma presente nel pacchetto Office Professional. È un programma che noi utilizziamo agevolmente con un PC dotato di sistema operativo Windows 95.

Attualmente abbiamo fornito di archivio elettronico la cardiologia, l'angiologia, la fisiopatologia respiratoria (quest'ultima in tempi recenti limitatamente alla refertazione degli ECG) e l'ecografia internistica, ognuna di queste branche con delle proprie specifiche differenze secondo l'uso che viene fatto della registrazione.

Per alcune branche, infatti, si tratta di una registrazione tout-court, ad esclusivo uso interno (es. la cardiologia e la fisiopatologia respiratoria); per altre, invece, la registrazione e la refertazione coincidono (es. l'angiologia e l'ecografia internistica), cosicché quel che è trascritto viene anche stampato come referto da inviare alle sedi richiedenti.

In concreto, è stato creato un **database** per ogni branca specialistica, all'interno del quale è stata strutturata una **tabella** per ogni specialista afferente a quella branca.

La tabella consta di tanti campi quanti se ne vogliono utilizzare ed è dotata di contatore, che immette automaticamente un numero sequenziale ogni volta che si aggiunge un record: al contatore si attribuisce quindi il ruolo di *chiave primaria*, cioè quel campo che identifica in modo univoco il record immesso.

Una volta creata la tabella, è semplice costruire la **maschera** ad essa associata: la maschera compare ad ogni inserimento di dati e automaticamente vengono compilati anche i campi della tabella.

La maschera può assumere varie foggie; nel nostro centro ne sono state create alcune con uno styling più elegante nel caso di documento-referto ed alcune più spartane nel caso di documento-registrazione.

Con lo stesso sistema sono state create le **query**, tabelle che permettono di fare ricerche di vario tipo nei tempi consentiti di un processore.

Ognuno di questi database è poi raggruppato in una cartella denominata "Archivio anno...", in modo da avere una raccolta ordinata di tutta la documentazione. Periodicamente poi, a scadenze regolari, ogni database viene riversato su floppy disc per una maggiore sicurezza di conservazione dei dati. In questo si sente tutta l'utilità del mezzo elettronico a confronto con il mezzo cartaceo: basta inserire una data per avere tutti gli esami svolti quel

---

giorno, oppure il nome di una sede per avere tutti gli esami effettuati agli assicurati di quella sede, ecc.

È evidente la rapidità con la quale possono essere fornite risposte circa l'esito di un accertamento specialistico o la ricerca di esami effettuati dall'utente negli anni precedenti, per una utile comparazione statistico-valutativa.

È già successo che fosse necessario conoscere il numero di pazienti affetti da una particolare patologia, ad esempio la cardiomiopatia in tutte le sue varianti: è stato sufficiente inserire nella query di nostro interesse, al campo "visita cardiologica", una parola chiave ("cardiomiopatia") e subito si è ottenuto l'elenco dettagliato di tutti i pazienti ai quali è stata riscontrata quella patologia; tra questi poi, è stato agevole effettuare una differenziazione tra le cardiomiopatie dilatative e ipertrofiche. Questo è solo un esempio delle potenzialità che questo tipo di archiviazione consente.

## CONCLUSIONI

Si tratta evidentemente di un utilizzo piuttosto semplice di un PC, il quale però ci ha semplificato molte procedure e ci ha invitato a proseguire nella nostra opera di apprendimento informatico.

Abbiamo davanti a noi possibilità di evoluzione del processo in quanto, inserendo campi a nostro piacimento, potremo incrociare i dati raccolti ed effettuare verifiche di vario tipo.

È del tutto ovvio che le enormi potenzialità informatiche a nostra disposizione hanno ancora bisogno dell'intelletto umano per operare: in questo senso il nostro apporto attivo, anche in termini di curiosità e creatività, crediamo sia fondamentale per un progressivo rinnovamento e conseguente miglioramento della qualità del servizio.

## AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE: L'INIZIO DI UN PERCORSO

La storia degli infermieri professionali nel nostro Istituto è mutata di pari passo con il cambiamento avvenuto nel SSN con la nascita dei primi Collegi degli Infermieri nel 1955 al primo Congresso IPASVI del 1965. È stato nel 1971, con l'accesso anche degli uomini a questa professione, che si sancisce una rivoluzione nel mondo infermieristico, e man mano che si accresce la presenza professionale si avrà una accelerazione del cambiamento anche nei percorsi formativi previsti dalle normative. Il 1973 che vede l'accordo europeo sull'istruzione e formazione degli infermieri professionali è una tappa importante per l'inizio del riordino normativo che giungerà sino ad oggi. Dal 1974 si rinnovano le attribuzioni per definire le competenze degli I.P.: il cosiddetto "mansionario" che modifica le precedenti norme della professione. La riforma del SSN del 1978 che pone come basi della salute pub-

blica la prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie, dà alla nostra professione ulteriore impulso e nuova e rivoluzionaria valutazione. Man mano nel tempo arriveranno nuove leggi e nuovi riconoscimenti fino alla legge n. 1 del gennaio 2002 dove, tra i vari articoli, si riconosce agli I.P. la possibilità di svolgere attività libero-professionale ma soprattutto sottolinea la valorizzazione della formazione complementare.

Da tempo non più “professione sanitaria ausiliaria” ma finalmente una professione piena di attività e responsabilità determinata anche dal riconoscimento del titolo di studio universitario e del Codice Dentologico (febbraio 1999). La formazione allora assume a diritto-dovere di tutti i professionisti sanitari di ogni ordine e grado ed il processo di formazione in quanto tale rappresenta un requisito indispensabile per la nostra attività: diventa un obiettivo strategico ed assolutamente prioritario per garantire una sempre migliore qualità del servizio reso, in linea con le necessità di una utenza sempre più cosciente dei propri diritti e giustamente esigente nelle proprie richieste.

È alla luce del succedersi di tali avvenimenti che hanno stimolato ad una maggiore sensibilità il personale dirigente medico ed anche dietro alle richieste pressanti degli infermieri professionali che nei giorni 21 e 22 novembre u.s. si è tenuto a Roma nella sede Provinciale INPS un incontro di formazione dei Collaboratori Sanitari dipendenti INPS del Lazio. Un ricco programma che ha spaziato dalla “revisione concettuale e normativa su prestazioni di malattia, infortuni e contenzioso giudiziario” alla “pubblicità previdenziale”; da una panoramica sulle “normative e prestazioni TBC” alla “gestione dei dati sanitari in relazione alla legge sulla privacy” fino alla “normativa interna INPS e uniformità procedurale in ambito sanitario.

Ma la vera novità all'interno dell'Istituto è stata che, con la partecipazione del Primario medico legale regionale ed altri primari della sede provinciale di Roma e della Direzione Generale che hanno disquisito su malattia, TBC e sugli aspetti propri della medicina legale in genere, questo corso ha visto per la prima volta la docenza di colleghi infermieri che si sono confrontati con temi noti e con nuove prospettive, tracciando la via per un percorso innovativo e durevole. Una ampia e dettagliata panoramica sulle innovazioni legislative nella professione infermieristica è stata illustrata da una collega, mentre una interessante applicazione piena di prospettive sull'utilizzo di procedure informatiche in un servizio infermieristico polispecialistico INPS è stato curato da un'altra collega che ivi presta servizio. Una esercitazione pratica sulla gestione dei dati statistici con particolare riferimento ad una procedura che monitorizza le giacenze ed i carichi di lavoro di una sede (Gasani) è stata sostenuta da un collega, mentre l'illustrazione della nuova cartella informatizzata in fase sperimentale da parte dello stesso collega ed una esplicitazione del ruolo di informazione del collaboratore sa-

---

nitario verso l'utente interno ed esterno sono stati rinviati ad altra data per carenza di tempo. Di rilevanza sono state le elezioni sul ruolo dell'infermiere professionale in un Centro Medico Legale INPS (con una impostazione particolare che verteva su tecniche e problematiche della comunicazione) ed un argomento tanto importante quanto sentito quale quello sull'autonomia professionale infermieristica. Questo argomento si è esplicitato in una lezione quasi di tecnica manageriale e programmatica nel quale si è come voluta riaffermare la capacità e la volontà di riappropriarci anche di quelle enunciazioni teoriche così care ad una docenza che raramente si è identificata con la nostra figura professionale.

L'affermazione che la nostra preparazione ci rende pronti nel campo dell'auto-formazione ci proietterà sempre più lontano, ormai i tempi sono maturi e tra di noi si evidenziano possibilità di nuovi ed importanti apporti culturali per la gestione dei corsi che hanno come obiettivo il nostro aggiornamento professionale specifico.

Gli infermieri professionali stanno dimostrando maturità e capacità per una formazione permanente, autori di riflessioni critiche sull'esperienza e sulla ricerca al fine di migliorare le autonome competenze, senza timore di autocritiche e/o verifiche.

La strada intrapresa dall'INPS (che ha già fatto richiesta ed ha iniziato le procedure previste per proporsi come "provider" per gli ECM medica ed infermieristica) è quella giusta: il prossimo passo ci auguriamo sarà quello di coniugare e responsabilizzare quelle professionalità presenti nell'Istituto stesso per rendere pertinente, efficace e non episodico un progetto di formazione che risponda tanto agli obblighi di legge quanto alle necessità individuate dal personale professionale in ordine agli obiettivi istituzionali propri dell'INPS.

## Norme redazionali per gli Autori

**L**a “Rassegna di Medicina Legale Previdenziale”, di seguito denominata MLP, 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 MLP - Maurizio Ceccarelli Morolli

Coordinamento generale medico-legale

Via Chopin, 49 - 00144 ROMA

La Redazione declina ogni responsabilità per eventuali smarrimenti del plico.



Gli Autori devono spedire l'elaborato in duplice copia e corredarlo, ove possibile, di relativo disk-file verificato con idoneo Viruscan e digitato in videoscrittura preferibilmente Windows-compatibile; inoltre, deve essere allegata una lettera di autorizzazione alla pubblicazione dove sia specificato l'esatto recapito postale a cui si desidera ricevere eventuale corrispondenza.

La Rivista prevede attualmente:

*Sezioni comunque presenti*

- 1) editoriali
- 2) lavori scientifici originali
- 3) consulenze tecniche di parte e/o d'ufficio

*Sezioni non costantemente presenti*

- 1) posta per il Direttore scientifico
- 2) comunicazioni, convegni/congressi e loro resoconti
- 3) angolo dell'infermiere
- 4) novità editoriali

#### 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, riformati e stampati esclusivamente ad uso personale. Senza il consenso dell’Editore, gli utenti internet accettino di non riprodurre, ritrasmettere, fornire, vendere, divulgare o diffondere le informazioni, i documenti e i materiali pubblicati su **www.inps.it**.