

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA



DOTTORATO DI RICERCA IN
AMBIENTE, PREVENZIONE E MEDICINA PUBBLICA

Indirizzo **SCIENZE BIOLOGICHE FORENSI**

XIX Ciclo

Tesi di Dottorato

**PENSIONISTICA DI PRIVILEGIO: PROPOSTA DI
INQUADRAMENTO NOSOGRAFICO E DI VALUTAZIONE
MEDICO-LEGALE DELLE INFERMITÀ DI NATURA PSICHICA**

Tutor: *Chiar.mo*
Prof. Claudio Buccelli

Dottorando:
dott. Vincenzo Graziano

Coordinatore: Prof. Claudio Buccelli

Anno Accademico: 2006-2007

Indice

Introduzione	3
1 Pensionistica di privilegio ed equo indennizzo	6
1.1 I trattamenti che afferiscono al settore della pensionistica privilegiata	6
1.2 L'istituto delle pensioni privilegiate e dell'equo indennizzo	7
1.3 Le provvidenze economiche	9
1.4 I termini per la presentazione delle domande	23
1.5 Le attività accertative medico-legali in tema di pensionistica privilegiata ed equo indennizzo	27
2 Il riconoscimento della causalità di servizio	32
2.1 Il rapporto causale o concausale nella valutazione delle infermità psichiche	41
2.2 Criteriologia e metodologia medico-legale per l'accertamento del nesso di causalità materiale	44
3. La valutazione medico-legale delle lesioni/infermità in tema di pensionistica privilegiata: le tabelle allegate al D.P.R. 834/81	48
4. Proposta di inquadramento nosografico e di valutazione delle infermità psichiche con riferimento alle tabelle A e B della pensionistica di privilegio	61
4.1 Inquadramento delle infermità psichiche secondo i criteri del DSM-IV-TR	63
4.2 La valutazione dell'incidenza del disturbo psichico sul funzionamento del soggetto	65
4.3 La quantificazione del valore menomativo delle infermità psichiche in termini di ridotta capacità lavorativa generica e loro collocazione nelle categorie previste dalle Tab. A e B di cui al D.P.R. 834/81	68
5. Conclusioni	73
6. Allegati	80
Bibliografia	111

Introduzione

L'istituto della pensione di privilegio è certamente di "antica"¹ concezione, ancorché la materia sia stata a più riprese rimaneggiata soprattutto nelle procedure.

A fronte di ciò, l'accertamento del nesso di causalità e la valutazione medico-legale delle infermità in tema di pensionistica privilegiata rappresentano, tutt'oggi, motivo di dibattito sia in dottrina che in giurisprudenza.

In particolare, si sono avute negli anni molteplici pronunce giurisprudenziali sui differenti e controversi aspetti della materia senza con ciò pervenire a definizioni univoche ed ancora oggi sussiste un'ampia discrezionalità valutativa da parte dei collegi giudicanti.

Tutto ciò rappresenta il corollario della circostanza che il Legislatore non ha mai inteso ridisciplinare in modo sostanziale la materia né armonizzarla con gli altri ambiti previdenziali e assicurativi, limitandosi, invece, ad

introdurre regolamenti finalizzati a semplificare e velocizzare le procedure accertative.

Ci si riferisce, in particolare, al D.P.R. 461 del 29 ottobre 2001, in deroga alla Legge 15/3/1997, n. 59, allegato 1, n. 23 e alla L. 24/11/2000, n. 340 allegato A, n. 63 (ed al successivo decreto applicativo del 12 febbraio 2004), concepito per riordinare e semplificare le procedure per la dipendenza da causa di servizio, che pur meritevole di aver introdotto elementi migliorativi della materia, rappresenta di fatto (ancora una volta) un'occasione mancata per pervenire alla formulazione di un esaustivo e definitivo Testo Unico della disciplina in questione.

Il predetto D.P.R. non ha, infatti, apportato sostanziali correttivi al sistema della pensionistica privilegiata e nemmeno ha ammodernato il sistema valutativo tabellare di riferimento, che resta tutt'oggi ancorato al D.P.R. 834/81.

¹ R.D. 21 febbraio 1875 n. 70, perfezionato dal relativo regolamento applicativo R.D. 5 settembre 1895 n. 603.

Quest'ultimo, com'è noto, è generalmente strutturato su un inquadramento nosografico delle infermità ormai superato cui corrispondono tassi di incapacità lavorativa generica non più attuali.

Queste problematiche risultano particolarmente evidenti nell'ambito delle infermità di natura psichiatrica, da ciò l'interesse per la nostra ricerca che è stata così articolata: dopo una preliminare review sull'argomento, per chiarire, alla luce del D.P.R. 461/01 e del successivo D.M. del 12 febbraio 2004, i benefici in materia di pensionistica di privilegio, i soggetti destinatari ed i termini di presentazione delle domande, si è passati ad esaminare la dottrina sul nesso causale nonché i criteri ed i parametri valutativi dello specifico sistema tabellare di riferimento con particolare riguardo alle infermità di natura psichica.

Si è, dunque, pervenuti ad una proposta di nuova classificazione dei disturbi psichici con ammodernamento dei riferimenti di valutazione tabellare di cui alle tabelle A e B annesse al D.P.R. 834/81.

1. - Pensionistica di privilegio ed equo indennizzo

1.1 - I trattamenti che afferiscono al settore della pensionistica privilegiata

Lo Stato tutela con particolare attenzione quei soggetti che abbiano riportato lesioni, infermità o morte a cagione del proprio servizio mediante forme di ristoro economico sganciate dai requisiti contributivi ma correlati ad un periodo minimo di servizio prestato (di qui il trattamento di "privilegio" rispetto alla concessione della pensione di quiescenza).

Il requisito fondamentale per il godimento di questi benefici economici è rappresentato dalla sussistenza di un rapporto di causalità (od anche concausalità) tra il servizio e gli eventi biologici produttivi di menomazioni dell'integrità personale (o della morte), che conducono ad un danno lavorativo, dovendosi precisare che non spetta alcun beneficio se lesioni, infermità o morte siano conseguenza di dolo o colpa grave del soggetto.

Le specifiche provvidenze riconosciute a queste categorie di soggetti sono le pensioni privilegiate (ordinaria e di guerra), l'equo indennizzo ed altri benefici economici a queste correlati.

1.2 - L'istituto delle pensioni privilegiate e dell'equo indennizzo

L'Istituto della pensione, dal latino "*pensio*" (rata di pagamento), trova le sue origini nella concessione, da parte dei sovrani, di benefici economici ai propri sudditi per benevolenza o quale riconoscimento di particolari meriti.

Nella seconda metà dell'Ottocento gruppi di comuni cittadini diedero inizio a varie forme di mutualità con successiva loro trasformazione in casse di previdenza.

Queste riconoscevano assegni vitalizi ai lavoratori che a seguito di malattie invalidanti avevano dovuto interrompere il proprio servizio.

Tali forme di mutualità vennero sostenute dallo Stato e pervennero, con il Testo Unico delle Leggi sulle pensioni

civili e militari (approvato con il R.D. 1895 n. 70) ed il collegato regolamento applicativo (R.D. 5 settembre 1895 n. 603), all'istituto della pensione.

Con il R.D. 21 novembre 1923 n. 2480 il diritto alla pensione privilegiata fu subordinato alla sussistenza di una dipendenza causale unica, diretta ed immediata dell'infermità e della morte con il servizio prestato.

Negli anni successivi alcune sentenze della Corte dei Conti recepirono la rilevanza del concorso di causa nell'ambito dell'istituto della dipendenza da causa di servizio.

Con l'art. 64 del "Testo Unico delle norme sul trattamento di quiescenza dei dipendenti civili e militari dello stato" (approvato con il D.P.R. 29 dicembre 1973, n. 1092) venne, infine, normativamente ammessa anche la dipendenza in senso concausale, purché "efficiente e determinante" (cfr. *infra*), tra servizio svolto e lesioni, infermità o morte.

L'equo indennizzo per gli impiegati civili dello Stato affetti da infermità causalmente connesse al servizio fu istituito

con il D.P.R. 10 gennaio 1957 n. 3 (Testo Unico sullo statuto degli impiegati civili dello Stato) e con le collegate norme di esecuzione (D.P.R. 3 maggio 1957, n. 686).

Esso fu successivamente esteso anche ad altre categorie di dipendenti pubblici².

1.3 - Le provvidenze economiche

- La pensione privilegiata ordinaria

La pensione privilegiata ordinaria (PPO) è una prestazione economica, periodica e vitalizia, concessa ai dipendenti pubblici per morte, lesioni o infermità (ascrivibili alle tabelle di cui al D.P.R. 834/81) dipendenti da causa di servizio.

Il diritto alla prestazione, per i non militari, è subordinata alla sussistenza di uno stato di inabilità all'espletamento del servizio.

² Guardie forestali dello Stato; personale delle cancellerie e segreterie giudiziarie; corpo dei Vigili del Fuoco; insegnanti, personale degli enti pubblici parastatali; militari di leva e di carriera appartenenti alle Forze Armate.

A tal proposito, la Corte dei Conti (1987) ha precisato che il presupposto per il riconoscimento della pensione privilegiata ordinaria ad un dipendente civile dello Stato, anche senza aver maturato il minimo del trattamento pensionistico, è quello di essere stato riconosciuto inabile al servizio e cioè di essere divenuto assolutamente incapace, per causa o concausa di servizio, allo svolgimento della propria attività lavorativa intesa nelle sue diverse mansioni e applicazioni, a nulla rilevando il fatto che lo stesso sia stato nel frattempo adibito a mansioni diverse al di fuori della precedente applicazione lavorativa³. L'inabilità in questione deve essere accertata con riferimento alle mansioni in concreto svolte dal dipendente al momento della cessazione del servizio⁴.

Va rilevato che per il riconoscimento della pensione non è indispensabile la cessazione dal servizio, potendo il soggetto divenuto inabile alla sua specifica mansione (per

³ Corte dei Conti, Sez. III, n. 60438 del 21 settembre 1987 e Sez IV, n. 71362 del 30 novembre 1987, riportate da CASTRICA R., BOLINO G. – *Pensionistica privilegiata*

causa di servizio) continuare a svolgere prestazioni lavorative diverse dalla propria fino al momento del raggiungimento del limite di età.

Il collocamento a riposo per quiescenza e non per dispensa è, dunque, compatibile con il riconoscimento del diritto alla PPO.

La pensione, oltre a poter essere concessa indipendentemente da requisiti contributivi, è cumulabile con altri trattamenti di attività o pensionistici (di qui l'ulteriore natura del "privilegio").

Ai fini dell'accertamento della causalità di servizio l'onere della prova è a carico del dipendente.

L'oggetto della prova comprende l'esistenza della malattia, l'esposizione ai fattori patogeni legati al servizio svolto ed il nesso etiologico tra i fatti di servizio e l'infermità presentata.

ordinaria e di guerra. Equo indennizzo. Lineamenti di medicina legale militare. Colosseum, Roma, 1992.

⁴ Sez. Giurisdiz. Reg. Lombardia, 11.4.95, n. 362, in Riv. Corte dei Conti, n. 2, 214, 1995.

Laddove le lesioni o infermità oggetto della tutela privilegiata abbiano avuto origine da fatti illeciti imputabili al datore di lavoro o allo Stato, l'azione risarcitoria del danno ingiusto ex art. 2043 c.c. non viene preclusa dal riconoscimento della pensione privilegiata ordinaria.

È importante segnalare che forme privilegiate di pensione (assegno privilegiato di invalidità e pensione privilegiata di inabilità) vengono riconosciute ex art 6. L. 222/1984 anche ai lavoratori dipendenti non pubblici allorquando le lesioni o le infermità risultino in rapporto causale diretto con la finalità di servizio.

La procedura per la concessione della pensione privilegiata ordinaria viene avviata d'ufficio⁵ o a domanda del dipendente (PPO diretta).

Può iniziare anche a domanda dei congiunti aventi diritto (PPO indiretta), per decesso del dipendente, anche successivamente alla dispensa o alla quiescenza, per

⁵ Quando il dipendente, per certa o presunta ragione di servizio, sia deceduto, abbia riportato lesioni o sia stato esposto a straordinari fenomeni morbosi idonei a realizzare menomazioni dell'integrità psico-fisica.

lesioni e infermità dipendenti da causa di servizio o con queste interdipendenti.

La c.d. "interindipendenza" si riferisce all'insorgenza di una nuova infermità, etiopatogeneticamente riconducibile ad altra preesistente già riconosciuta dipendente dal servizio, con interessamento anche di altri organi od apparati.

Per consolidata dottrina medico-legale e giurisprudenziale l'espressione interindipendenza delinea un rapporto di causalità, giuridicamente rilevante, che consente di correlare un'invalidità, già indennizzata, ad ogni altra menomazione dell'integrità anatomico-funzionale, diffusione o complicazione, nosograficamente nuova e diversa, interessante lo stesso organo e/o apparati e/o organi ed apparati cofunzionali.

Tale rapporto, deve essere fondato sull'esame della classica criteriologia medico-legale (cui si farà riferimento oltre).

L'interdipendenza è differente dal c.d. "aggravamento" che, sul piano medico-legale, rappresenta l'evoluzione

peggiorativa di uno stato morboso preesistente per accentuazione, diffusione o complicazione della medesima infermità interessante uno specifico organo, apparato e/o sistema.

In caso di decesso, per cause non dipendenti dal servizio, di un soggetto già titolare di PPO diretta, i suoi familiari (coniuge superstite anche se divorziato, orfani maggiorenni, genitori, germani) hanno diritto alla reversibilità del beneficio se inabili a qualsiasi proficuo lavoro (ossia se affetti, al momento dell'accertamento medico-legale, da riduzione della capacità lavorativa di entità tale da non consentire un'attività effettivamente remunerativa e ciò anche dopo il compimento del 65° anno di età).

- La *pensione privilegiata di guerra*

La pensione privilegiata di guerra (PPG) o pensione privilegiata straordinaria viene riconosciuta al militare o civile (o in caso di decesso ai congiunti) che, a causa della

guerra, abbia riportato infermità, lesioni o ferite da cui siano derivate la morte o menomazioni permanenti (ascrivibili alle tabelle annesse al D.P.R. del 30 dicembre del 1981, n. 834).

Viene, peraltro, riconosciuto anche il semplice aggravamento di preesistenti invalidità sempre che questo dipenda dal servizio (di guerra o attinente alla guerra) o dai fatti di guerra.

La straordinarietà degli eventi di guerra causa di danno ha indotto il Legislatore⁶ ad estendere i benefici pensionistici a diverse categorie di soggetti: a) soggetti militari ed equiparati; b) categorie speciali di soggetti militari ed equiparati; c) soggetti civili; d) categorie speciali di soggetti civili.

Sono stati anche determinati particolari criteri in materia di accertamento del nesso di causalità.

A tal proposito, viene fatta distinzione tra servizio di guerra, servizio attinente alla guerra e fatti di guerra.

Per *servizio di guerra* si intende la prestazione del servizio militare in tempo di guerra, ivi compreso lo stato di prigionia.

Per *servizio attinente alla guerra* si intende quello straordinario proprio del tempo di guerra, quello che in tempo di pace non sarebbe stato svolto per motivi anagrafici o di salute e quello ordinario che a cagione della guerra abbia assunto caratteristiche di gravosità⁷.

I *fatti di guerra* sono quelli connessi con l'esercizio preliminare alle operazioni di guerra svolte dalle Forze Armate, il sottrarsi all'offesa nemica, le lesioni da armi da fuoco belliche e da scoppio di ordigni bellici provocato da

⁶ Cfr. artt. 2, 3, 8 e 9 del T.U. delle norme in materia di pensioni di guerra approvato con D.P.R. 23/12/78 n. 915 e successive modificazioni ed integrazioni.

⁷ In dettaglio, per *servizio di guerra* si intende: 1) il servizio prestato da reparti operanti durante la guerra; 2) lo stato di prigionia; 3) la partecipazione ad attività addestrativa militare nelle immediate retrovie; 4) il periodo di sbandamento; 5) l'attività svolta dal corpo nazionale dei vigili del fuoco. Tale concetto viene esteso ai reparti e corpi militari o i servizi ausiliari dell'ONU. Per *servizio attinente alla guerra* si intende: 1) quello che esiste solo durante lo stato di guerra; 2) quello caratterizzato da maggiori rischi e/o pericoli in ragione dello stato di guerra rispetto a quanto accade in tempo di pace; 3) quello reso da: *a*) richiamati alle armi per esigenze di carattere eccezionale, *b*) soggetti che per età o salute sarebbero stati esonerati dagli obblighi di leva, *c*) soggetti sottoposti a servizi particolarmente gravosi in rapporto alle loro condizioni individuali; 4) la tutela ferroviaria; 5) la tutela costiera; 6) l'attività prestata nelle fabbriche di materiale bellico; 7) il servizio di addestramento militare effettuato dai giovani arruolati anzitempo e quindi fisicamente immaturi (CASTRICA R., BOLINO G. - *La consulenza tecnica in materia di pensioni di guerra, pensioni privilegiate ordinarie, equo indennizzo*. In: AA.VV. *La consulenza tecnica in medicina legale: metodologia operativa*. Giuffrè, Milano, 2001).

minori o da terzi, le violenze subite da forze nemiche, lo sfollamento dalla propria abitazione, il lavoro coatto, le attività di bonifica da ordigni bellici da parte di dipendenti pubblici, ecc.

Per i militari, per i soggetti militarizzati di diritto e per i civili colpiti da lesioni da armi da fuoco belliche e da ordigni esplosivi bellici ad opera di minori o di terzi il riconoscimento della dipendenza causale (o concausale) della lesione, infermità o morte è presunto, salvo prova contraria⁸.

In altre ipotesi deve procedersi con dimostrazione caso per caso.

I benefici economici riconosciuti nell'ambito della pensionistica privilegiata di guerra sono la pensione, l'assegno e l'indennità di guerra, che rappresentano un ristoro economico nei confronti dei soggetti che per cause di guerra abbiano riportato menomazioni dell'integrità psico-fisica o la perdita di un familiare.

La pensione viene riconosciuta nel caso di menomazioni dell'integrità psico-fisica (ascrivibili alla Tab. A del D.P.R. 834/81) non migliorabili.

Viene fatta distinzione tra pensione privilegiata diretta (erogata al soggetto invalido), pensione privilegiata indiretta (erogata al congiunto del deceduto a causa della guerra o per le conseguenze delle ferite, lesioni o infermità riportate a causa della guerra o con queste interdipendenti) e pensione di reversibilità (erogata ai congiunti del soggetto già titolare di pensione privilegiata di guerra⁹ e deceduto per cause non belliche).

L'assegno temporaneo viene riconosciuto per un periodo compreso tra 2 e 4 anni in relazione a menomazioni (tabellarmente individuate) migliorabili.

Al termine, al momento della riconsiderazione della menomazione, in rapporto alla sua ascrivibilità o meno, viene stabilito se riconoscere la pensione (ascrivibilità alla

⁸ Fanno eccezione le malattie epidemico-contagiose, per le quali non è ammessa la prova contraria.

⁹ Per menomazioni ascritte dalla II all'VIII Cat. Tab. A.

Tab. A), l'indennità una tantum (ascrivibilità alla Tab. B) o nessun beneficio (non ascrivibilità).

L'indennità una tantum viene erogata per le infermità ascrivibili alla Tab. B; essa viene monetizzata in rapporto all'entità della menomazione, da 1 a 5 annualità della pensione di VIII categoria.

La pensionistica privilegiata di guerra prevede, poi, assegni e benefici accessori.

I soggetti infra65enni, titolari di pensione o assegno privilegiato dalla VIII alla II Cat. Tab. A, che, per le caratteristiche delle infermità idonee ad arrecare pregiudizi ai colleghi di lavoro od alla sicurezza dell'ambiente lavorativo, dichiarati incollocabili, hanno diritto a domanda, fino al compimento del 65° anno di età, alla corresponsione di un *assegno temporaneo di incollocabilità* per periodi di 2-4 anni con un limite massimo cumulativo di 8 anni.

I titolari di pensione privilegiata di I Cat. Tab. A e di assegno di superinvalidità hanno diritto all'*indennità di*

assistenza e di accompagnamento sotto forma di indennità mensile per le necessità di assistenza e per la retribuzione di un accompagnatore e ciò anche nel caso in cui detto servizio venga espletato da un familiare (L. 30/12/1981, n° 834, art. 6).

Laddove coesistano più menomazioni di cui una ascrivibile alla I Categoria Tab. A viene previsto un *assegno di cumulo*.

I soggetti affetti da gravi menomazioni ascrivibili alla Tab. E hanno, infine, diritto ad un *assegno di superinvalidità* non reversibile.

Il beneficiario delle provvidenze economiche può chiedere la rivalutazione delle menomazioni già riconosciute per loro aggravamento o per insorgenza di nuove infermità causalmente interdipendenti con le prime.

La domanda può essere presentata, in caso di mancato accoglimento, fino a tre volte consecutive.

Vengono infine ammesse nuove domande di aggravamento dopo dieci anni dall'ultima non accolta.

- *L'equo indennizzo*

L'equo indennizzo è una forma di ristoro non previdenziale, rappresentata da una somma di denaro riconosciuta una tantum, ai dipendenti civili e militari dello Stato (e ad altre categorie di cittadini individuati per legge) per lesioni o infermità riconosciute dipendenti da causa di servizio (o per aggravamento di lesioni o infermità già riconosciute tali) da cui sia derivata una menomazione permanente della integrità psico-fisica (ascrivibile alle tabelle A e B di cui al D.P.R. 834/81).

Tale beneficio non esclude l'azione risarcitoria del danno ingiusto ex art. 2043 c.c. se lesioni o infermità abbiano avuto origine da fatti illeciti imputabili al datore di lavoro o allo Stato.

Il diritto all'equo indennizzo agli eredi del militare o dipendente morto per motivi di servizio è controverso in giurisprudenza.

La sua ammissione sarebbe limitata ai casi in cui al fatto di servizio consegua immediatamente una invalidità permanente e da questa la morte.

Il beneficio economico connesso al riconoscimento dell'equo indennizzo viene stabilito in base alla realtà menomativa presentata dal soggetto ed al livello lavorativo all'atto della sua assunzione; di qui la rilevanza della data di stabilizzazione della menomazione.

Nel caso di cumulo della pensione privilegiata ordinaria e dell'equo indennizzo, quest'ultimo viene ridotto della metà. Inoltre sono previste riduzioni dell'indennizzo medesimo in base all'età di stabilizzazione della menomazione (riduzione del 25% dopo il 50° anno di età e del 50% oltre il 60° anno di età).

Va, peraltro, specificato che non è ammesso il cumulo tra equo indennizzo e rendita eventualmente percepita dal dipendente in virtù di altra tutela assicurativa da parte dello Stato o del datore di lavoro.

Nel caso di aggravamento della menomazione psico-fisica per la quale è stato concesso l'equo indennizzo, può essere inoltrata, entro cinque anni dalla data di comunicazione del provvedimento e per una volta sola, domanda di rivalutazione del beneficio (a differenza dell'ambito INAIL che ammette ben sei revisioni nell'arco di dieci anni).

1.4 - I termini per la presentazione delle domande

Il procedimento per la concessione dei benefici può iniziare a domanda dell'avente diritto o d'ufficio.

Per i militari, in particolare, la procedura inizia d'ufficio (procedura d'urgenza) quando essi abbiano riportato lesioni violente (traumatiche) per certa o presunta ragione di servizio o quando l'infermità, sempre contratta per fatti di servizio, si verifica a seguito di un evento dannoso di carattere straordinario.

L'accertamento delle ferite, lesioni o infermità riportate in guerra deve avvenire entro 5 anni dalla cessazione del

servizio (di guerra o attinente alla guerra) o dai fatti di guerra.

Per alcune specifiche categorie di soggetti non v'è alcun termine utile per il predetto accertamento, tenuto conto delle obiettive difficoltà di tempestiva diagnosi in determinati contesti (ad es. deportati, ex prigionieri, ecc.).

Il D.P.R. 461/01 ha stabilito che, con eccezione per la richiesta di pensione privilegiata ordinaria, la domanda deve essere presentata entro 6 mesi dalla data in cui si è verificato l'evento dannoso o dalla data dell'avvenuta conoscenza dell'infermità (o dell'aggravamento di precedente infermità già riconosciuta).

La domanda, dunque, può anche essere presentata, in costanza di servizio, in qualsiasi momento, cioè senza alcun termine di decadenza, ma in tal caso avrà effetto solo ai fini di un'eventuale concessione della pensione privilegiata ordinaria.

In termini ancora più espliciti, la presentazione della domanda di riconoscimento di una infermità o lesione da

causa di servizio ai soli fini amministrativi non prevede alcun termine, ma restano validi:

- il termine di 6 mesi (anche per gli eredi) per ottenere la liquidazione dell'equo indennizzo;

- il termine di 5 anni dalla data di cessazione (per malattia, quiescenza o, per i militari, collocamento in congedo) del servizio, con estensione del limite a 10 anni per i soli casi di inabilità conseguente a parkinsonismo (ex art. 17, comma 2, D.P.R. 461/01) per il godimento della pensione privilegiata (con qualche distinguo per particolarissime condizioni relative ad eventi bellici e per i soggetti con comprovata incapacità di agire).

La domanda per il riconoscimento di equo indennizzo può essere contestuale o successiva a quella relativa agli altri benefici; nel secondo caso vanno, tuttavia, rispettati i termini di decadenza¹⁰.

¹⁰ Entro 6 mesi dalla data dell'avvenuta conoscenza del provvedimento di riconoscimento della dipendenza da causa di servizio ovvero entro 6 mesi dalla menomazione conseguente ad infermità già riconosciuta dipendente da causa di servizio; entro 5 anni dall'interruzione del lavoro (10 anni se le infermità sono ad etiopatogenesi non definita).

Come si è già detto, specifici requisiti per la concessione della pensione privilegiata ordinaria sono il raggiungimento di una posizione di diritto al pensionamento (maturazione degli anni di servizio o sopravvenuto limite di età) oppure la presenza di infermità inabilitanti al servizio, sempre che l'inabilità o le infermità siano causalmente (o concausalmente) ricollegabili al servizio e che queste ultime siano ascrivibili alle tabelle di cui al D.P.R. 834/81.

La domanda di *aggravamento* (modificazione peggiorativa) di una lesione o infermità già riconosciuta dipendente da causa di servizio o di guerra non ha alcun termine di prescrizione.

L'ascrivibilità della lesione o infermità ad una categoria superiore a quella già precedentemente riconosciuta viene equiparata all'aggravamento.

Sempre in materia di aggravamento e di causalità di servizio, va ricordato che il soggetto cui sia già stata riconosciuta lesione o infermità dipendente da causa di guerra può richiedere (ex art 2. L. 261/1991)

l'interdipendenza (causale o concausale) con la menomazione che ha dato diritto alla pensione di nuove infermità insorte nello stesso apparato organo-funzionale o in organi ed apparati cofunzionali.

Va anche precisato che i benefici vitalizi già concessi non sono suscettibili di revoca o riduzione salvo casi di errore, rinvenimento di nuovi documenti, accertate falsità di certificazioni o dichiarazioni.

Eventuali miglioramenti clinici non consentono, invece, modificazioni delle provvidenze godute dai beneficiari.

1.5 - Le attività accertative medico-legali in tema di pensionistica privilegiata ed equo indennizzo

Come si è detto, la materia dell'accertamento in tema di causalità di servizio è stata semplificata e ridisciplinata con il D.P.R. del 29 ottobre 2001, n° 461¹¹ e dal successivo D.M. del 12 febbraio 2004¹²

¹¹ “Regolamento recante semplificazione dei procedimenti per il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio, per la concessione della pensione privilegiata ordinaria e dell'equo indennizzo, nonché per il

Le principali innovazioni riguardano l'accertamento e la valutazione delle infermità (delegato a commissioni diverse in base alla categoria dell'istante), l'introduzione del Comitato di verifica per le cause di servizio e la precisazione dei soggetti destinatari dei benefici, individuati nei soli dipendenti dello Stato¹³.

L'accertamento delle infermità presunte dipendenti da causa di servizio dei dipendenti del Ministero della Difesa e del Ministero dell'Interno è delegata ad apposite commissioni mediche ospedaliere (C.M.O.) istituite presso ogni Ospedale Militare o Centro medico-legale militare.

Queste sono composte da tre membri di cui due ufficiali medici ed un medico specialista con voto consultivo per gli

funzionamento e la composizione del comitato per le pensioni privilegiate ordinarie"; G.U. Serie Generale n. 5 del 7 gennaio 2002.

¹² "Criteri organizzativi per l'assegnazione delle domande agli organismi di accertamento sanitario di cui all'art. 9 del decreto del presidente della Repubblica 20 ottobre 2001, n. 461, ed approvazione dei modelli di verbale utilizzabili, anche per le trasmissioni in via telematica, con le specificazioni sulle tipologie di accertamenti sanitari eseguiti e sulle modalità di svolgimento dei lavori"; G. U. Serie Generale n. 44 del 23 febbraio 2004.

¹³ I dipendenti dello Stato che rientrano nelle previsioni della citata norma sono quelli appartenenti a tutte le amministrazioni dello Stato, ivi compresi gli istituti e scuole di ogni ordine e grado e le istituzioni educative, le aziende e amministrazioni dello Stato ad ordinamento autonomo, le regioni, le province, i comuni, le comunità montane, e loro consorzi e associazioni, le istituzioni universitarie, gli istituti autonomi case popolari, le camere di commercio, industria, artigianato, e agricoltura, e loro associazioni, tutti gli enti pubblici non economici nazionali, regionali e locali, le amministrazioni, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale nonché gli impiegati civili e gli operai dello Stato, i magistrati ordinari, amministrativi della giustizia militare, gli avvocati e i procuratori dello Stato, gli insegnanti delle scuole e degli istituti di istruzione statali e i militari delle Forze armate dei Corpi di polizia.

accertamenti relativi agli appartenenti alle Forze Armate e di Polizia.

Negli altri casi sono composte da tre ufficiali medici, di cui uno preferibilmente specialista in medicina legale.

La Commissione Medica di Verifica del Ministero dell'Economia e delle Finanze è, invece, preposta agli accertamenti sanitari dei dipendenti di tutte le amministrazioni pubbliche (con ovvia eccezione dei dipendenti del Ministero della Difesa e del Ministero dell'Interno).

Entrambe le predette commissioni mediche hanno il compito di formulare il giudizio diagnostico e di idoneità al servizio, di determinare la data di conoscibilità e di stabilizzazione dell'infermità nonché di classificare le infermità secondo le tabelle di cui al D.P.R. 834/81.

Il dipendente, in occasione degli accertamenti medico-legali, può farsi assistere a sue spese da un medico di fiducia che, tuttavia, non costituisce parte integrante della commissione medica.

Il Comitato di verifica per le cause di servizio (già Comitato per le Pensioni Privilegiate Ordinarie) opera presso il Ministero delle Economia e delle Finanze, è composto da un numero variabile di 15-25 membri, scelti tra esperti della materia (magistrati, ufficiali medici superiori, funzionari medici delle amministrazioni dello Stato e dell'Arma) e svolge la funzione di valutare la sussistenza della causalità o concausalità tra l'infermità ed i fatti di servizio, senza entrare nel merito della valutazione del danno già effettuata dalle preposte commissioni mediche. Detto Comitato è presieduto da un magistrato (scelto tra quelli afferenti alla Corte dei Conti), nominato dal Ministero delle Economie delle Finanze.

In definitiva, il D.P.R. 461/01 ha riordinato e semplificato le procedure per il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio di infermità e/o lesioni ma ha lasciato intatto l'intero sistema di valutazione, sia del nesso di causalità materiale sia della ascrivibilità tabellare.

Un elemento di novità del tutto condivisibile è rappresentato dalla delega al solo Comitato di verifica per le cause di servizio del giudizio in tema di causalità materiale che ha eliminato la possibilità di discrepanze valutative da parte di commissioni differenti.

Ciò nondimeno, rimane discutibile, l'inversione di quel naturale processo di valutazione medico-legale delle lesioni/infermità che ne dovrebbe ammettere la tutela (e, dunque, la stima in termini di ridotta capacità lavorativa generica) previa verifica della sussistenza del nesso di concausalità/causalità materiale.

Le procedure accertative delineate dalla norma procedono, invece, nella direzione opposta.

2 - Il riconoscimento della causalità di servizio

Il riconoscimento della dipendenza da causa di servizio è imperniato sulla positiva verifica del rapporto di causalità (o concausalità) tra i fatti di servizio e lesioni, infermità o morte.

Essi sono caratterizzati dalla finalità di servizio e dalla intrinseca presenza del rischio di servizio.

La *finalità di servizio* attiene all'espletamento delle prestazioni lavorative in adempimento agli obblighi contrattuali.

Il *rischio di servizio* è un rischio specifico¹⁴ od anche generico aggravato e si concretizza in quella situazione di pericolo, potenziale o attuale, collegata al servizio medesimo.

¹⁴ Corte dei Conti, Sezione Marche, n. 86/2001: "Il servizio svolto dal pubblico dipendente deve aver assunto, nel caso concreto, un effettivo rilievo causale o concausale nei riguardi dell'infermità o lesione invalidante ad esso rapportabile, la quale, deve rappresentare il concreto realizzarsi della possibilità del determinarsi di un evento dannoso (rischio di servizio), in immediata correlazione agli scopi insiti nell'attività lavorativa svolta dal dipendente medesimo in favore della P.A. (finalità di servizio)"; sull'argomento si vedano anche le sentenze medesima sezione nn. 191/2003 e 166/2003.

Preliminarmente va rilevato che a mente dell'art. 64 del succitato "Testo Unico" (relativo alle norme sul trattamento di quiescenza dei dipendenti civili e militari dello stato) i *fatti di servizio* sono quelli "derivanti dall'adempimento degli obblighi di servizio", vale a dire quegli atti materiali che un soggetto è tenuto ad espletare in relazione al suo normale lavoro o all'ordine di un suo superiore.

Ai fini del riconoscimento della causalità di servizio, i fatti si realizzano quando nell'adempimento del servizio si riscontrano circostanze obiettive dotate di adeguata efficienza lesiva, potenziale o attuale; non deve necessariamente trattarsi di fattori eccezionali di servizio ma anche e solo di servizio ordinario purché con ricorrenza di fattori decisivi e prevalenti nello sviluppo di una determinata condizione morbosa anche nel suo aggravamento.

La sola circostanza della presenza in servizio non rileva, invece, ai fini dell'ammissione della causalità di servizio

perché essa delinea semplicemente una relazione cronologica, di per sé insufficiente a tale riconoscimento.

Per converso, la Corte dei Conti ha, poi, chiarito che il concetto di "fatto di servizio" non può essere limitato al periodo durante il quale il dipendente presta la sua opera nel corso dell'orario lavorativo, ma comprende qualsiasi situazione inerente la prestazione di servizio (e, dunque, anche se effettuata al di là del consueto orario lavorativo), purché comandata, autorizzata o svolta in virtù dei suoi doveri.

Vengono, peraltro, considerati "fatti di servizio" anche gli infortuni "in itinere", cioè quelli verificatisi durante l'abituale percorso che il soggetto è costretto a fare dal domicilio per raggiungere il luogo di servizio e viceversa, nonché gli infortuni occorsi durante riunioni sindacali o scioperi (sempre che, ovviamente, non siano derivati da comportamenti illeciti).

Una volta accertati i fatti di servizio, va analizzato il rapporto di causalità (o concausalità) tra questi e le lesioni,

infermità o morte oggetto del giudizio di dipendenza da causa di servizio.

A questo punto, è utile richiamare, le definizioni di causa, concausa e occasione.

La *causa* rappresenta una condizione necessaria e sufficiente, da sola, alla produzione di un evento che ne costituisce l'effetto.

La *concausa* è necessaria ma non è da sola sufficiente alla produzione dell'effetto, potendolo divenire se in concorso con altre circostanze.

L'*occasione* o causa occasionale è una circostanza favorevole alla produzione dell'effetto ma di per sé assolutamente incapace di produrlo.

In particolare, l'*occasione di servizio*, secondo giurisprudenza della Corte dei Conti¹⁵ va identificata in quella causa semplicemente rilevatrice di un'infermità derivante da fattori di predisposizione o costituzionali del soggetto.

In altri termini, il trovarsi in servizio costituisce una condizione generica (occasione) e per ciò di per sé non è sufficiente per ammettere la dipendenza da causa di servizio dell'infermità.

Va precisato che lo stato anteriore del soggetto, pur se etiopatogeneticamente correlato alle infermità oggetto di riconoscimento di dipendenza da causa di servizio, non rileva ai fini del giudizio.

Per l'accertamento del nesso di causalità va fatto riferimento alla criteriologia della dottrina medico-legale (compresa quella che più recentemente fa capo alla possibilità e probabilità scientifica).

In riferimento al nesso di concausalità, precedentemente all'emanazione del T.U. delle norme sul trattamento di quiescenza dei dipendenti pubblici, la Corte dei Conti¹⁶ aveva precisato che "...ai fini della concausa quando una inabilità fisica derivi da fattori inerenti al servizio e fattori ad esso estranei, l'esistenza di questi ultimi non è di per sé

¹⁵Corte dei Conti, Sez. IV, n. 17053 del 4 gennaio 1964.

ostacolo al riconoscimento del diritto a trattamento di privilegio, purché essi non siano prevalenti sui primi (elemento della preponderanza); l'elemento della necessità deve ammettersi ogni qualvolta i fattori di servizio abbiano in sé il potere di condeterminare il preteso effetto dannoso sia pure sul decorso della infermità invalidante e le circostanze persuadano (o almeno lascino fortemente presumere) che tali influenze abbiano in realtà avuto l'effetto considerato; nel senso che senza di esse l'effetto sarebbe stato diverso o sarebbe mancato”.

Questo significa almeno che nel novero delle molteplici concause che concorrono al determinismo dell'evento dannoso quella relativa ai fatti di servizio deve assumere “maggior peso” rispetto alle altre, vale a dire che deve agire con significativa e comunque, ben individuabile maggiore intensità rispetto alle altre cause eventualmente presenti.

¹⁶ Corte dei Conti,, Sez. II, n. 12382 del 14 dicembre 1951.

Con il precitato art. 64 il giudizio medico-legale relativo all'accertamento del nesso di concausalità venne, invece, delimitato alle concause efficienti e determinanti nella produzione dell'effetto lesivo.

In relazione a queste aggettivazioni della concausa in letteratura è stato da tempo rilevato che: "...una concausa non può non essere efficiente, posto che se priva di tale requisito, non potrebbe definirsi tale, ma al tempo stesso non può essere determinante perché dovrebbe allora definirsi una causa. Il termine efficiente, dunque, è nella specie pleonastico perché concettualmente insito nella definizione di concausa, mentre determinante è improprio, se riferito alla concausa, perché ne modifica il significato e l'essenza. [...] Allo stato dei fatti la definizione legislativa è comunque tale da frustrare oggettivamente ogni ragionevole rigore dell'accertamento medico-legale, consentendo di ascrivere a causa di servizio la patologia più diversa e, vanificando, sovente, ogni seria possibilità di

obiettivo accertamento del reale rapporto di causalità fra danno e servizio prestato”.

Siffatto inconveniente è stato comunque, parzialmente mitigato dalla riproposizione in giurisprudenza così come in dottrina medico-legale della concausa preponderante in luogo di quella determinante.

A tal proposito, la Corte dei Conti¹⁷ ha precisato che: “...la concausa può ritenersi efficiente allorché si connota in stretto rapporto con la prestazione militare da considerare quale causa principale, anche se non esclusiva alla genesi della malattia (rapporto di causa ed effetto); si qualifica determinante allorché i fatti di servizio assurgono, invece, a ruolo di elementi preponderanti ed idonei ad influire sul determinismo del male, nel senso che in loro difetto questo non sarebbe insorto o aggravato”.

In tale maniera viene operata una equivalenza tra la concausa determinante e quella preponderante.

¹⁷ Corte dei Conti, Sez. IV, n. 76675 dell'1 luglio 1991.

In sintesi, dunque, il riconoscimento per la dipendenza da causa di servizio richiede il concorso delle seguenti condizioni:

a) dipendenza da fatti di servizio di lesioni, infermità o morte;

b) loro riconducibilità agli obblighi di servizio quali causa ovvero concausa (ovviamente) efficiente e preponderante.

In conclusione, si ribadisce che le concause non efficienti e determinanti così come la semplice occasione o la coincidenza escludono il nesso di causalità materiale e, pertanto, il diritto alla pensione privilegiata ordinaria (straordinaria) o all'equo indennizzo¹⁸.

¹⁸ Corte dei Conti, Sez. IV, n. 76675 dell'1 luglio 1999: "Ai fini del riconoscimento della dipendenza da servizio di un'infermità, la concausa può ritenersi "efficiente" allorché si connota in stretto rapporto con la presentazione del militare da considerare quale causa principale, anche se non esclusiva alla genesi della malattia (rapporto di causa ed effetto); si qualifica "determinante" allorché i fatti di servizio assurgono, invece, a ruolo di elementi preponderanti ed idonei ad influire sul determinismo del male nel senso che in loro difetto questo non sarebbe insorto o aggravato. Necessita dunque per affermare la sussistenza del nesso etiologico comprovare l'esistenza di fatti della vita militare che hanno provocato l'insorgenza o l'aggravamento del male in guisa da meritare, per esplicita volontà legislativa, di essere assimilati in toto alla causa di servizio".

2.1 - Il rapporto causale o concausale nella valutazione delle infermità psichiche

La valutazione del nesso di causalità o concausalità efficiente e preponderante (allo stato, oggetto di giudizio del Comitato di Verifica per le Pensioni Privilegiate) ha un ruolo fondamentale nei procedimenti di richiesta per causa di servizio soprattutto per quelle patologie che hanno un'acclarata etiopatogenesi multifattoriale.

Tra queste rientrano a pieno titolo quelle di natura psichiatrica che, peraltro, rappresentano frequente oggetto di richiesta di causa di servizio.

Va precisato che nella causa di servizio la predisposizione organica o una preesistente infermità non costituiscono motivo ostativo al riconoscimento sempre che il fatto di servizio medesimo abbia influito sull'insorgenza o sul decorso invalidante dell'affezione morbosa.

In altri termini, una preesistente infermità non può essere considerata tassativo motivo di esclusione per il riconoscimento di causa di servizio di una menomazione

psichica, laddove i fatti di servizio hanno avuto ruolo concausale efficiente e preponderante rispetto ad altri fattori.

Ciò non è, tuttavia, valido laddove una grave compromissione psichica preesistente ai fatti di servizio abbia svolto un ruolo determinante nella manifestazione della infermità oggetto di valutazione.

Si ritiene utile ribadire che il riconoscimento per la dipendenza da causa di servizio richiede il concorso di due condizioni:

- 1) il fatto che ha determinato la lesione, l'infermità o la morte deve essere connesso al servizio, ossia dovuto all'adempimento degli obblighi di servizio, sia in riferimento alle mansioni della qualifica professionale sia all'adempimento di uno specifico ordine (per semplificare, il trovarsi in servizio costituisce una condizione generica, cioè un'occasione e, quindi, non è di per sé sufficiente per ammettere la dipendenza da causa di servizio dell'infermità);

2) deve sussistere un nesso di causalità o concausalità tra adempimento degli obblighi di servizio e lesione o infermità.

Per la valutazione del rapporto causale tra evento lesivo e disturbo psichico deve quindi, farsi riferimento alle seguenti principali possibilità:

- disturbo psichico di natura organica preesistente all'evento lesivo;
- disturbo psichico slatentizzato dall'evento lesivo che ha agito su una base psicopatologica preesistente;
- disturbo psichico direttamente conseguente ad un evento lesivo in senso temporale e patogenetico.

È evidente che nella prima ipotesi non vi è alcun rapporto causale tra infermità e servizio; nella seconda evenienza l'evento lesivo assume al ruolo di concausa; nella terza è causa unica.

2.2 - Criteriologia e metodologia medico-legale per l'accertamento del nesso di causalità materiale

La valutazione medico-legale dovrà basarsi sugli ormai classici criteri di giudizio tesi a dimostrare una valida correlazione tra la causa lesiva connessa al servizio effettuato dal dipendente e l'infermità o lesione conseguente.

I criteri per il riconoscimento del nesso causale si fondono sulla presunzione della dipendenza per i militari e i soggetti militarizzati (se in servizio di guerra) e sull'onere della prova per i dipendenti civili dello Stato.

In riferimento a questi ultimi il rapporto di causalità deve essere, quindi, dimostrato da chi richiede il beneficio, sulla base di concreti elementi che mettono in connessione il danno subito con l'espletamento dell'obbligo di servizio a cui è addetto.

L'oggetto della prova comprende l'esistenza della malattia, l'esposizione ai fattori patogeni legati al servizio svolto ed il

nesso etiologico tra i fatti di servizio e l'infermità presentata.

La metodologia medico-legale consiste nella positiva verifica dei criteri, che rappresentano le regole per valutare la sussistenza del rapporto causale tra il fatto di servizio e l'infermità.

Questi criteri sono costituiti da:

- 1) criterio storico: valuta tutto ciò che afferisce all'ambiente in cui il soggetto svolge la sua attività;
- 2) criterio cronologico: valuta l'intervallo di tempo trascorso dall'azione lesiva alla comparsa dei primi sintomi del processo morboso;
- 3) criterio di idoneità lesiva quali-quantitativa e modale: consiste nel valutare le caratteristiche qualitative e quantitative e modali dell'evento lesivo a produrre una conseguenza dannosa;
- 4) criterio topografico: è basato sul rapporto di corrispondenza tra il segmento anatomico interessato dall'azione lesiva e la regione corporea dove insorge la

malattia. La produzione del processo morboso può essere diretto (es.: un pneumotorace destro da frattura costale omolaterale), indiretto (es.: la broncopolmonite nei traumatizzati lungodegenti) o da contraccolpo (interessamento della regione parietale destra del parenchima cerebrale per contusione cranica a sinistra);

5) criterio della continuità fenomenologica: consiste nella valutazione della sussistenza ininterrotta tra i sintomi seguiti all'azione lesiva e quelli della malattia in esame. Se esiste tale successione si realizza la cosiddetta "sindrome a ponte", vale a dire la continuità delle manifestazioni cliniche tra loro concatenate;

6) criterio di esclusione di altri momenti etiologici: consiste nell'escludere altre possibili cause responsabili dell'evento che si esamina (ad esempio prima di ammettere che una sindrome vertiginosa è riconducibile ad un trauma cranico, si dovrà escludere che vi siano patologie di altra natura idonee a produrre la stessa sintomatologia);

7) criterio etiologico: studia i meccanismi patogenetici della malattia.

Se l'analisi dei predetti criteri porterà ad una conclusione di assenza di relazione tra evento lesivo e il processo morboso, il rapporto di causa sarà inesistente.

Nell'ipotesi opposta o si perviene alla conclusione che esiste un rapporto di causa unica tra il fattore eziologico esaminato e la malattia sviluppata o che il fattore eziologico in esame ha agito insieme ad altre cause, in tal caso si parlerà di rapporto concausale.

Verificata la sussistenza del nesso causale/concausale tra l'attività lavorativa e il processo morboso si potrà passare alla valutazione della infermità presentata in termini di ridotta capacità lavorativa generica con riferimento obbligatorio alle tabelle di cui al D.P.R. n. 834/1981.

3. - La valutazione medico-legale delle lesioni/infermità in tema di pensionistica privilegiata: le tabelle allegate al D.P.R. 834/81

Stabilito che sussiste nesso causale (o concausale) tra i fatti di servizio e l'evento patogeno nonché tra questo e le lesioni o infermità (dunque si tratta di verificare un doppio nesso etiologico), può pervenirsi alla valutazione del danno alla persona, con specifico riferimento alle Tab. A, B, E, F ed F1 allegate al D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834.

Il sistema tabellare in questione risale nella sua quasi immodificata struttura ad oltre mezzo secolo fa (1950) con minimali rimaneggiamenti nel tempo, tra i quali meritano citazione quelli del 1968 (Legge 313), del 1978 (D.P.R. 915) e l'ultimo del 1981 (D.P.R. 834).

Il D.P.R. 834/81 rappresenta, dunque, l'attuale sistema di valutazione tabellare di riferimento, con qualche revisione apportata dalla Legge 656 del 1986 e dalla Legge 261 del 1991.

Va specificato che i tassi prospettati nelle predette tabelle fanno riferimento alla riduzione della capacità lavorativa generica.

La tabella A comprende un insieme di 202 voci raggruppate in otto categorie (allegato 1), ciascuna delle quali contiene un elenco di infermità, che corrispondono a percentuali di riduzione della capacità lavorativa generica, progressivamente crescenti per gravità dalla VIII alla I categoria.

Ciascuna delle predette categorie della tabella A può essere correlata ad un proprio range percentuale di ridotta capacità lavorativa secondo quanto prospettato dalla giurisprudenza della Corte dei Conti¹⁹ e recepito dalla dottrina medico-legale.

Per complessi di due o più infermità, ciascuna ascrivibile alla Tab. A, la valutazione verrà effettuata mediante

¹⁹ Corte dei Conti, Sez. II, Pens. Guerra, n. 53491 del 1 giugno 1960 (cfr. allegato 2). : I Cat.: 81-100%; II Cat.: 76-80%; III Cat.: 71-75%; IV Cat.: 61-70%; V Cat.: 51-60%; VI Cat.: 41-50%; VII Cat.: 31-40%; VIII Cat.: 20-30%.

cumulo delle categorie secondo quanto specificato nella Tab. F1 di cui al D.P.R. 23 dicembre 1978, n°915.

L'ascrivibilità delle menomazioni alla Tab. A dà diritto al collocamento obbligatorio, alla pensione vitalizia (per infermità non suscettibili di miglioramento) e all'assegno temporaneo (per infermità migliorabili con il tempo) per un periodo di 2-4 anni.

La Tab. B è costituita da 18 voci relative ad infermità produttive di ridotta capacità lavorativa ricompresa nel range dell'11-20% (allegato 1).

Le infermità che rientrano nella previsione della Tab. B danno diritto al riconoscimento dell'equo indennizzo.

V'è, dunque, di fatto una franchigia del 10% per il riconoscimento di benefici economici.

In altri termini, quelle lesioni/infermità che a giudizio delle competenti commissioni mediche non raggiungono un grado di ridotta capacità lavorativa generica pari almeno al minimo previsto per la tabella B, non risultano classificabili nel sistema tabellare in questione.

Al termine della concessione dell'assegno temporaneo, al momento della rivalutazione della menomazione, in rapporto alla sua ascrivibilità o meno, viene stabilito se riconoscere la pensione vitalizia (ascrivibilità alla Tab. A), l'indennità una tantum (ascrivibilità alla Tab. B) o nessun beneficio (non ascrivibilità).

Le menomazioni ascrivibili alla Tab. E danno, invece, diritto alla concessione di un assegno di superinvalidità²⁰, non reversibile, per quelle persone con gravi complessi menomativi che necessitano per la propria autonomia, relazionale e vegetativa, di assistenza continuativa da parte di terzi (allegato 1).

Detta tabella comprende, infatti, 32 voci relative a quadri clinici altamente invalidanti raggruppati in ordine di gravità decrescente in 9 gruppi (elencati con le lettere A, A bis, B, C, D, E, F, G, H).

²⁰ Questa, secondo la definizione di Macchiarelli (2006) rappresenta una perdita completa delle attitudini psico-somatiche al lavoro con necessità, per la natura delle invalidità presentate, dell'assistenza altrui o di una continua degenza al letto o di un ricovero in luogo di cura.

La Tab. F indica la misura economica dell'assegno di cumulo.

La Tab. F1 viene utilizzata nel caso della coesistenza di due infermità o lesioni ascrivibili dalla III all'VIII categoria della Tab. A di cui sopra (allegato 1).

Pertanto, all'invalido compete, per il complesso di esse, il trattamento di pensione in base alla categoria che risulta dal cumulo di infermità o lesioni medesime, secondo quanto previsto dalla Tab. F1 annessa alla Legge 18/3/1968.

Laddove le infermità in esame non risultino esplicitamente riportate nelle tabelle A e B si può procedere con criterio analogico o di equivalenza, facendo comunque riferimento ai criteri applicativi delle predette tabelle ed all'ascrivibilità in altre categorie tabellate.

Fanno eccezione le infermità elencate nella Tab. E, che ha carattere tassativo (salvo per le infermità sub B n° 2 e sub F n° 8).

Orbene, va rilevato che le Tabelle di cui al D.P.R. del 30 dicembre 1981 n. 834 rappresentano uno strumento valutativo che, per quanto utile sul piano applicativo, è rimasto cristallizzato su conoscenze cliniche non più attuali. Per convincersene, può evidenziarsi che in esse ricorrono diversi casi di indebita ipervalutazione di infermità oggi connotate da un assai più contenuto significato nosografico in relazione alle migliorate possibilità terapeutiche.

È il caso, ad esempio, della "ulcera gastrica o duodenale radiologicamente accertata" (rectius "malattia peptica ulcerosa") che trova collocazione nella VI categoria della Tab. A (cioè corrisponde ad una ridotta capacità lavorativa generica del 41-50%).

Va anche rilevato che le predette Tabelle non contemplano moltissime patologie, alcune, per vero, emerse solo negli ultimi decenni (ad es. AIDS, epatopatie virus correlate), altre, perché, non aggiornate nella loro moderna tassonomia (in particolare la classificazione delle infermità di natura psichica è desueta).

Per contro tale sistema tabellare annovera con dovizia di particolari le amputazioni totali o parziali di dita o di falange con tutte le possibili combinazioni.

Ciò non deve stupirci considerando che la strutturazione e l'articolazione delle infermità tabellare è riconducibile ad una logica da pensionistica di guerra.

Inoltre l'impostazione medico-legale di dette tabelle è strutturata su una metodologia non univoca che fa riferimento a criteri talora non comparabili tra di loro quali di tipo menomativo (amputazione di coscia), clinico (diabete mellito di notevole gravità, cistite cronica), sintomatico (tachicardia, extrasistolia), lavorativo o socio-relazionale (lesioni del SNC con conseguenze gravi di grado tale da apportare profondi ed irreparabili perturbamenti alle funzioni più necessaria alla vita organica e sociale o da determinare incapacità a lavoro proficuo).

Pur in considerazione della ratio della norma, che tende a privilegiare i danni alla persona da cause di guerra e di servizio, non può, inoltre, non rilevarsi l'ampia

sperequazione valutativa di alcune infermità rispetto ad altri ambiti di tutela previdenziale e assistenziale che finiscono per dare origine a situazioni di privilegio nel privilegio.

Per semplificare, si riporta l'esempio dell'ulcera gastrica o duodenale che, come si è detto, viene ascritta ad un range di ridotta capacità lavorativa generica del 41-50%.

Tale ipertrofica valutazione poteva trovare giustificazione, forse, prima dell'avvento della moderna efficace terapia farmacologica della malattia peptica, laddove il più delle volte per eradicare questa malattia si era costretti ad interventi gastro-intestinali demolitivi, assai menomanti.

Un altro momento di sperequazione valutativa viene generato nel caso di menomazioni multiple.

I criteri applicativi delle Tabelle prevedono, infatti, un meccanismo di cumulo del valore menomativo delle infermità (invece delle ben note formule riduzionistiche utilizzate in altri ambiti).

Ciò consente, attraverso la sommatoria di multiple, non sempre consistenti, realtà menomative (Tab. F1, allegato 1), di raggiungere categorie tabellari anche elevate.

Peraltro, non v'è alcuna distinzione tra il cumulo di menomazioni coesistenti (cioè insistenti su sistemi e/o organi tra loro non funzionalmente correlati) e concorrenti (cioè riguardanti lo stesso sistema organo-funzionale o più sistemi tra loro funzionalmente correlati).

Da rilevare anche un'anomala applicazione della norma che preoccupa soprattutto a livello giurisprudenziale per una consistente tendenza (peraltro condivisa -almeno in un recente passato- anche nella fase amministrativa da valutatori non medico-legali) al riconoscimento della causalità pressoché automatico in casi di lungo rapporto di servizio sulla base di impostazioni scientifiche inadeguate, approssimative, talora fantasiose, in riferimento a fattori estranei al servizio che spesso costituiscono essi stessi la causa preponderante della infermità e delle sue conseguenze.

Alle predette anomalie ed incongruenze va posta correzione mediante rigorosa applicazione del metodo medico-legale e alla luce delle più aggiornate conoscenze scientifiche, anche per evitare che alla moderna medicina basata sull'evidenza inopportuna si contrapponga una medicina (non più) legale strutturata sulla insussistenza.

Per quanto di specifico interesse è assolutamente inadeguata sia la classificazione delle infermità psichiche (che non tiene in alcun conto l'evoluzione tassonomica seguita dalle varie edizioni del DSM) sia la loro ascrivibilità che risente di anacronistici presupposti clinico-scientifici.

In proposito, va rilevato che nella Tab. A ed E di cui al D.P.R. 834/81 (modificate ed integrate dalla L. 656/86 e dalla L. 261/91) viene prospettata la classificazione delle infermità psichiche di cui nelle tabelle in appresso.

Categoria (Tab A) Infermità

- I tutte le alterazioni delle facoltà mentali (sindrome schizofrenica, demenza paralitica, demenze traumatiche, demenza epilettica, distimie gravi, etc) che rendono l'individuo incapace a qualsiasi attività.
- IV psico-nevrosi gravi (fobie persistenti).
- VI psico-nevrosi di media entità.
- VII isteronevrosi di media gravità.
- VIII sindrome nevrotiche lievi, ma persistenti.

Tab E Infermità

- G-3 tutte le alterazioni delle facoltà mentali (schizofrenia e sindromi schizofreniche, demenza paralitica, demenze traumatiche, demenza epilettica, distimie gravi, etc) che rendono l'individuo incapace a qualsiasi attività.
- F-7 alterazioni delle facoltà mentali che apportino profondi perturbamenti alla vita organica e sociale.
- E-5 alterazioni delle facoltà mentali che richiedono trattamenti sanitari obbligatori non in condizioni di degenza nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate o che abbiano richiesto trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera, cessati ai sensi della L. 180 del 13/5/1978, sempre che, tali alterazioni apportino profondi perturbamenti alla vita organica e sociale.
- A-4 alterazione delle facoltà mentali tali da richiedere trattamenti sanitari obbligatori in condizione di degenza nelle strutture ospedaliere pubbliche e convenzionate.

Risulta evidente, dalle voci tabellari sopra riportate, il limite della inutile ed aspecifica ripetizione di categorie diagnostiche con riferimento a tutto lo spettro delle manifestazioni cliniche e disfunzionali delle patologie psichiatriche.

La predetta desueta classificazione tabellare non corrisponde al moderno approccio clinico delle patologie psichiatriche che le affronta in base sia alla sintomatologia manifestata produttiva di alterazioni dei processi biologici e/o psicologici, sia alla ripercussione di tali effetti sulla sfera socio-relazionale del soggetto.

In buona sostanza, la valutazione delle infermità psichiche deve essere riferita al pregiudizio delle aree specifiche del funzionamento globale di ogni soggetto (Cimaglia e Rossi, 2000), identificabili nel funzionamento psicologico, sociale ed occupazionale (Brontolo e Marigliano, 1996).

Da ciò l'improrogabile esigenza di un adeguato inquadramento delle patologie psichiatriche secondo moderne criteriologia e metodologia valutativa medico-

legale, che tengano conto della situazione clinica del soggetto, della sua incidenza sulla validità globale e dei riflessi occupazionali.

In proposito, Bolino et al. (2006) in una loro proposta di classificazione e valutazione dei disturbi psichici, rilevano che la nomenclatura utilizzata per l'inquadramento delle infermità psichiche nel settore della pensionistica privilegiata è anacronistica e non più rispondente agli attuali orientamenti di inquadramento nosografico, precisando che si è raggiunto parere comune su una nosografia psichiatrica improntata a parametri di maggiore scientificità, basati su criteri diagnostici standard.

4. - Proposta di inquadramento nosografico e di valutazione delle infermità psichiche con riferimento alle tabelle A e B della pensionistica di privilegio.

Tenuto conto della pressante necessità di un più moderno sistema di classificazione delle patologie psichiche basato su criteri diagnostici standardizzati, si prospetta una ipotesi di classificazione valutativa tabellare delle menomazioni psichiche nell'ambito della pensionistica di privilegio.

La nostra metodologia può essere compendiata nei seguenti steps:

a) inquadramento delle infermità psichiche secondo i criteri del sistema multiassiale adottato dal manuale statistico diagnostico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR, 2005), che consente di valutare le singole manifestazioni psichiche (Asse I, Asse II e Asse III), le condizioni psicosociali, ambientali (Asse IV) ed il funzionamento globale (Asse V) del soggetto.

b) valutazione dell'incidenza del disturbo psichico sulle aree della memoria²¹, attenzione-concentrazione²², funzioni esecutive²³, percezione²⁴, ragionamento²⁵ e funzionamento emotivo²⁶ attraverso esplorazioni testistiche²⁷ (psicometriche e psicodiagnostiche) standardizzate, adottate dal succitato manuale, al fine di graduare (laddove possibile) l'entità della infermità presentate in lieve, media e grave;

c) quantificazione del valore menomativo, in termini di ridotta capacità lavorativa generica, delle infermità psichiche e loro collocazione nelle categorie previste dalle Tab. A e B di cui al D.P.R. 834/81 (con riferimento,

²¹ Le funzioni della memoria si suddividono in: codificazione, conservazione e recupero dell'informazione.

²² Sono le capacità di assegnare, distribuire e mantenere le risorse cognitive in funzione del compito o dei compiti da effettuare.

²³ È la capacità di decidere se e come impegnarsi in una certa azione, di stabilire obiettivi e scopi, la capacità di pianificare e correggere l'azione in atto.

²⁴ Rappresenta il processo di riconoscimento, elaborazione, integrazione ed interpretazione degli stimoli sensoriali.

²⁵ È la capacità del soggetto di eseguire operazioni mentali che mettono in relazione due o più unità elementari.

²⁶ La funzione emotiva costituisce l'insieme di quelle sensazioni caratterizzate da manifestazioni somatiche come alterazioni del ritmo cardiaco e dell'attività respiratoria, che si producono in seguito all'adattamento mentale dell'individuo in rapporto a determinate situazioni.

²⁷ Scala di Hamilton Rating Scale for Depression (disturbi dell'umore); Scala Hamilton Rating Scale for Anxiety (disturbi d'ansia), Mini Mental State Examination e Wechsler Adult Intelligent Scale, Revised (disturbi cognitivi), Sandoz Clinical Assesment Geriatric (disturbi dissociativo-comportamentali), Rorschach e MMPI (disturbi della personalità).

secondo criterio analogico o di equivalenza, ai tassi prospettati nei barèmes usualmente impiegati in altri ambiti).

4.1 - Inquadramento delle infermità psichiche secondo i criteri del DSM-IV-TR

Il sistema di classificazione multiassiale del DSM-IV-TR risulta così strutturato:

ASSE I	Disturbi clinici; altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica.
ASSE II	Disturbi di personalità; ritardo mentale.
ASSE III	Condizioni mediche generali.
ASSE IV	Problemi psicosociali ed ambientali.
ASSE V	Valutazione globale del funzionamento.

Il ricorso a tale moderno sistema di classificazione delle infermità psichiche facilita il corretto inquadramento categoriale dei vari disturbi mentali in rapporto anche alle

problematiche ambientali e sociali nonché del livello di funzionamento globale dell'individuo.

Questo ultimo viene riportato sull'Asse V tramite la scala per la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF), che deve essere utilizzata in riferimento alla valutazione del funzionamento psicologico e sociale.

Tale scala è strutturata in dieci ambiti di funzionamento numericamente ordinati da 1 a 100, decrescenti per il "funzionamento" e crescenti per la gravità dei sintomi.

Si va da "nessun sintomo" con "funzionamento ottimale", cui corrispondono valori da 100-91 (classe I), al massimo di compromissione del "funzionamento", cui si attribuiscono valori da 10 a 1 (classe X).

La scala costituisce un importante riferimento per la valutazione e la stima del funzionamento psicologico di ogni individuo, dovendo specificarsi che le condizioni comprese tra i valori 100 e 71 non hanno alcun rilievo per la determinazione del danno, mentre le restanti classi

comprese tra 70 ed 1 corrispondono a condizioni patologiche e menomanti.

Il range scriminante, incompatibile con un'adeguata capacità lavorativa e sociale, può essere individuato nella fascia di 41-31 (allegato 2).

Inclusa nell'appendice B del DSM-IV-TR è riportata la Scala di Valutazione del Funzionamento Sociale e Lavorativo (*SVFSL*) utilizzata come misura sintetica del più alto livello di funzionamento conseguito dal soggetto.

Anch'essa è centilica e strutturata come la precedente rappresentando un valido supporto per la quantificazione delle condizioni invalidanti.

4.2 – La valutazione dell'incidenza del disturbo psichico sul funzionamento del soggetto

Al fine di pervenire ad una corretta valutazione medico-legale dell'infermità psichica si ritiene utile fare riferimento all'incidenza quantitativa della menomazione psichica su

alcune diverse funzioni mentali in luogo della capacità lavorativa generica.

Il funzionamento psicologico costituisce in effetti il modo di essere di ogni individuo in relazione alle esperienze soggettive intra-psichiche ed in rapporto con la realtà.

Esso è il prodotto dell'integrazione dinamica tra le componenti biopsicologiche strutturali, proprie di ogni soggetto, ed il complesso di stimoli che gli provengono dall'ambiente; associata alla primaria attività psicologica vi sono il funzionamento sociale ed occupazionale.

Ecco, perché ai fini della valutazione medico-legale delle infermità psichiche deve assumersi quale riferimento il modo soggettivo, unico ed irripetibile di agire e reagire nell'interrotta dinamica relazionale tra la realtà interna e quella esterna.

Ne consegue che la stima del danno psichico è rivolta alla verifica e misurazione delle funzioni psichiche (attenzione, memoria, percezione ecc.).

Sul piano medico-legale, l'esame delle predette aree di funzionamento deve essere affrontata, ovviamente, attraverso strumenti standardizzati utili sia per la diagnosi che per la valutazione, vale a dire mediante scale e test applicati al campo della psico-patologia forense specificamente disegnati per l'approfondimento e la misurazione della sintomatologia psichica.

La valutazione testistica rappresenta, pur con i suoi oggettivi limiti, uno strumento utile per l'approccio di tipo dimensionale (quantificazione del disturbo presentato) ed una esplorazione metodologica che può fornire elementi di rilievo per la diagnosi categoriale delle infermità psichiche.

4.3 – La quantificazione del valore menomativo delle infermità psichiche in termini di ridotta capacità lavorativa generica e loro collocazione nelle categorie previste dalle Tab. A e B di cui al D.P.R. 834/81

Per la quantificazione delle patologie psichiche e la loro collocazione nelle categorie previste dalla Tab. A-B di cui al D.P.R. 834/81, si è fatto riferimento, secondo criterio analogico o di equivalenza, alle espressioni percentuali (in termini di danno biologico), indicate nell'ambito dell'infortunistica lavorativa, della previdenza sociale e della responsabilità civile rapportandole, ovviamente, ai criteri applicativi delle predette tabelle e, specificamente, alla riduzione della capacità lavorativa generica (come previsto dal legislatore nell'ambito della pensionistica di privilegio).

Come si è accennato, a ciascuna delle predette otto categorie della tabella A ed alla Tabella B può essere correlato un proprio range percentuale (100-81%; 80-

76%; 75-71%; 70-61%, 60-51%, 50-41%; 40-31%; 30-20%; 20-11%) di ridotta capacità lavorativa generica, secondo quanto sancito in sede giurisprudenziale.

Dall'uso integrato della moderna tassonomia del DSM-IV-TR, dei predetti criteri di valutazione, con riferimento alle tabelle A e B di cui al D.P.R. dell'834/01, si possono, dunque, prospettare le seguenti ipotesi di valutazione tabellare dei principali disturbi psichici nell'ambito della pensionistica privilegiata.

Infermità	Tabella	Categoria
<p>Demenza di grave entità con deliri.</p> <p>Disturbo schizofrenico cronico di grave entità con deliri, allucinazioni e compromissione delle aree ideative-comportamentali.</p> <p>Ritardo mentale grave (livello di QI da 20-25 a 35-40).</p> <p>Disturbo ciclotimico cronico grave con necessità di terapia continua.</p>	A	I (81-100%)
<p>Disturbo delirante cronico di grave entità con necessità di terapia continua.</p> <p>Disturbo bipolare di grave entità.</p>	A	II (76-80%)
<p>Disturbo depressivo maggiore di grave entità con malinconia e sintomi psicotici gravi (alterazione della realtà).</p> <p>Disturbo dissociativo di grave entità.</p> <p>Disturbo depressivo NAS di grave entità.</p> <p>Disturbo di personalità grave con condotta autolesiva.</p>	A	III (71-75%)
<p>Disturbo schizofrenico cronico di grado moderato con comportamento caratterizzato da episodi di delirio ed allucinazioni.</p> <p>Disturbo delirante cronico di moderata entità senza necessità di terapia continua.</p> <p>Disturbo ciclotimico di grado medio con ripercussione sulla vita sociale.</p> <p>Disturbo depressivo maggiore di grave entità con malinconia e manifestazione psicotiche.</p>	A	IV (61-70%)
<p>Demenza di grado moderato con disturbi comportamentali.</p> <p>Ritardo mentale di grado moderato (livello di QI da 35-40 a 50-55).</p> <p>Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità di grave entità.</p> <p>Disturbo dell'adattamento di grave entità con ansia ed umore depresso.</p> <p>Disturbo somatiforme di grave entità con ipocondria grave.</p> <p>Disturbo istrionico di personalità di grave entità.</p> <p>Disturbo da attacco di panico di grave entità con agorafobia.</p>	A	V (51-60%)

Infermità	Tabella	Categoria
<p>Disturbo depressivo maggiore di grave entità senza manifestazione psicotiche. Disturbo dissociativo di grado moderato. Ipocondria di grave entità. Disturbo da attacco di panico grave con agorafobia. Disturbo psicotico NAS di grave entità. Sindrome prefrontale psico-organica di forma grave.</p>	A	VI (41-50%)
<p>Demenza di grado lieve con umore depresso. Ritardo mentale lieve (livello di QI da 50-55 a circa 70). Disturbo depressivo maggiore di grado moderato. Disturbo post-traumatico da stress cronico di grave entità. Distimia di grave entità. Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità di media entità. Disturbo dell'adattamento di moderata entità con ansia ed umore depresso. Ipocondria di moderata entità. Disturbo d'ansia generalizzato di grave entità. Disturbo fobico di grave entità. Disturbo psicotico NAS di grado medio. Disturbo istrionico di personalità di media entità.</p>	A	VII (31-40%)
<p>Disturbo schizofrenico cronico di lieve entità privo di fase attiva. Disturbo delirante cronico di lieve entità senza necessita di terapia continua. Disturbo depressivo maggiore di grado lieve. Disturbo post-traumatico da stress cronico di moderata entità. Disturbo dissociativo di grado lieve. Distimia di moderata entità. Disturbo somatiforme di moderata entità. Disturbo d'ansia generalizzato di moderata entità. Disturbo da attacco di panico di media entità. Disturbo fobico di moderata entità. Disturbo psicotico NAS di lieve entità. Disturbo istrionico di personalità di lieve entità. Sindrome prefrontale psico-organica di forma moderata.</p>	A	VIII (20-30%)

Infemità	Tabella	Categoria
Disturbo post-traumatico da stress cronico di grado lieve. Distimia di lieve entità. Disturbo ossessivo-compulsivo di personalità di grado lieve. Disturbo dell'adattamento di lieve entità con umore depresso. Disturbo dell'adattamento di grado lieve con ansia. Disturbo somatiforme di lieve entità. Ipocondria di lieve entità. Disturbo d'ansia generalizzato di lieve entità. Disturbo da attacco di panico di lieve entità. Disturbo fobico semplice di grado lieve. Sindrome prefrontale psico-organica di forma lieve.	B	(11-20%)

5. Conclusioni

La valutazione e la classificazione delle infermità nel settore della pensionistica di privilegio, specie delle malattie psichiatriche, rappresenta ancora oggi motivo di discussione.

Ciò deriva per larga parte dalla mancata opera di aggiornamento del sistema valutativo proprio di questa materia.

In particolare, si ritiene utile ribadire che le tabelle di cui al D.P.R. 834/81:

- a) non riportano molte infermità frequentemente lamentate dai dipendenti dello Stato;
- b) utilizzano una terminologia superata e non rispondente alla tassonomia della medicina contemporanea;
- c) ipervalutano, anche in modo consistente, alcune infermità per mancata considerazione delle odierne possibilità di terapia farmacologica;

d) realizzano, attraverso il cumulo di infermità di modesto valore menomativo, il raggiungimento di categorie tabellari elevate e, quindi, di giudizi automatici di permanente non idoneità alla specifica mansione lavorativa non congrui.

Questi i motivi per i quali è imprescindibile una radicale revisione del sistema valutativo tabellare al fine di renderlo più aderente a quella moderna dottrina medico-legale che auspica l'armonizzazione, nei diversi ambiti di riferimento, dei criteri di valutazione del danno alla persona.

Il sistema della pensionistica privilegiata rientra, infatti, a pieno titolo nella più ampia galassia della valutazione del danno permanente alla persona nel quale sono ricompresi diversi ambiti (penale, civile, assicurativo privato e sociale, socio-assistenziale) con norme diversificate e discordanti parametri di valutazione del danno.

È un dato di fatto che questa eterogeneità è fonte di sperequazioni perché un medesimo danno può trovare

differente considerazione e valutazione in base all'ambito ed al barème di riferimento.

Ecco perché, pur con il dovuto riguardo ai riflessi della compromissione della validità psico-fisica nei diversi ambiti applicativi, resta l'opportunità di un unico parametro di riferimento per la valutazione del danno "base" alla persona.

D'altra parte, la sussistenza di norme indipendenti ha creato dei comparti stagni tecnocratici con incremento spropositato delle prestazioni, a volte sovrapponibili, evidenti difficoltà interpretative delle disposizioni (spesso contraddittorie) e aumento indiscriminato della spesa pubblica.

Per vero, il dibattito su queste problematiche portò, oltre dieci anni fa, alla promulgazione della L. n° 335 dell'8 agosto 1995 che, tuttavia, per sua inefficacia in fase attuativa si è tradotta in un'occasione mancata di armonizzazione valutativa medico-legale della ridotta validità psico-fisica nei diversi ambiti.

D'altra parte, l'emanazione del D.Lgs n° 38/00 che, com'è noto, ha introdotto anche in ambito INAIL il danno biologico indennizzabile quale parametro di riferimento per la valutazione del danno lavorativo, è indissolubilmente ricollegata alla crescente attenzione prestata alla persona umana, con le sue prioritarie esigenze di tutela e sviluppo, imposte dall'averla l'art. 2 Cost. collocata al centro del nostro sistema di valori costituzionali.

Questa rinnovata concezione ha portato al superamento del tradizionale rapporto tra danno al patrimonio e danno alla persona, col passaggio da una concezione egemonica del primo, ad una rivendicazione della peculiare rilevanza del secondo.

In questo contesto potrebbe trovare spazio un processo di concentrazione nella tutela della salute del minimo comune denominatore tra responsabilità civile e sicurezza sociale.

Una soluzione logica potrebbe essere quella che considera il danno biologico, in sostituzione dell'anacronistico concetto di capacità lavorativa generica, quale unico

parametro di riferimento di tutta la normativa della pensionistica di privilegio come di qualsiasi altra forma di invalidità²⁸.

Va chiarito che il danno biologico ha valenze fortemente funzionali, legate all'efficienza fisio-psichica del danneggiato; il danno alla salute rappresenta invece la personalizzazione di questo, la sua risonanza sullo stato di benessere del lesa, il vissuto individuale e soggettivo della menomazione espressa dal danno biologico.

In effetti il percorso verso il danno biologico fu iniziato dal Pellegrini nel 1937 attraverso la sua proposizione dell'“invalidità biologica”, intesa quale “elemento obiettivabile di una qualche limitazione, non importa se viscerale o segmentaria, funzionale o morfologica”.

La svolta fondamentale a tale processo di evoluzione dottrinarie fu, com'è noto, determinata dal Gerin nella sua strenua propugnazione della necessità di spostare l'attenzione valutativa e risarcitoria dall'uomo-macchina

²⁸ Come peraltro suggerito dalla mozione approvata nel 2001 dal consiglio direttivo della Società Italiana di

produttivo di ricchezza all'uomo-persona, riconoscendo all'uomo in quanto tale un suo valore economico.

Di qui, il concetto di validità intesa come efficienza fisiopsichica allo svolgimento di qualunque attività, lavorativa ed extra-lavorativa.

Alla base del danno così delineato vi è necessariamente l'aspetto di disfunzionalità, per cui se non vi è modificazione peggiorativa di una o più funzioni per effetto della lesione subita il danno alla persona non avrà interesse medico-legale.

Ed allora, se il danno biologico a parità di espressione clinica ha medesima rilevanza medico-legale per ciascun individuo (salvo poi a differenziarsi nel danno alla salute che può essere diverso per ciascuna persona) e si esprime attraverso una ridotta o abolita funzionalità, ne è proponibile sicuramente il suo impiego nell'ambito della pensionistica di privilegio pur nella consapevolezza di

spostare l'attenzione dal significato lavorativo della menomazione al suo valore morfo-funzionale.

Questo cammino di uniformità di tutela della salute passa necessariamente attraverso una valutazione omogenea della invalidità.

Il concetto di danno alla salute non può per ragioni di giustizia e di etica sostanziale restare confinato alla sfera del diritto privato, ma deve giungere in un ordito comune ed unificante ad interessare tutti gli ambiti di danno di rilievo medico-legale.

Pertanto -ed infine- se tale processo unificante richiede una circoscrizione dei confini della tutela della salute ci si deve sforzare con realismo e disponibilità a realizzarla, anche a prezzo di qualche sacrificio concettuale ma in vista di un vantaggio più ampio nella costruzione di un sistema valutativo complessivo del danno alla persona moderno e funzionale.

6. ALLEGATI

Allegato 1

Tabella A

Prima categoria:

- 1) La perdita dei quattro arti fino al limite della perdita totale delle due mani e dei due piedi insieme.
- 2) La perdita di tre arti fino al limite della perdita delle due mani e di un piede insieme.
- 3) La perdita di ambo gli arti superiori fino al limite della perdita totale delle due mani.
- 4) La perdita di due arti, superiore ed inferiore (disarticolazione o amputazione del braccio e della coscia).
- 5) La perdita totale di una mano e dei due piedi.
- 6) La perdita totale di una mano e di un piede.
- 7) La disarticolazione di un'anca; l'anchilosi completa della stessa, se unita a grave alterazione funzionale del ginocchio corrispondente.
- 8) La disarticolazione di un braccio o l'amputazione di esso all'altezza del collo chirurgico dell'omero.
- 9) L'amputazione di coscia o gamba a qualunque altezza, con moncone residuo improtesiabile in modo assoluto e permanente.

- 10) La perdita di una coscia a qualunque altezza con moncone protesizzabile, ma con grave artrosi dell'anca o del ginocchio dell'arto superstite.
- 11) La perdita di ambo gli arti inferiori sino al limite della perdita totale dei piedi.
- 12) La perdita totale di tutte le dita delle mani ovvero la perdita totale dei due pollici e di altre sette o sei dita.
- 13) La perdita totale di un pollice e di altre otto dita delle mani, ovvero la perdita totale delle cinque dita di una mano e delle prime due dell'altra.
- 14) La perdita totale di sei dita delle mani compresi i pollici e gli indici o la perdita totale di otto dita delle mani compreso o non uno dei pollici.
- 15) Le distruzioni di ossa della faccia, specie dei mascellari e tutti gli altri esiti di lesioni grave della faccia e della bocca tali da determinare grave ostacolo alla masticazione e alla deglutizione sì da costringere a speciale alimentazione.
- 16) L'anchilosi temporo-mandibolare completa e permanente.
- 17) L'immobilità completa permanente del capo in flessione o in estensione, oppure la rigidità totale e permanente del rachide con notevole incurvamento.

- 18) Le alterazioni polmonari ed extra polmonari di natura tubercolare e tutte le altre infermità organiche e funzionali permanenti e gravi al punto da determinare una assoluta incapacità al lavoro proficuo.
- 19) Fibrosi polmonare diffusa con enfisema bolloso o stato bronchiectasico e cuore polmonare grave.
- 20) Cardiopatie organiche in stato di permanente scompenso o con grave e permanente insufficienza coronarica ecg. accertata.
- 21) Gli aneurismi dei grossi vasi arteriosi del collo e del tronco, quando, per sede, volume o grado di evoluzione determinano assoluta incapacità lavorativa.
- 22) Tumori maligni a rapida evoluzione.
- 23) La fistola gastrica, intestinale, epatica, pancreatica, splenica, rettovescica ribelle ad ogni cura e l'ano preternaturale.
- 24) Incontinenza delle feci grave e permanente da lesione organica.
- 25) Il diabete mellito ed il diabete insipido entrambi di notevole gravità.
- 26) Esiti di nefrectomia con grave compromissione permanente del rene superstite (iperazotemia, ipertensione e complicazioni cardiache) o tali da necessitare trattamento emodialitico protratto nel tempo.
- 27) Castrazione e perdita pressoché totale del pene.

28) Tutte le alterazioni delle facoltà mentali (sindrome schizofrenica, demenza paralitica, demenze traumatiche, demenza epilettica, distimie gravi, ecc.) che rendano l'individuo incapace a qualsiasi attività.

29) Le lesioni del sistema nervoso centrale; (encefalo e midollo spinale) con conseguenze gravi e permanenti di grado tale da apportare profondi e irreparabili perturbamenti alle funzioni più necessarie alla vita organica e sociale o da determinare incapacità a lavoro proficuo.

30) Sordità bilaterale organica assoluta e permanente accertata con esame audiometrico.

31) Sordità bilaterale organica assoluta e permanente quando si accompagni alla perdita o a disturbi gravi e permanenti della favella o a disturbi della sfera psichica e dell'equilibrio statico-dinamico.

32) Esiti di laringectomia totale.

33) Le alterazioni organiche ed irreparabili di ambo gli occhi che abbiano prodotto cecità bilaterale assoluta e permanente.

34) Le alterazioni organiche ed irreparabili di ambo gli occhi tali da ridurre l'acutezza visiva binoculare da 1/100 a meno di 150.

35) Le alterazioni organiche ed irreparabili di un occhio, che ne abbiano prodotto cecità assoluta e permanente con l'acutezza visiva dell'altro ridotta tra 1/50 e 3/50 della normale.

Seconda categoria:

- 1) Le distruzioni di ossa della faccia, specie dei mascellari e tutti gli altri esiti di lesione grave della faccia stessa e della bocca tali da menomare notevolmente la masticazione, la deglutizione o la favella oppure da apportare evidenti deformità, nonostante la protesi.
- 2) L'anchilosi temporo-mandibolare incompleta, ma grave e permanente con notevole riduzione della funzione masticatoria.
- 3) L'artrite cronica che, per la molteplicità e l'importanza delle articolazioni colpite, abbia menomato gravemente la funzione di due o più arti.
- 4) La perdita di un braccio o avambraccio sopra il terzo inferiore.
- 5) La perdita totale delle cinque dita di una mano e di due delle ultime quattro dita dell'altra.
- 6) La perdita di una coscia a qualunque altezza.
- 7) L'amputazione medio tarsica o la sotto astragolica dei due piedi.
- 8) Anchilosi completa dell'anca o quella in flessione del ginocchio.
- 9) Le affezioni polmonari ed extra polmonari di natura tubercolare che per la loro gravità non siano tali da ascrivere alla prima categoria.
- 10) Le lesioni gravi e permanenti dell'apparato respiratorio o di altri apparati organici determinate dall'azione di gas nocivi.

- 11) Bronchite cronica diffusa con bronchiectasie ed enfisema di notevole grado.
- 12) Tutte le altre lesioni od affezioni organiche della laringe, della trachea che arrechino grave e permanente dissesto alla funzione respiratoria.
- 13) Cardiopatie con sintomi di scompenso di entità tali da non essere ascrivibili alla prima categoria.
- 14) Gli aneurismi dei grossi vasi arteriosi del tronco e del collo, quando per la loro gravità non debbano ascriversi alla prima categoria.
- 15) Le affezioni gastro-enteriche e delle ghiandole annesse con grave e permanente deperimento organico.
- 16) Stenosi esofagee di alto grado, con deperimento organico.
- 17) La perdita della lingua.
- 18) Le lesioni o affezioni gravi e permanenti dell'apparato urinario salvo, che per la loro entità, non siano ascrivibili alla categoria superiore.
- 19) Le affezioni gravi e permanenti degli organi emopoietici.
- 20) Ipoacusia bilaterale superiore al 90% con voce di conversazione gridata ad concham senza affezioni purulente dell'orecchio medio.
- 21) Le alterazioni organiche ed irreparabili di ambo gli occhi tali da ridurre l'acutezza visiva binoculare tra i 1/50 e 3/50 della normale.

22) Castrazione o perdita pressoché totale del pene.

23) Le paralisi permanenti sia di origine centrale che periferia interessanti muscoli o i gruppi muscolari che presiedono a funzioni essenziali della vita e che, per i caratteri e la durata, si giudichino inguaribili.

Terza categoria:

1) La perdita totale di una mano o delle sue cinque dita, ovvero la perdita totale di cinque dita tra le mani compresi i due pollici.

2) La perdita totale del pollice e dell'indice delle due mani.

3) La perdita totale di ambo gli indici e di altre cinque dita fra le mani che non siano i pollici.

4) La perdita totale di un pollice insieme con quella di un indice e di altre quattro dita fra le mani con integrità dell'altro pollice.

5) La perdita di una gamba sopra il terzo inferiore.

6) L'amputazione tarso-metatarsica dei due piedi.

7) L'anchilosi totale di una spalla in posizione viziata e non parallela all'asse del corpo.

8) Labirintiti e labirintosi con stato vertiginoso grave e permanente.

9) La perdita o i disturbi gravi della favella.

10) L'epilessia con manifestazioni frequenti.

11) Le alterazioni organiche e irreparabili di un occhio, che abbiano prodotto cecità assoluta e permanente, con l'acutezza visiva dell'altro ridotta tra 4/50 e 1/10 della normale.

Quarta categoria:

1) L'anchilosi totale di una spalla in posizione parallela all'asse del corpo.

2) La perdita totale delle ultime quattro dita di una mano o delle prime tre dita di essa.

3) La perdita totale di tre dita tra le due mani compresi ambo i pollici.

4) La perdita totale di un pollice e dei due indici.

5) La perdita totale di uno dei pollici e di altre quattro dita fra le due mani esclusi gli indici e l'altro pollice.

6) La perdita totale di un indice e di altre sei o cinque dita fra le due mani che non siano i pollici.

7) La perdita di una gamba al terzo inferiore.

8) La lussazione irriducibile di una delle grandi articolazioni, ovvero gli esiti permanenti delle fratture di ossa principali (pseudo artrosi, calli molto deformi, ecc.) che ledano notevolmente le funzioni di un arto.

9) Le malattie di cuore senza sintomi di scompenso evidenti, ma con stato di latente insufficienza del miocardio.

- 10) Calcolosi renale e bilaterale con accessi dolorosi frequenti e con persistente compromissione della funzione emuntoria.
- 11) L'epilessia a meno che per la frequenza e la gravità delle sue manifestazioni non sia da ascrivere a categorie superiori.
- 12) Psico-nevrosi gravi (fobie persistenti).
- 13) Le paralisi periferiche che comportino disturbi notevoli della zona innervata.
- 14) Pansinusiti purulente croniche bilaterali con nevralgia del trigemino.
- 15) Otite media purulenta cronica bilaterale con voce di conversazione percepita ad concham.
- 16) Otite media purulenta cronica bilaterale con complicazioni (carie degli ossicini, esclusa quella limitata al manico del martello, coestearomi, granulazioni).
- 17) Labirintiti e labirintosi con stato vertiginoso di media gravità.
- 18) Le alterazioni organiche e irreparabili di ambo gli occhi tali da ridurre l'acutezza visiva binoculare tra 4/50 e 1/10 della normale.
- 19) Le alterazioni organiche e irreparabili di un occhio che ne abbiano prodotto cecità assoluta e permanente, con l'acutezza visiva dell'altro ridotta tra 2/10 e 3/10 della normale.
- 20) Le alterazioni irreparabili della visione periferica sotto forma di emianopsia bilaterale.

21) Le alterazioni organiche ed irreparabili di un occhio che ne abbiano prodotto cecità assoluta e permanente, con alterazioni pure irreversibili della visione periferica dell'altro, sotto forma di restringimento concentrico del campo visivo di tale grado da lasciarne libera soltanto la zona centrale o le zone più prossime al centro, oppure sotto forma di lacune di tale ampiezza da occupare una metà del campo visivo stesso o settori equivalenti.

Quinta categoria:

- 1) L'anchilosi totale di un gomito in estensione completa o quasi.
- 2) La perdita totale del pollice e dell'indice di una mano.
- 3) La perdita totale di ambo i pollici.
- 4) La perdita totale di uno dei pollici e di altre tre dita tra le mani che non siano gli indici e l'altro pollice.
- 5) La perdita totale di uno degli indici e di altre quattro dita fra le mani che non siano il pollice e l'altro indice.
- 6) La perdita di due falangi di otto e sette dita fra le mani che non siano quelle dei pollici.
- 7) La perdita della falange ungueale di otto dita compresa quella dei pollici.
- 8) La perdita di un piede ovvero l'amputazione unilaterale medio-tarsica o la sotto astragalica.

- 9) La perdita totale delle dita dei piedi o di nove od otto dita compresi gli alluci.
- 10) La tubercolosi polmonare allo stato di esiti estesi, ma clinicamente stabilizzati, sempre previo accertamento stratigrafico, quando essi per la loro entità non determinino grave dissesto alla funzione respiratoria.
- 11) Gli esiti di affezione tubercolare extra polmonare, quando per la loro entità e localizzazione non comportino assegnazioni a categoria superiore o inferiore.
- 12) Le malattie organiche di cuore senza segno di scompenso.
- 13) L'arteriosclerosi diffusa e manifesta.
- 14) Gli aneurismi arteriosi o arterovenosi degli arti che ne ostacolano notevolmente la funzione.
- 15) Le nefriti o le nefrosi croniche.
- 16) Diabete mellito o insipido di media gravità.
- 17) L'ernia viscerale molto voluminosa o che, a prescindere dal suo volume, sia accompagnata da gravi e permanenti complicazioni.
- 18) Otite media purulenta cronica bilaterale senza complicazioni con voce di conversazione percepita a 50 cm accertata con esame audiometrico. Otite media e cronica unilaterale con complicazioni (carie degli ossicini, esclusa quella limitata al manico del martello, colesteatoma, granulazioni).

19) La diminuzione bilaterale permanente dell'udito non accompagnata da affezioni purulente dell'orecchio medio, quando l'audizione della voce di conversazione sia ridotta ad concham.

20) Le alterazioni organiche ed irreparabili di ambo gli occhi tali da ridurre l'acutezza visiva binoculare, tra 2/10 e 3/10 della normale.

21) Le alterazioni organiche ed irreparabili di un occhio, che ne abbiano prodotto cecità assoluta e permanente, con l'acutezza visiva dell'altro ridotta tra 4/10 e 7/10 della normale.

22) La perdita anatomica di un bulbo oculare, non protesizzabile, essendo l'altro integro.

23) Le alterazioni organiche ed irreparabili della visione periferica di entrambi gli occhi, sotto forma di restringimento concentrico del campo visivo di tale grado da lasciarne libera soltanto la zona centrale, o le zone più prossime al centro, oppure sotto forma di lacune di tale ampiezza da occupare una metà del campo visivo stesso o settori equivalenti.

Sesta categoria:

1) Le cicatrici estese e profonde del cranio con perdita di sostanza delle ossa in tutto il loro spessore, senza disturbi funzionali del cervello.

2) L'anchilosi totale di un gomito in flessione completa o quasi.

- 3) La perdita totale di un pollice insieme con quella del corrispondente metacarpo ovvero insieme con la perdita totale di una delle ultime tre dita della stessa mano.
- 4) La perdita totale di uno degli indici e di altre tre dita fra le mani, che non siano i pollici e l'altro indice.
- 5) La perdita totale di cinque dita fra le mani che siano le ultime tre dell'una e due delle ultime tre dell'altra.
- 6) La perdita totale di uno dei pollici insieme con quella di altre due dita fra le mani esclusi gli indici e l'altro pollice.
- 7) La perdita totale delle tre ultime dita di una mano.
- 8) La perdita delle due ultime falangi delle ultime quattro dita di una mano, ovvero la perdita delle due ultime falangi di sei o cinque dita fra le mani, che non siano quelle dei pollici.
- 9) La perdita della falange ungueale di sette o sei dita fra le mani, compresa quella dei due pollici, oppure la perdita della falange ungueale di otto dita fra le mani compresa quella di uno dei due pollici.
- 10) L'amputazione tarso-metatarsica di un solo piede.
- 11) La perdita totale di sette o sei dita dei piedi compresi i due alluci.
- 12) La perdita totale di nove od otto dita dei piedi compreso un alluce.
- 13) La perdita totale dei due alluci e dei corrispondenti metatarsi.

- 14) Ulcera gastrica o duodenale, radiologicamente accertata, o gli esiti di gastroenterostomia con neostoma ben funzionante.
- 15) Morbo di Basedow che per la sua entità non sia da ascrivere a categoria superiore.
- 16) Nefrectomia con integrità del rene superstite.
- 17) Psico-nevrosi di media entità.
- 18) Le nevriti ed i loro esiti permanenti.
- 19) Sinusiti purulente croniche o vegetanti con nevralgia.
- 20) La diminuzione bilaterale permanente dell'udito, non accompagnata da affezioni purulente dell'orecchio medio, quando l'audizione della voce di conversazione sia ridotta alla distanza di 50 cm.
- 21) Le alterazioni organiche ed irreparabili di un occhio che ne abbiano prodotto una riduzione dell'acutezza visiva al di sotto di 1/50, con l'acutezza visiva dell'altro normale, o ridotta fino a 7/10 della normale.

Settima categoria:

- 1) Le cicatrici della faccia che costituiscono notevole deformità. Le cicatrici di qualsiasi altra parte del corpo estese e dolorose o aderenti o retratte che siano facili ad ulcerarsi o comportino apprezzabili

disturbi funzionali, a meno che per la loro gravità non siano da equipararsi ad infermità di cui alle categorie precedenti.

2) L'anchilosi completa dell'articolazione radiocarpica.

3) La perdita totale di quattro dita fra le mani, che non siano i pollici né gli indici.

4) La perdita totale dei due indici.

5) La perdita totale di un pollice.

6) La perdita totale di uno degli indici e di due altre dita fra le mani che non siano i pollici o l'altro indice.

7) La perdita delle due falangi dell'indice e di quelle di altre tre dita fra le mani che non siano quelle dei pollici.

8) La perdita della falange ungueale di tutte le dita di una mano, oppure la perdita della falange ungueale di sette o sei dita tra le mani compresa quella di un pollice.

9) La perdita della falange ungueale di cinque, quattro o tre dita delle mani compresa quella dei due pollici.

10) La perdita della falange ungueale di otto o sette dita fra le mani che non sia quella dei pollici.

11) La perdita totale da cinque a tre dita dei piedi, compresi gli alluci.

12) La perdita totale di sette o sei dita tra i piedi, compreso un alluce, oppure di tutte o delle prime quattro dita di un piede.

- 13) La perdita totale di otto o sette dita tra i piedi, che non siano gli alluci.
- 14) La perdita delle due falangi o di quella ungueale dei due alluci insieme con la perdita della falange ungueale di altre dita comprese fra otto e cinque.
- 15) L'anchilosi completa dei piedi (tibio-tarsica) senza deviazione e senza notevole disturbo della deambulazione.
- 16) L'anchilosi in estensione del ginocchio.
- 17) Bronchite cronica diffusa con modico enfisema.
- 18) Esiti di pleurite basale bilaterale, oppure esiti estesi di pleurite monolaterale di sospetta natura tbc.
- 19) Nevrosi cardiaca grave e persistente.
- 20) Le varici molto voluminose con molteplici grossi nodi ed i loro esiti, nonché i reliquati delle flebiti dimostratisi ribelli alle cure.
- 21) Le emorroidi voluminose e ulcerate con prolasso rettale; le fistole anali secernenti.
- 22) Laparocele voluminoso.
- 23) Gastroduodenite cronica.
- 24) Esiti di resezione gastrica.
- 25) Colecistite cronica con disfunzione epatica persistente.
- 26) Calcolosi renale senza compromissione della funzione emuntoria.
- 27) Isteronevrosi di media gravità.

28) Perdita totale di due padiglioni auricolari.

29) La diminuzione bilaterale permanente dell'udito non accompagnata da affezioni purulente dell'orecchio medio, quando l'audizione della voce di conversazione sia ridotta ad un metro, accertata con esame audiometrico.

30) Esito di intervento radicale (antroatticotomia) con voce di conversazione percepita a non meno di un metro.

31) Le alterazioni organiche ed irreparabili di un occhio, essendo l'altro integro, che ne riducano l'acutezza visiva fra 1/50 e 3/50 della normale.

32) Le alterazioni organiche ed irreparabili della visione periferica di un occhio (avendo l'altro occhio visione centrale o periferica normale), sotto forma di restringimento concentrico del campo visivo di tale grado da lasciarne libera soltanto la zona centrale, o le zone più prossime al centro, oppure sotto forma di lacune di tale ampiezza da occupare una metà del capo visivo stesso, o settori equivalenti.

Ottava categoria:

1) Gli esiti delle lesioni boccali che producano disturbi della masticazione, della deglutizione o della parola, congiuntamente o separatamente che per la loro entità non siano da ascrivere a categorie superiori.

- 2) La perdita della maggior parte dei denti oppure la perdita di tutti i denti della arcata inferiore. La paradentosi diffusa, ribelle alle cure associata a parziale perdita dentaria.
- 3) La perdita della falange ungueale dei due pollici.
- 4) La perdita totale di tre dita fra le mani che non siano i pollici né gli indici.
- 5) La perdita totale di uno degli indici e di un dito della stessa mano escluso il pollice.
- 6) La perdita di due falangi dell'indice insieme a quella delle ultime falangi di altre due dita della stessa mano escluso il pollice.
- 7) La perdita della falange ungueale delle prime tre dita di una mano.
- 8) La perdita totale di cinque o quattro dita fra i piedi compreso un alluce o delle ultime quattro dita di un solo piede.
- 9) La perdita totale di sei o cinque dita fra i piedi che non siano gli alluci.
- 10) La perdita di un alluce o della falange ungueale di esso, insieme con la perdita della falange di altre dita dei piedi comprese fra otto o sei.
- 11) La perdita di un alluce e del corrispondente metatarso.
- 12) L'anchilosi tibio-tarsica di un solo piede senza deviazione di esso e senza notevole disturbo della deambulazione.

- 13) L'accorciamento non minore di tre centimetri di un arto inferiore, a meno che non apporti disturbi tali nella statica o nella deambulazione da essere compreso nelle categorie precedenti.
- 14) Bronchite cronica.
- 15) Gli esiti di pleurite basale o apicale monolaterali di sospetta natura tubercolare. 16) Gli esiti di empiema non tubercolare.
- 17) Disturbi funzionali cardiaci persistenti (nevrosi, tachicardia, extra sistolia).
- 18) Gastrite cronica.
- 19) Colite catarrale cronica o colite spastica postamebica.
- 20) Varici degli arti inferiori nodose e diffuse.
- 21) Emorroidi voluminose procidenti.
- 22) Colecistite cronica o esiti di colecistectomia con persistente disepatismo.
- 23) Cistite cronica.
- 24) Sindromi nevrosiche lievi, ma persistenti.
- 25) Ritenzione parenchimale o endocavitaria di proiettile o di schegge senza fatti reattivi apprezzabili.
- 26) Ernie viscerali non contenibili.
- 27) Emicastrazione.
- 28) Perdita totale di un padiglione auricolare.

- 29) Sordità unilaterale assoluta e permanente o ipoacusia unilaterale con perdita uditiva superiore al 90% (voce gridata ad concham) accertata con esame audiometrico.
- 30) La diminuzione bilaterale permanente dell'udito, non accompagnata da affezione purulenta dell'orecchio medio, quando l'audizione della voce di conversazione sia ridotta a due metri, accertata con esame audiometrico.
- 31) Otite media purulenta cronica semplice.
- 32) Stenosi bilaterale del naso di notevole grado.
- 33) Le alterazioni organiche ed irreparabili di un occhio, essendo l'altro integro, che ne riducano l'acutezza visiva tra 4/50 e 3/10 della normale.
- 34) Dacriocistite purulenta cronica.
- 35) Congiuntiviti manifestamente croniche.
- 36) Le cicatrici delle palpebre congiuntivali, provocanti disturbi oculari di rilievo (ectropion, entropion, simblefaron, lagoftalmo).

Tabella B

- 1) La perdita totale di due delle ultime tre dita di una mano o tra le mani.
- 2) La perdita totale di uno degli indici accompagnata o non dalla perdita di una delle ultime tre dita dell'altra mano.
- 3) La perdita delle ultime due falangi di uno degli indici e di quelle di altre due dita fra le mani, che non siano quelle dei pollici e dell'altro indice.
- 4) La perdita delle ultime due falangi dei due indici.
- 5) La perdita della falange ungueale di un pollice, accompagnata o non dalla perdita della falange ungueale di un altro dito delle mani.
- 6) La perdita della falange ungueale di sei o cinque dita fra le mani, che non siano i pollici oppure della stessa falange di quattro dita fra le mani compreso uno degli indici.
- 7) La perdita totale di tre o due dita di uno o dei due piedi compreso un alluce (con integrità del corrispondente metatarso) ovvero la perdita totale di quattro dita tra i piedi che non siano gli alluci.
- 8) La perdita totale dei due alluci, accompagnata o non da quella della falange ungueale di due dita o di uno solo dello stesso o dell'altro piede.

- 9) La perdita di uno degli alluci o della falange ungueale dei due alluci, insieme con la perdita completa della falange ungueale di altre quattro o tre dita fra i due piedi.
- 10) La perdita totale della falange ungueale di otto o sette dita tra i due piedi, che non siano gli alluci.
- 11) Esiti lievi di pleurite non di natura tubercolare.
- 12) Disturbi funzionali cardiaci di lieve entità.
- 13) La distonia spastica diffusa del colon.
- 14) Ernie viscerali contenibili.
- 15) Stenosi nasale unilaterale di notevole grado.
- 16) Riduzione dell'udito unilaterale con voce di conversazione da ad concham a metri uno.
- 17) Le alterazioni organiche ed irreparabili di ambo gli occhi che riducano l'acutezza visiva binoculare tra 4/10 e 7/10 della normale.
- 18) L'epifora.

Tabella F1 (D.P.R. 23 dicembre 1978, n. 915)

Cat.	8	7	6	5	4	3	2
2	II+2/10	II+3/10	II+5/10	I	I+8^a	I+7^a	I+6^a
3	II	II	II	I	I	I	
4	III	III	II	II	II		
5	IV	IV	III	III			
6	V	V	IV				
7	VI	VI					
8	VII						

Tabella E

A)

1) Alterazioni organiche e irreparabili di ambo gli occhi che abbiano prodotto cecità bilaterale assoluta e permanente.

2) Perdita anatomica o funzionale di quattro arti fino al limite della perdita totale delle due mani e dei due piedi insieme.

3) Lesioni del sistema nervoso centrale (encefalo e midollo spinale) che abbiano prodotto paralisi totale dei due arti inferiori e paralisi della vescica e del retto (paraplegici rettovescicali).

4) Alterazioni delle facoltà mentali tali da richiedere trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate.

L'assegno sarà mantenuto alla dimissione quando la malattia mentale determini gravi e profondi perturbamenti della vita organica e sociale e richieda il trattamento sanitario obbligatorio presso i centri di sanità mentale e finché duri tale trattamento.

(A-bis)

1) La perdita di ambo gli arti superiori fino al limite della perdita delle due mani.

2) La disarticolazione di ambo le cosce o l'amputazione di esse con la impossibilità assoluta e permanente dell'applicazione di apparecchio di protesi.

B)

1) Lesioni del sistema nervoso centrale (encefalo e midollo spinale), con conseguenze gravi e permanenti di grado tale da apportare, isolatamente o nel loro complesso, profondi ed irreparabili perturbamenti alla vita organica e sociale.

2) Tubercolosi o altre infermità gravi al punto da determinare una assoluta e permanente incapacità a qualsiasi attività fisica e da rendere necessaria la continua o quasi continua degenza a letto.

C)

1) Perdita di un arto superiore e di un arto inferiore dello stesso lato sopra il terzo inferiore rispettivamente del braccio e della coscia con impossibilità dell'applicazione dell'apparecchio di protesi.

D)

1) Amputazione di ambo le cosce a qualsiasi altezza.

E)

1) Alterazioni organiche ed irreparabili di ambo gli occhi tali da ridurre l'acutezza visiva binoculare da 1/100 a meno di 1/50 della normale.

2) Perdita di un arto superiore e di uno inferiore sopra il terzo inferiore rispettivamente del braccio e della coscia.

3) Perdita di dieci oppure di nove dita delle mani compresi i pollici.

4) Perdita di ambo gli arti inferiori di cui uno sopra il terzo inferiore della coscia e l'altro sopra il terzo inferiore della gamba.

5) Alterazioni delle facoltà mentali che richiedono trattamenti sanitari obbligatori non in condizioni di degenza nelle strutture ospedaliere pubbliche o convenzionate o che abbiano richiesto trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera, cessati ai sensi della legge n. 180 del 13 maggio 1978, sempreché tali alterazioni apportino profondi perturbamenti alla vita organica e sociale.

F)

1) Perdita totale di una mano e dei due piedi insieme.

2) Perdita di due arti, uno superiore e l'altro inferiore, amputati rispettivamente al terzo inferiore del braccio e al terzo inferiore della gamba.

- 3) Perdita di due arti, uno superiore e l'altro inferiore, amputati rispettivamente al terzo inferiore dell'avambraccio e al terzo inferiore della coscia.
- 4) Perdita di ambo gli arti inferiori di cui uno sopra al terzo inferiore della coscia e l'altro al terzo inferiore della gamba.
- 5) Perdita di ambo gli arti inferiori di cui uno al terzo inferiore della coscia e l'altro fino al terzo inferiore della gamba.
- 6) Perdita delle due gambe a qualsiasi altezza.
- 7) Alterazioni delle facoltà mentali che apportino profondi perturbamenti alla vita organica e sociale.
- 8) Tubercolosi o altre infermità gravi al punto da determinare una assoluta e permanente incapacità a qualsiasi attività fisica, ma non tale da richiedere la continua o quasi continua degenza a letto.

G)

- 1) Perdita dei due piedi o di un piede e di una mano insieme.
- 2) La disarticolazione di un'anca.
- 3) Tutte le alterazioni delle facoltà mentali (schizofrenia e sindromi schizofreniche, demenza paralitica, demenze traumatiche, demenza epilettica, distimie gravi, ecc.) che rendano l'individuo incapace a qualsiasi attività.
- 4) Tubercolosi grave al punto da determinare una assoluta incapacità a proficuo lavoro.

H)

- 1) Castrazione e perdita pressoché totale del pene.
- 2) La fistola gastrica, intestinale, epatica, pancreatica, splenica, retto vescicale ribelle ad ogni cura e l'ano preternaturale.
- 3) Sordità bilaterale organica assoluta e permanente quando si accompagni alla perdita o a disturbi gravi e permanenti della favella o a disturbi della sfera psichica e dell'equilibrio statico-dinamico.
- 4) Cardiopatie organiche in stato di permanente scompenso con grave e permanente insufficienza coronarica ecg accertata o gravi al punto da richiedere l'applicazione di pace-maker o il trattamento con by-pass o la sostituzione valvolare.
- 5) Anchilosi completa di un'anca se unita a grave alterazione funzionale del ginocchio corrispondente

Allegato 2

SCALA PER LA VALUTAZIONE GLOBALE DEL FUNZIONAMENTO (VGF)²⁹

Codice:

100-91: Funzionamento superiore alla norma in un ampio spettro di attività, i problemi della vita non sembrano mai sfuggire di mano, è ricercato dagli altri per le sue numerose qualità positive. Nessun sintomo.

90-81: Sintomi assenti o minimi (es.: ansia lieve prima di un esame), buon funzionamento in tutte le aree, interessato e coinvolto in un ampio spettro di attività, socialmente efficiente, in genere soddisfatto della vita, nessun problema o preoccupazione oltre a quelli della vita quotidiana (es.: discussioni occasionali coi membri della famiglia).

80-71: Se sono presenti sintomi, essi rappresentano reazioni transitorie e attendibili a stimoli psicosociali stressanti (es.: difficoltà a concentrarsi dopo una discussione familiare); lievissima alterazione

²⁹ La valutazione del funzionamento psicologico complessivo su una scala da 0 a 100 fu messa in pratica da Luborsky nella Health-Sickness Rating Scale (Luborsky L. Clinicians' Judgments of Mental Health. Archives of General Psychiatry 7:407-417, 1962). Spitzer et Al. elaborarono una revisione della Health-Sickness Rating Scale chiamata Global Assessment Scale (GAS) (Endicott J., Spitzer R.L., Fleiss J.L., Cohen J. The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. Archives of General Psychiatry 33:766-771, 1976). Nel

del funzionamento sociale, occupazionale o scolastico (es.: rimanere temporaneamente indietro nello studio).

70-61: Alcuni sintomi lievi (es.: umore depresso e insonnia lieve). Oppure alcune difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es.: alcune assenze ingiustificate da scuola, o furti in casa), ma in genere funziona abbastanza bene, e ha alcune relazioni interpersonali significative.

60-51: Sintomi moderati (es.: affettività appiattita e linguaggio circostanziato, occasionali attacchi di panico). Oppure moderate difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo e scolastico (es.: pochi amici, conflitti con i compagni di lavoro).

50-41: Sintomi gravi (es.: idee di suicidio, rituali ossessivi gravi, frequenti furti nei negozi). Oppure qualsiasi grave alterazione nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es.: nessun amico, incapace di conservare un lavoro).

40-31: Alterazioni nel test di realtà o nella comunicazione (es.: l'eloquio è talvolta illogico, oscuro o non pertinente). Oppure menomazione grave in alcune aree, quali il lavoro o la scuola, le relazioni familiari, la capacità di giudizio, il pensiero o l'umore (es.: il depresso evita gli amici, trascura la famiglia ed è incapace di

DSM-III-R venne inclusa una versione modificata della GAS: la Global Assessment of Functioning (GAF) Scale .

lavorare; il bambino picchia frequentemente i bambini più piccoli, è provocatorio in casa e non rende a scuola).

30-21: Il comportamento è considerevolmente influenzato da deliri o allucinazioni. Oppure grave alterazione della comunicazione o della capacità di giudizio (es.: talvolta incoerente, agisce in modo grossolanamente inappropriato; idee di suicidio). Oppure incapacità di funzionare in quasi tutte le aree (es.: resta a letto tutto il giorno; non ha lavoro, casa o amici).

20-11: Qualche pericolo di far del male a sé stesso o agli altri (es.: tentativi di suicidio senza una chiara aspettativa di morire, frequentemente violento, eccitamento maniacale). Oppure occasionalmente non riesce a mantenere l'igiene personale minima (es.: si sporca con le feci). Oppure grossolana alterazione della comunicazione (es.: decisamente incoerente o mutacico).

10-1: Persistente pericolo di far del male in modo grave a sé stesso o agli altri (es.: violenza ricorrente). Oppure persistente incapacità di mantenere la igiene personale minima. Oppure grave gesto suicida con chiara aspettativa di morire.

0: Informazioni inadeguate.

Bibliografia

1. Adamo M., Bargagna M., Barni M., Dell'Erba A., Fabroni F., Fornari A., Querci V.: "Manuale di medicina legale e delle assicurazioni". Monduzzi Editore, Bologna, 1989.
2. Arbarello P., Di Luca N. M., Feola T, L. Macchiarelli.: "Medicina legale". Edizioni Minerva Medica, Torino, 2005.
3. American Psychiatric Association: "DSM-IV-TR Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders". Fourth Edition, text Revision, 2000.
4. Antoniotti F., De Tullio O., di Luca N. M.: "La causa di servizio, l'equo indennizzo e l'azione di risarcimento dei pubblici dipendenti". Giuffrè Editore, Milano, 1996.
5. Antoniotti F., Merli S.: "Lineamenti di medicina legale e assicurativa". Società Editrice Universo, Roma, 2000.

6. Atti del I Convegno Nazionale: "La causa di servizio nelle pubbliche amministrazioni: nuove attribuzioni e competenze medico legali". Perugia, 2004.
7. Baima Bollone P.: "Medicina legale". G. Giappichelli Editore, Torino, 2003.
8. Bargagna M., Canale M., Consigliere F., Calmieri L., Umani Ronchi G.: "Guida orientativa per la valutazione del danno biologico". Giuffrè Editore, Milano, 2001.
9. Bianchi A.: "La valutazione neuropsicologica del danno psichico ed esistenziale". Cedam, Padova 2005.
10. Bolino G.: "Commissione Medica Ospedaliera e Comitato per le Pensioni Privilegiate Ordinarie: una sopravvivenza difficile". Riv. It. Med. Leg. 17: 960, 1995.
11. Bolino G., Ciprani F.: "Il recente riordino procedurale in tema di causalità di servizio (D.P.R. 461/2001): un'occasione mancata!". Jura Medica, 1: 73, 2002.

12. Bolino F., Ciprani F.: "Luci e ombre del nuovo iter procedurale in tema di causa di servizio (D.P.R. 461/01)". *Jura Medica*, 2: 316, 2002.
13. Bolino G., Panella A., Montemitro C.: "Problematiche connesse all'attuazione del D.P.R. 20 aprile 1994, n. 349, inerente il riordino dei procedimenti di riconoscimento di infermità o lesione dipendente da causa di servizio e di concessione dell'equo indennizzo". *Jura Medica*, 8: 475, 1995.
14. Brondolo W., Farneti A., Giannini G.: "Il danno biologico, patrimoniale e morale". Giuffrè Editore, Milano, 1995.
15. Brondolo W, Marigliano A.: "Danno psichico". Giuffrè Editore, Milano, 1996.
16. Buccelli C., Marchetti U.: "Considerazioni medico legali in tema di assegno privilegiato di invalidità e pensione privilegiata di inabilità". *Riv. It. Med. Leg.*, VII, 1985.

17. Buzzi F., Vanini M.: "Il danno biologico di natura psichica. Definizione e valutazione medico legale". Cedam, Padova, 2001.
18. Buzzi F., Vanini M.: "Guida alla valutazione psichiatrica e medico legale del danno biologico di natura psichica". Giuffrè Editore, Milano, 2006.
19. Caciari T., Ciprani F., Moroni M., Roca A.: "Patologia da lavoro e norme prevenzionistiche. Riflessioni sulle normative vigenti per la pubblica amministrazione". Difesa Sociale. 4: 129, 2001.
20. Calcagni C., Cattani F.: "La nuova disciplina sulla causalità di servizio contemplata nell'art. 6 della legge 12 giugno 1984 n. 222". Riv. It. Med. Leg., VII, 1985.
21. Canepa G.: "Relazione introduttiva allo studio dei problemi psichiatrico-forensi in ambito previdenziale e assistenziale". Atti del XXX Congresso Nazionale della SIMLA, Bari, 1989.
22. Canuto G. Tovo S.: "Medicina legale e delle assicurazioni". Piccin Editore, Padova, 1996.

23. Cassano G.B, Pancheri P., Pavan L., Pazzagli A., Ravizza L., Rossi R., Smeraldi E., Volterra V.: "Trattato italiano di psichiatria". Masson, Milano-Parigi-Barcellona, 1999.
24. Castrica R., Bolino G.: "Pensionistica privilegiata di guerra ed ordinaria. Equo indennizzo. Lineamenti di Medicina legale militare". Edizioni Colosseum, Roma, 1992.
25. Castrica R., Bolino G.: "I trattamenti pensionistici privilegiati e l'equo indennizzo". Seconda edizione, Giuffrè, Milano, 2005.
26. Cazzaniga A., Cattabeni C. M., Luvoni R.: "Compendio di medicina legale e delle assicurazioni". Utet, Torino, 1999.
27. Cimaglia G., Rossi P.: "Danno biologico. Le tabelle di legge". Giuffrè Editore, Milano, 2000.
28. Consigliere F.: "Osservazioni sulla criteriologia valutativa del danno alla persona in tema di pensionistica di privilegio". Med. Leg. Quad. Cam., 9: 109, 1987.

29. Consigliere F.: "Handicap ed invalidità: per una armonizzazione del sistema valutativo". Med. Leg. Quad. Cam., XX, 2, 1998.
30. Corridoni F., Mariani F., Mazzeo E.: "Difficoltà sostanziali e di forma nella interpretazione del D.P.R. n. 461 del 29 ottobre 2001". Jura Medica, 2: 318, 2002.
31. Criscenti G.: "Rilievi critici su talune norme in tema di dipendenza da causa di servizio". Difesa Soc., 70: 163, 1991.
32. Crisci A., De Rosa C., Ricci P., Sciaudone G.: "L'indennizzo del danno da lavoro al pubblico dipendente: novità normative in tema di causalità di servizio". Jura Medica, 2: 319, 2002.
33. D.M. del 5 febbraio 1992. "Tabella indicativa delle percentuali d'invalidità". Gazzetta Ufficiale, 26 febbraio 1992, n.º 47.
34. D.M. 12 luglio 2000. "Tabella delle menomazioni; Tabella indennizzo danno biologico; Tabella dei coefficienti relativi al danno biologico ai fini della tutela dell'assicurazione contro gli

- infortuni sul lavoro e le malattie professionali". Gazzetta Ufficiale 25 luglio 2000, n.° 172
- 35.D.M. del 3 luglio 2003. "Tabella delle menomazioni alla integrità psico-fisica comprese tra 1 e 9 punti di invalidità". Gazzetta Ufficiale, 11 settembre 2003, n.° 211.
- 36.D.M. del 12 febbraio 2004. Gazzetta Ufficiale, 23 febbraio 2004, serie generale n° 44.
- 37.D.L. 7 settembre 2005, n. 209: "Tabella delle menomazioni".
- 38.Di Martino M., Consigliere F., Licciardiello S., Greco F., Lisa L., Giannuzzo M.: "Manuale di Medicina Legale Militare. La causa di servizio il trattamento pensionistico privilegiato e indennizzi di altra natura". Vol. IV. Roma, 1997.
- 39.Dominici R., Montesarchio G.: "Il danno psichico". Franco Angeli, Milano 2003.
- 40.D.P.R. n. 461 del 29 ottobre 2001. Gazzetta Ufficiale, 7 gennaio 2002, serie generale n.° 5.

41. Fallani M.: "Medicina legale e delle assicurazioni". Società Editrice Esculapio, Bologna, 1983.
42. Fallani M.: "Accertamento della incapacità lavorativa specifica. Il danno alla persona: tutela civilistica e previdenziale a confronto". Atti, 111, 1998.
43. Fassina G., Osculati A.: "Spunti medico legali dal decreto del Presidente della Repubblica 20 aprile 1994, n. 349". Riv. It. Med. Leg. 17: 73, 1995.
44. Ferrari G.: "L'equo indennizzo nel pubblico impiego". Giuffrè Editore, Milano, 1983.
45. Fineschi V., Martelloni M., Lepore D., Turillazzi E.: "La idoneità al lavoro nella duplice afferenza alla medicina preventiva ed alla medicina legale (a proposito della Sentenza Cassazione Penale n. 43, 28 ottobre 1997/8 gennaio 1998)". Riv. It. Med. Leg. 20, 1998, 6, 925-949.

46. Giusti G.: "Trattato di medicina legale e scienze affini". Volume quinto, Cedam, Padova, 1998.
47. Introna F., Moreni P.: "La oncogenesi secondo la Corte dei Conti". Riv. It. Med. Leg. 6:1026, 1984.
48. Introna F.: "Non si può escludere, pertanto si deve ammettere (ovvero: il nesso di causalità secondo la Corte dei Conti)". Riv. It. Med. Leg., 6: 3, 1984.
49. Introna F.: "Problematiche medico-legali in tema di rivalsa INAIL". Riv. It. Med. Leg. XXI, 1999.
50. La Rosa M.: "Sociologia del lavoro". Ed. Jaca Book, Milano, 1997.
51. Loreti F.: "L'inabilità quale requisito per il riconoscimento e la concessione della pensione privilegiata ordinaria per gli impiegati civili dello stato". Jura Medica, 2: 320, 2002

52. Luvoni R., Mangili F., Bernardi L.: "Guida alla valutazione medico-legale del danno biologico e dell'invalidità permanente"; Giuffrè Editore, Milano 2002.
53. Macchiarelli L., Arbarello P., Cave Bondi G., Feola T.: "Compendio di medicina legale", Edizioni Minerva Medica, Torino, 2002.
54. Macchiarelli L., Feola T.: "La tutela degli invalidi per causa di servizio. La pensione privilegiata e l'equo indennizzo". Ed. Minerva Medica, Torino, 1995.
55. Marchetti M.: "La Giurisprudenza della Corte dei Conti sulla causalità di servizio da stress negli anni 1975/1982". Riv. It. Med. Leg.. V, 1983.
56. Martini M., Scorretti C.: "Invalidità civile". Essebiemme Editore, Noceto, 1999.
57. Montemitro C., Bolino F., Bucci I.: "La valutazione psichiatrica nella idoneità e causa di servizio". Jura Medica, 2: 389, 2006.

58. Norelli G. A.: "La causa di servizio: una sopravvivenza difficile". Riv. It. Med. Leg., V, 3, 1983.
59. Norelli A., Fineschi V. Buccelli C.: "Medicina Legale". Piccin Editore, Padova, in corso di stampa.
60. Puccini C.: "Istituzioni di medicina legale". Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2005.
61. Turillazzi E., Vaselli B.: "Ancora astrazioni e distrazioni in tema di danno biologico e assicurazione contro gli infortuni". Riv. It. Med. Leg. 21, 1999.
62. Umani Ronchi G., Bolino G., Bonaccorso L.: "Tutte le responsabilità del medico competente, Polizia Sanitaria". Anno VI, n. 25, 1998.
63. Umani Ronchi G., Bolino G., Castrica R., Ceccarelli Morolli M., Lista L., Ossicini A.: La consulenza tecnica in medicina legale: metodologia operativa. Giuffrè Editore, Milano, 2001.

64. Umani Ronchi G., Bolino G.: "La causalità di servizio".
Colosseum, Roma, 1994.

65. Zangani P, Sciandone G., Palmieri V.M., Durante Mangoni E.,
Palmieri L., Baldi F., Canfora A., Cittadini A., De Pietro O.
Grieco B., Parisi G., Picciocchi P., Ricci P., Troisi E.: "Medicina
legale e delle assicurazioni". Morano Editore, Napoli, 1990.

66. Zappaterra F., Carassai P., Iacovelli G.: "Invalidità: un
concetto da uniformare", in Trattato di Medicina Legale e
Scienze Affini, vol. I, CEDAM, 1998.